



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades

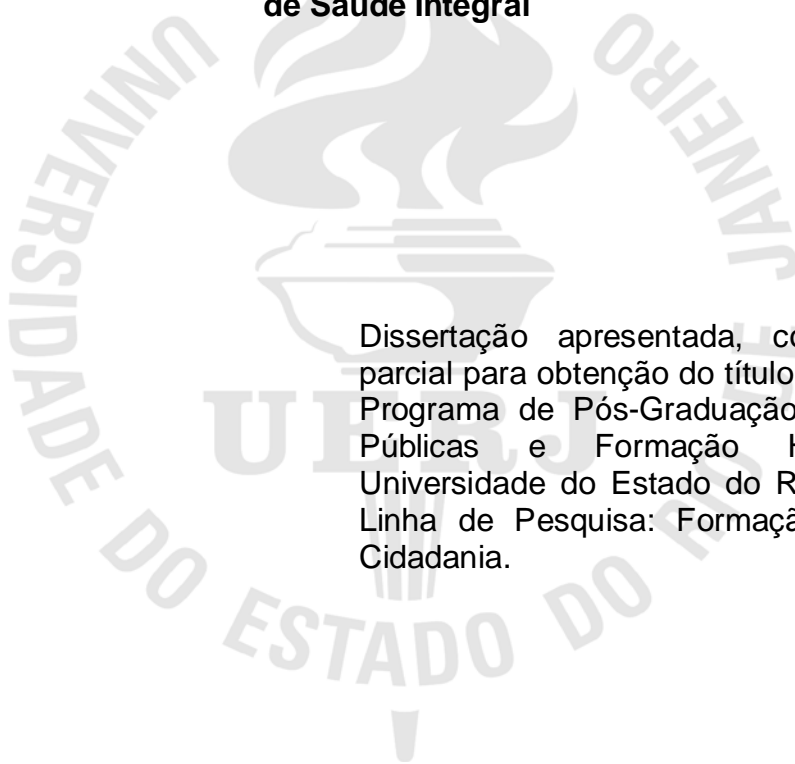
Rodrigo Broilo

**Cis-tema Único de Saúde: uma cartografia (de)generada de
Políticas Nacionais de Saúde Integral**

Rio de Janeiro
2022

Rodrigo Broilo

Cis-tema Único de Saúde: uma cartografia (de)generada de Políticas Nacionais de Saúde Integral



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Formação Humana e Cidadania.

Orientadora: Prof.^a Dra. Heliana de Barros Conde Rodrigues

Rio de Janeiro (tamanho 12)

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SÍRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

B866 Broilo, Rodrigo.
Cis-tema Único de Saúde: uma cartografia (de)generada de Políticas Nacionais de Saúde Integrada / Rodrigo Broilo. – 2022.
109 f.

Orientadora: Heliana de Barros Conde Rodrigues.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Educação.

1. Gênerol – Teses. 2. Políticas Públicas – Teses. 3. Saúde – Teses. I. Rodrigues, Heliana de Barros Conde. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. III. Título.

bs CDU 020:378

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Rodrigo Broilo

Cis-tema único de Saúde: uma cartografia (de)generada de Políticas Nacionais de Saúde Integrada

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Formação Humana e Cidadania

Aprovada em 21 de março de 2022.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Heliana de Barros Conde Rodrigues (Orientadora)
Faculdade de Educação - UERJ

Prof.^a Dr.^a. Raquel Marques Villardi
Faculdade de Educação - UERJ

Prof.^a Dr.^a. Jaqueline Gomes de Jesus
Instituto Federal do Rio de Janeiro - IFRJ

Rio de Janeiro

2022

DEDICATÓRIA

*Em memória de Antônio Marcos Toninho Pereira Adelino, inspiração de
resistência e vontade de viver.*

AGRADECIMENTOS

Não sei muito como começar a agradecer tanta gente, por isso começo agradecendo à CAPES, pois “O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001”.

Agradeço à Heliana Conde, orientadora atenciosa, solícita, acessível e ‘musa inspiradora’, que me apoiou e auxiliou em todas as aventuras acadêmicas que me propus.

Aos colegas da Turma de 2020 do mestrado do PPFH, por termos feito uma limonada dos limões pandêmicos que nos foram oferecidos.

Aos colegas do ‘GrupE de orientação’ pelas trocas, seja de leituras, de referências ou apenas de momentos da vida.

Desses dois últimos grupos, dedico especial agradecimento à Deborah Moreira que sempre foi porto seguro para reclamar de tudo, chorar, dar e receber críticas, carinho e risadas. Fomos a definição de ‘se você for, eu vou’.

Aos professores Iran Ferreira de Melo e Daniela Murta que abrilhantaram a minha qualificação e que mostraram possibilidades e potencialidades do meu trabalho (espero ter atendido).

À professora Raquel Villardi que esteve tanto na Banca de Qualificação quanto na de Defesa, além de ter sido minha primeira professora no programa, quando ainda ensaiávamos um ensino remoto. Obrigado por me motivar sempre.

Aos demais professores do PPFH, dos que fui aluno ou não, por fazerem esse programa tão potente e plural.

À professora Jaqueline Gomes de Jesus por participar da minha Banca de Defesa e de outros projetos acadêmicos e por ser a inspiração que é para mim e para tantos outros dos ‘nossos’.

A José Melo por ter me apoiado e me incentivado tanto durante os anos em que estivemos juntos, além do amor e companheirismo. Se estou aqui, é porque você me motivou, muitas vezes quando nem eu achava forças.

A Jacques Akerman que despertou, lá no primeiro semestre da graduação em Psicologia, meu desejo pela pesquisa.

Aos amigos da Comissão de Psicologia, Gênero e Diversidade Sexual do CRP-MG, pelas experiências trocadas, pelo afeto e tudo que construímos no período que estive com vocês antes desta empreitada.

Ao amigo e referência Mateus de Faria. Foi por te ver numa dessas que eu quis entrar (sim, você tem culpa nisso). Obrigado pelas dicas preciosas, pelas leituras 'burrizadas' do projeto até a 'dirce' e pelo carinho e acolhimento quando voltei.

À Dalcira Ferrão, por ser exemplo, modelo, amiga, 'mãe' e tudo o mais que você é, foi e será para mim. Não tem uma parte da minha vida, desde que nos encontramos em 2015, que não tenha algo pra te agradecer. Obrigado por me acolher na sua família, por me cuidar e por ter me ensinado muito do que sei.

A Breno Martins, minha mana preta, que tem me proporcionado conhecer o que é afeto, responsabilidade e maturidade. Obrigado por me acolher, por se preocupar e por mexer tanto com tudo que eu acreditava sobre mim.

A Luís Felipe Santos, amigo e eterno 'crush', por sempre me motivar, ver o melhor em mim e acreditar no meu potencial.

A Mateus 'Polaris' Vilela por todo o carinho e preocupação com que me recebeu quando voltei.

Ao (quase) Dr. Everton Luís pela amizade, carinho e trocas de experiências, impressões e 'conhecimentos de si' que tivemos nesses últimos anos.

Aos 'velhos' e novos amigos que tem me feito tão bem e disposto a ser eu mesmo. Vocês todos têm me salvado todos os dias.

E, por mais desconfortável que seja, à minha família, pois se sou o que sou, foi também por vocês.

These gay thoughts would always haunt me
I prayed God would take it from me
It's hard for you when you're fightin'
And nobody knows it when you're silente
(*Sun goes down – Lil Nas X*)

RESUMO

BROILO, Rodrigo. *Cis-tema Único de Saúde: uma cartografia (de)generada de Políticas Nacionais de Saúde Integral*. 2022. 109 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Ao longo das últimas décadas ocorreram mudanças em como entendemos a saúde em nossa sociedade. Desde a expansão do conceito de saúde para além da ausência de doenças, tornando-se uma relação equilibrada entre os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, de trabalho e renda, entre outros, até a forma como o cuidado com a saúde foi passando da simples assistência aos doentes para uma noção de que a saúde deve ser promovida e as doenças prevenidas, não apenas tratadas. Essas mudanças ocorreram na esteira do surgimento do conceito de Integralidade, que defende que o ser humano deve ser atendido em sua totalidade, respeitando suas características e necessidades, de forma ampla. Com isso surgiram Políticas Nacionais de Saúde com foco integral para algumas populações específicas, entre elas as caracterizadas por gêneros. Mas saúde tem gênero? E que gêneros são esses? Quem está contemplado nesses documentos? Nessa linha de problematização, no presente trabalho busca-se investigar e cartografar, mediante técnicas de pesquisa bibliográfica, documental e de conteúdo, as três Políticas de Atenção Integral à Saúde hoje em vigor no Brasil que delimitam seu público por gênero (Mulheres, Homens e LGBTIs). Para tanto, utilizo embasamento em estudos de gênero e da teoria *queer*. O intuito é analisar se há uma diversidade de gêneros preconizada nos documentos e, conseqüentemente, se isso tem garantido a integralidade da saúde de seu público. As Políticas demonstram basear a Saúde em gêneros binários, cis e heterossexuais, para fins reprodutivos, quando se fala de Mulheres e Homens, principalmente. As pessoas que não se enquadram nesse binário são empurradas para uma ‘condição’ LGBTI, os ‘outros’ do binário Homem-Mulher.

Palavras-chave: Gênero. Políticas Públicas. Saúde. Integralidade. Mulher. Homem. LGBTI

ABSTRACT

BROILO, Rodrigo. *Health Unic Cis-tem: A (de)generated cartography of National Comprehensive Health Policies*. 2022. 109 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Over the last few decades, changes have occurred in how we understand health in our society. From the expansion of the concept of health beyond the absence of diseases, becoming a balanced relationship between biological, psychological, social, work and income aspects, among others, to the way in which health care went from simple care for the sick, to a notion that health must be promoted and diseases prevented, not just treated. These changes occurred in the wake of the emergence of the concept of Integrality, which argues that human beings must be attended to in their entirety, respecting their characteristics and needs, in a broad way. As a result, National Health Policies emerged with an integral focus on some specific populations, including those characterized by gender. But does health have gender? And what genres are these? Who is covered in these documents? In this line of questioning, the present work seeks to investigate and map, through bibliographic, documentary and content research techniques, the three Comprehensive Health Care Policies currently in force in Brazil that delimit their audience by gender (Women, Men and LGBTI). For that, I use a grounding in gender studies and queer theory. The aim is to analyze whether there is a diversity of genres recommended in the documents and, consequently, whether this has guaranteed the integrality of the health of its public. The Policies demonstrate that Health is based on binary, cis and heterosexual genders, for reproductive purposes, especially when talking about women and men. People who don't fit into this binary are pushed into an LGBTI 'condition', the 'others' of the male-female binary.

Keywords: Gender. Public Policies. Health. Integrality. Women. Men. LGBTI.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Elementos que interferem na constituição de um modelo assistencial...33
- Figura 2 - Linha do tempo do processo de construção da PNAISH..... 40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
<i>ACT-UP</i>	<i>AIDS Coalition to Unleash Power</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
ATSH	Área Técnica de Saúde do Homem
BSH	Brasil sem Homofobia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CISPLGBT	Comissão Intersectorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
CRP-MG	Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAET	Departamento de Atenção Especializada e Temática
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transexuais
GLBTT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis
GLS	Gays, Lésbicas e Simpatizantes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IAP	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<i>ILGA</i>	<i>International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer

IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e Intersexos
MHB	Movimento Homossexual Brasileiro
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISAJ	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SE	Secretaria Executiva
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	QUEM É ESSE CARA? E DO QUE QUE ELE ESTÁ FALANDO?	15
2	MAS COMO É QUE VOCÊ FEZ ISSO?	21
3	QUE HISTÓRIA É ESSA?	28
3.1	Sistema Único de Saúde – SUS	30
3.2	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	33
3.3	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)	37
3.4	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT)	45
4	O QUE QUE É ISSO, MESMO?	49
4.1	E por onde essas políticas têm ‘Estado’?	56
5	MAS O QUE É QUE DIZ AÍ?	69
6	E O QUE PODE SE TIRAR DE TUDO ISSO?	92
	REFERÊNCIAS	96

INTRODUÇÃO

*And we never
Tried to hurt no one, we just love
That ain't wrong baby
But you know now our blood's been spilled
By your hands and I've had enough
These motherfuckers turnin' me into the Gay Street Fighter
(Gay Street Fighter – Keiynan Lonsdale)*

Realizar um mestrado em plena Pandemia foi difícil. Mais difícil ainda é tecer as críticas que aqui se apresentam, sabendo de todo o negacionismo em torno da ciência, do desmonte ao Sistema Único de Saúde - SUS que tem sido operado ao longo dos últimos (des)governos e de toda a importância que cada profissional da Saúde teve para salvar vidas e minimizar danos desde que a Pandemia começou. Uma parte de mim se culpa de fazer qualquer crítica ao SUS nesse momento. Mas outra parte sabe e entende que é necessário defender o SUS, mas sem deixar de apontar suas fragilidades, suas necessidades de melhoria e as inúmeras possibilidades que o mesmo tem de (voltar a) ser uma referência mundial em Saúde. Pois, que viva o SUS, e que as vacinas salvem vidas, mas que seja uma Saúde para Todos. E todas. E principalmente *todes*.

A importância do que apresento aqui reside exatamente no fato de tentar ampliar o olhar sobre os gêneros em sua interface com a Saúde.

O leitor que se atentou ao Sumário verá que os títulos de cada um dos capítulos se constituem de perguntas (o leitor que não, fará isso agora, rapidinho). Isso reflete duas intenções. Uma é demonstrar lúdica, ou até poeticamente, que não trago respostas, mas que oriento minha prática de pesquisa pelos questionamentos, pela dúvida, pela indagação. Acredito que elas, mais do que as afirmações, é que nos farão avançar, em qualquer que seja a seara da vida humana. A segunda intenção, essa mais prática, foi tentar criar uma forma mais organizada, ou mais adaptada ao formato de dissertação que aqui é utilizado, de apresentar o turbilhão de ideias, de conceitos e relações que foram surgindo. Quando penso na interface entre Saúde, Políticas Públicas e Gênero, penso como que um gigantesco painel, tipo aqueles de filmes e séries policiais que buscam desvendar um crime, traçar

perfis e suspeitos e apontar as informações que se tem disponível, onde os fios de lã vão unindo um ponto ao outro. Aqui tentei fazer o mesmo com as pistas, os conceitos, os resultados, as implicações, os desafios, e tudo que emerge dessa relação. Porém de forma escrita, em um texto ‘corrido’. Em um discurso meu que busca mostrar ao leitor o que ‘descobri’.

No início dos anos 2000, em uma minissérie em quadrinhos chamada ‘Crise de Identidade’, Batman buscava descobrir quem estava atacando os familiares dos super-heróis e, sem sucesso, se questionava ‘Quem se beneficia?’. Nessa ‘investigação’, faço algo semelhante¹, mas em termos de Atenção à Saúde, acesso ao SUS e respeito à diversidade de gêneros, nessa crise de identidades. Quem se beneficia de uma ‘Saúde da Mulher’? Quem se beneficia da ‘Saúde do Homem’? Quem se beneficia de uma Política para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais? Quem se beneficia de uma Saúde Integral? E quem não? E nem falo só de benefício direto, como o acesso, mas de que essas Políticas simplesmente existam. Há mais perguntas que respostas.

Assim que, nos próximos seis capítulos, aponto para as motivações da pesquisa, minha implicação com a mesma, a forma como pesquisei e o que pesquisei, o histórico das Políticas analisadas, um comparativo estrutural das mesmas e sua interface com diversos conceitos relativos ao Estado, ao Público e afins, e, por fim, uma breve, incompleta e inacabável análise sobre os discursos presentes nas políticas e as formas como o gênero é por elas apresentado e reforçado.

Neste trabalho, nem todas as partes são excitantes e surpreendentes como as investigações de crimes nas séries de televisão. Algumas partes são só um amontoado de papéis sendo analisados. Mas não só esta dissertação cumpre com sua bem modesta intenção, como mostra um pouco deste que vos fala, dando voz a muita coisa que nem eu sabia que havia em mim. Aproveitem.

¹ Que audácia a minha, me comparar ao Batman!

1. QUEM É ESSE CARA? E DO QUE QUE ELE ESTÁ FALANDO?

*Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes, não, melhor, figurantes, que nem devia tá aqui
(AmarElo – Emicida, Majur e Pablllo Vittar)*

‘Pelo menos você não é como [Fulano]’ (BELTRANO, 2014). Essa frase se reapresentou à minha memória durante a realização da presente pesquisa com certa frequência. Não consigo garantir que tenha sido por causa dela, muito menos que ela tenha sido dita exatamente assim (sabe como é nossa memória, às vezes...), mas quando penso sobre como meu interesse por pesquisar Gênero e Sexualidade se iniciou, eu me lembro dessa frase.

Essa afirmação me foi dita no início da minha graduação em Psicologia, em 2014, em Belo Horizonte, Minas Gerais, logo após uma aula na qual me afirmei *gay*. Embora essa informação tenha gerado diferentes reações naqueles colegas, que eu estava apenas conhecendo, nenhuma delas foi exatamente ruim, pelo menos para mim. Houve quem dissesse ‘você vai ser meu melhor amigo agora’ (*spoiler*: nunca fomos) e houve quem se surpreendesse, com os famosos ‘mas você nem parece *gay*’. E foi aí que surgiu a frase que mencionei acima. Fulano não a ouviu.

Fulano era um colega também, do mesmo curso, que não se assumiu *gay* em um momento posterior à sua chegada. Ele já ‘chegou *gay*’. Sem qualquer cerimônia ou censura, falava de sua sexualidade a quem estivesse perto, do seu próprio jeito, sem esconder ou forçar nada. Era essa sua forma de se expressar sobre sua sexualidade e seu gênero. E eu era diferente. Não vou explorar aqui a gama de traumas, obsessões e inseguranças que motivam minha forma de expressão (algumas poderão ser presumidas futuramente), mas, de forma breve: decido me manifestar sobre minha sexualidade quando estou confiante, e principalmente seguro. Naquele momento foi o caso e isso foi, de certa forma, valorado. A forma de Fulano manifestar-se sobre sexualidade e a forma como expressava seu gênero também geravam diferentes reações nos que estavam em volta. Ninguém agredia fisicamente Fulano, mas nem todo mundo ficava confortável perto dele.

Confesso que não tenho muita certeza se os termos usados foram ‘pelo menos’ ou ‘ainda bem’, mas mesmo assim percebi que nessa sentença havia uma hierarquização, na qual a minha forma de manifestar a sexualidade e a

masculinidade, era mais bem vista do que a de Fulano. Isso, confesso, soou como um elogio no início. Certamente, para quem pronunciou a frase, a intenção era essa. Mas foi uma daquelas coisas que depois de alguns minutos deixa você refletindo: Será que foi mesmo um elogio? O que a pessoa quis dizer com isso? Como assim não sou como Fulano? Eu também sou *gay*... O que ele fala que faz, eu também faço, só não falo. Será que é isso? Será que é da ordem de como nós dois apresentamos nossa masculinidade? Será que...? Uma série de perguntas. Aquilo me deixou entre incomodado e curioso.

E Fulano se foi. Do curso. Da Psicologia. Poucas vezes o vi depois. Mas a ideia de que entre ele e eu havia uma escala de valoração por parte dos colegas nunca se foi. São dois *gays*. Por que um é 'menos mal' que o outro?

Quando penso no que gerou todo o meu movimento de pesquisar gênero e orientações sexuais, especialmente as identidades oriundas dessa interação, a frase que inicia esse capítulo é para mim a mais ilustrativa. Não é obviamente a única. Minha história de vida é uma história da busca por entender mais sobre gênero e sexualidade. Sendo durante toda a infância apontado ora como 'viadinho' e 'bichinha', ora como 'menininha', questões de gênero e sexualidade foram me atravessando desde muito cedo, e de forma muito misturada. Para quem buscava me agredir, bichinha e menininha eram a mesma coisa, a mesma ofensa. Costumo brincar que hoje em dia o que as pessoas chamam de *bullying*, na 'minha época' eu chamava de Ensino Fundamental. E quando falo de 'minha época', falo principalmente do Rio Grande do Sul dos anos 1990, sendo eu uma pessoa de ascendência estritamente europeia, e fundamentalmente católica, imerso em um ambiente de altas expectativas quanto ao meu futuro, que consistia, entre outras coisas, em um casamento heterossexual, na continuidade da árvore genealógica e na incorporação de características não apenas masculinizadas, mas de 'macho'. Principalmente com relação a essa última demanda, já desde cedo parece que eu não cumpria os requisitos e expectativas dos terceiros que constantemente me avaliavam.

Lembro de um outro episódio significativo de como essas questões me afetavam. Lá pela sexta ou sétima série², durante uma aula de ciências, aprendíamos sobre o corpo humano, especificamente sobre diferenciação sexual. A

² Da época em que o Ensino Fundamental ainda era '1º Grau' constituído de 8 séries (uma por ano).

professora explicava que quando essa diferenciação não acontece, a pessoa é então considerada (pelo menos era essa a nomenclatura usada à época) ‘hermafrodita’. Não me lembro da professora – nem quem era, nem como era –, mas lembro da cena a seguir. Uma colega sentada a certa distância, embora ambos estivéssemos no ‘centro’ da sala (lembrem que a memória pode nos ‘pregar peças’ às vezes), exclama em alto e bom som, para que todos pudessem ouvir, embora falando diretamente para mim: ‘É isso que você é’. Seguiu-se uma explosão de risos e a minha sensação de mortificação. Vai até aí essa memória. Não lembro se a professora fez alguma coisa, não lembro se eu fiz alguma coisa. Só até esse ponto a memória está retida.

Atualmente, o conceito utilizado para definir essa indiferenciação parcial ou total entre o que tipicamente chamamos de partes “masculinas” e partes “femininas” é o de intersexualidade (FAUSTO-STERLING, 2002) e diz respeito às questões biológicas dos indivíduos, sejam no sexo aparente, seja na dimensão cromossômica ou endocrinológica. Não tem qualquer relação direta com um gênero específico e muito menos com uma sexualidade *a priori*³. Porém, naquele momento, me atravessava uma série de conceitos e pré-conceitos de quem as pessoas achavam que eu era, que eu devia ser, que eu não estava sendo. E gênero, sexo e sexualidade era tudo uma grande massa disforme. Tudo uma coisa só, e em que nitidamente, para os demais, eu estava fazendo errado.

Com o passar dos anos, especialmente após a inserção na Psicologia, tentei conhecer melhor o assunto e entender as nuances dos preconceitos, até poder estar aqui escrevendo essa dissertação, realizando essa pesquisa e olhando para gênero e sexualidade com um olhar implicado - não só quanto ao que eu passei, mas quanto a outras possibilidades de experiência.

E por qual motivo apresento essas informações nesse momento? Porque é preciso determinar de que forma é possível que a pesquisa realizada seja ou não condicionada pelo local que eu ocupo: enquanto pesquisador, enquanto identificado como homem cisgênero⁴, homossexual, como pessoa branca, psicólogo, entre

³ Para uma discussão mais aprofundada sobre a população intersexo sugiro os trabalhos de Moreira e Rodrigues (2021) e Moreira, Broilo e Rodrigues (2021).

⁴ O conceito de ‘cisgeneridade’ é relevante, inclusive para entendermos o título da presente dissertação. Segundo Gaspodini e Jesus (2020, p. 42), o termo cisgênero “significa que o gênero de determinada pessoa é atualmente o mesmo que lhe foi designado ao nascer”. Ainda segundo os autores, “o prefixo *cis* (latim, “deste lado”) começa a ser utilizado em contraponto a *trans* (latim, “do outro lado”), para indicar que todas as pessoas (*trans* ou *cis*) desenvolvem social, histórica e

outras coisas. Nesse momento é relevante incorporar à discussão o conceito de implicação. Tal conceito é tomado de empréstimo da Análise Institucional, e surge inicialmente como uma incorporação das noções freudianas de transferência e contratransferência à perspectiva institucional (LOURAU, 2004). De forma resumida:

A implicação deseja pôr fim as ilusões e imposturas da “neutralidade” analítica, herdadas da psicanálise e, de modo mais geral, de um cientificismo ultrapassado, esquecido de que, para o “novo espírito científico”, o observador já está implicado no campo da observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o. Mesmo quando o esquece, o analista é sempre, pelo simples fato de sua presença, um elemento do campo (LOURAU, 2004, p. 82-83).

A implicação busca dar às pesquisas, especialmente no campo social e político, um caráter diferente do positivista – aquele que busca uma suposta neutralidade da ciência e concebe o pesquisador como um observador externo que em nada interfere ou ‘é interferido’ pelo campo. “Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar; fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc.” (LOURAU, 2004, p. 147-148). É assim que, ao tomar como meu objeto de pesquisa as Políticas Nacionais de Saúde que possuem um foco identitário em gêneros, tais políticas, a depender de seu enfoque, tomam a mim como destinatário (objeto), ou não, de suas ações. Identificado como homem sou público alvo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem? Ou só da Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT)? Qual dela me ‘objetiva’, ou ‘objetifica’? Não deveriam ser ambas? Ambas o fazem?

Porém, há mais a se considerar. Não se deve analisar apenas o local do pesquisador em relação ao campo (PAULON, 2005), aquele ocupado simplesmente segundo sua própria vontade (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2011). Deve-se ter em consideração o:

intelectual implicado, definido como aquele que analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, analisando, também, o lugar que ocupa na divisão social do trabalho, da qual é legitimador. Portanto, analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história (COIMBRA, 1995, *apud* PAULON, 2005, p.23).

Trata-se então, de explicitar quem é que pesquisa: quem é esse ‘cara’ que quer falar sobre Gênero e Políticas de Saúde. De modo que, ao longo dessa culturalmente suas identidades e/ou expressões de gênero” (GASPODINI; JESUS, 2020, p. 42).

dissertação, em diferentes momentos acabo por me ‘apresentar’ e me ‘colocar em cena’, como fiz aqui ao enunciar as origens do meu interesse na pesquisa e o modo como fui atravessado não só por noções de gênero, mas de sexualidade e de corpo, ainda que muitas vezes apresentadas de formas indivisíveis e, sobretudo, equivocadas. É assim que se nota “que a implicação é de natureza histórico-existencial, porque se articula à implicação psicoafetiva para localizar a construção histórica e existencial do pesquisador diante do seu movimento nas interações cotidianas” (SANTOS; SOUZA; SANTOS, 2011, p. 11).

Segundo Lourau (2004), a implicação é a “análise coletiva das condições de pesquisa” (p. 257) e deve, portanto, apresentar as implicações referentes ao autor (cuja descrição tem início neste capítulo e se estenderá por todo o trabalho), às organizações envolvidas, às demandas sociais, às condições epistemológicas (dizem respeito ao conjunto dos saberes envolvidos, localizados inclusive sócio historicamente) e à exposição e escritura dos resultados. Como a análise de implicação não remete apenas à exposição escrita na forma de um capítulo isolado, mas a uma postura em campo e na pesquisa, durante esta dissertação tais aspectos serão abordados.

Ainda naquele primeiro semestre do curso de Psicologia, descrito anteriormente, iniciei uma pesquisa para a disciplina de Metodologia Científica, na qual comecei a me interessar por políticas públicas de saúde para a população LGBTI⁵. Naquele momento eu nem sabia direito o que eram todas essas letras, mas a saúde me encantou. Lembro que em algum dos muitos eventos de que participei nos anos seguintes, uma pessoa em uma mesa de debate disse: ‘O SUS não é só um Sistema universal de Saúde. O SUS é um projeto de sociedade.’ E a paixão por esse projeto foi aumentando nos anos seguintes.

Embora continuasse a me interessar pela Saúde Coletiva, minha participação maior foi com relação à diversidade sexual e de gênero. Aquela pesquisa iniciada em 2014 gerou um primeiro artigo publicado em 2015 (BROILO; AKERMAN, 2015) e um trabalho apresentado em congresso em 2016 (BROILO, 2017). Posteriormente, o Trabalho de Conclusão de Curso também se tornou uma publicação em revista (BROILO, 2021). Também participei, no Conselho Regional de Psicologia de Minas

⁵ Embora utilizasse à época a terminologia LGBT, o trabalho de 2017 abrange as pessoas intersexo também. Falarei mais sobre siglas posteriormente.

Gerais (CRP-MG), da Comissão de Psicologia, Gênero e Diversidade Sexual de 2015 até 2018, quando realizamos eventos dos mais diversos (mesas redondas, debates sobre filmes, palestras em universidades, entre outras, além de um seminário e um congresso estadual) e formulamos materiais educativos e orientativos sobre gênero e sexualidade. Estes últimos destinavam-se a pessoas que queriam entender de forma didática os conceitos, seja para si próprias ou para melhor lidar com outros, bem como àqueles que precisavam, por alguma razão, de ajuda.

Esta dissertação foi sendo configurada não somente por esses momentos aqui apresentados, mas por vários outros que o serão *a posteriori*, e que culminaram com a minha entrada, em 2020, no Programa de Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Provavelmente momentos como esses não serão os últimos.

2. MAS COMO É QUE VOCÊ FEZ ISSO?

*Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nós?
Alvos passeando por aí
(AmarElo – Emicida, Majur e Pablllo Vittar).*

O trabalho que mencionei ter realizado anteriormente (BROILO; AKERMAN, 2015. BROILO, 2017) tinha como foco as políticas públicas de saúde voltadas à população LGBTI e utilizava como metodologia a pesquisa qualitativa bibliográfica. Para a pesquisa que se apresenta aqui, optei por realizar mudanças tanto no foco quanto na forma. Por isso gostaria, inicialmente, de fazer algumas considerações sobre o pesquisar em ciências sociais, que serão úteis para elucidar o que pretendi realizar nesta dissertação.

Passos, Kastrup e Escóssia (2010) apontam a dificuldade que o ‘método’ pode causar para pesquisadores em áreas como saúde, instituições e várias outras na hora de definir seu projeto, uma vez que nem sempre as ferramentas tradicionais se apresentam como as mais adequadas para o objetivo estabelecido. Soma-se a isso o entendimento amplamente difundido de que as metodologias quantitativas oferecem resultados ‘mais científicos’ e uma consequente preferência por modelos positivistas.

Estes autores apresentam o conceito de cartografia, tomado de empréstimo a Félix Guattari e Gilles Deleuze, na obra ‘Mil Platôs’, de 1980. Segundo Passos, Kastrup e Escóssia (2010), a cartografia intenciona apresentar mais uma atitude (*ethos*) de pesquisa do que uma metodologia (*metá-hódos*). A metodologia consiste em um caminho (*hódos*) predeterminado por objetivos (*metas*) definidas de início. Na cartografia o que se propõe é uma inversão, uma experimentação, na qual a atitude frente à pesquisa é mais importante, mantendo seu rigor e sua precisão: “A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p. 11).

Retoma-se, por conseguinte, a implicação, não só como mencionada previamente, mas também como uma atitude frente à pesquisa. Como isso então se

aplica ao foco deste trabalho, que é pesquisar gênero nas Políticas Públicas de Saúde?

É bem verdade que a cartografia tem grande função nas pesquisas características da análise institucional, em que o pesquisador passa a se inserir no campo que quer investigar. Em geral esse campo pode ser uma escola, uma comunidade, uma empresa, ou qualquer outro estabelecimento, de forma a acompanhar processos (BARROS; KASTRUP, 2010). Porém como fazer cartografia se o que estou querendo investigar são documentos, definidos e promulgados, cujo processo de elaboração, aprovação e divulgação ocorreu – em alguns casos – há mais de quinze anos? Pois bem, “o objetivo da cartografia é justamente desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente” (BARROS, KASTRUP, 2010, p. 57). Dessa forma, a cartografia não recorta o objeto de pesquisa das suas conexões históricas com a realidade.

Mas por qual motivo utilizar documentos? Para essa explicação, resgato o conceito de Políticas Públicas apresentadas por Souza (2003, p. 13), que as entende como um processo no qual “os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real”. As Políticas Públicas devem buscar responder às demandas sociais e problemas políticos para curto, médio e longo prazo, de forma que tanto quanto possível devem se tornar Políticas de Estado, e não apenas de um governo específico (MELLO, MAROJA, BRITO, 2010. MELLO *ET AL.*, 2011). Nesse sentido, o “estudo das políticas públicas passa pela avaliação de como elas atendem as demandas sociais e como são articuladas com os instrumentos de planejamento do Estado, que garantam sua efetividade” (BROILO, AKERMAN, 2015, p. 237).

As políticas não representarão, portanto, apenas uma “boa vontade” de determinado governo (MELLO, MAROJA, BRITO, 2010a, p. 29) e os documentos referentes às diferentes Políticas Públicas serão a manifestação das intenções e ações a serem executadas. Logo, Políticas Públicas de Saúde devem buscar ações e medidas para promover a Saúde, prevenir e tratar doenças e agravos e reabilitar a população a que se destinam, atendendo os princípios fundamentais do Sistema de Saúde, que são: a universalidade (acesso a/por todas as pessoas); a equidade (atender o público em suas especificidades) e a integralidade, que articula três sentidos: “integralidade voltada às práticas de saúde, à organização das práticas e

dos serviços e à eficácia das respostas governamentais a problemas específicos de saúde” (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019, p. 136). As autoras conferem matizes adicionais à discussão sobre a integralidade:

O primeiro [sentido] demanda capacidade para responder ao sofrimento dos/as usuários/as que chegam até os serviços de saúde, com a preocupação de não reduzir essa resposta meramente ao olhar biológico. Aqui, integralidade pressupõe acolhimento, conversa, escuta e encontro, de modo a ir além das necessidades explicitadas inicialmente. O segundo conjunto indica a necessidade de horizontalizar ações e programas criados, anteriormente, de forma vertical e fragmentada. Isso pressupõe articular demandas programadas com demandas espontâneas, visando incluir e fortalecer a realização de atividades preventivas e coletivas com as comunidades. Já o terceiro [sentido] pressupõe que as políticas sejam formuladas com o objetivo de dar respostas a problemas de saúde que acometem grupos populacionais específicos (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019, p. 136).

Assim, a Integralidade demonstra (ou pelo menos pretende demonstrar) uma intenção de totalidade no atendimento à saúde, incluindo os problemas específicos de determinados grupos e populações. Nesse sentido, são possíveis políticas voltadas para gêneros específicos. Dentre as Políticas Nacionais de Saúde, apenas três trazem públicos definidos por gêneros diretamente em seus títulos: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008); Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (BRASIL, 2013). Essas foram justamente as políticas definidas para a presente pesquisa, além das portarias ministeriais que as instituem, quando existem, e outros documentos a elas relacionados.

Em se tratando de uma pesquisa documental, cumpre defini-la:

A pesquisa documental é muito próxima da pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador está na natureza das fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o tema, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Essa é a principal diferença entre a pesquisa documental e pesquisa bibliográfica (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 6)

Ainda assim, para efeitos dessa dissertação, não se furtou o acesso às pesquisas que já vinham contemplando as políticas alvo. Estas últimas e a que realizamos coexistem para o caminho aqui apresentado.

Embora esse ‘caminho para a meta’ tenha acontecido sem a definição de etapas hierarquizadas, que aconteceriam em uma sequência específica, diferentes recursos foram utilizados para analisar as diferentes dimensões dessas políticas de

saúde tão vastas. Aqui, cabe a introdução de outro conceito importante na cartografia, o de Rizoma, que, assim como a própria cartografia, é tomado de empréstimo dos escritos de Deleuze e Guattari (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010). O conceito de Rizoma apoia-se na botânica e se relaciona com as longas raízes e caules subterrâneos que se estendem sem uma ordem definida ou prioritária – de caráter polimórfico, espalham-se indistintamente. Assim também funciona a cartografia, se “espraiando” sobre o campo de pesquisa de forma a abranger o máximo possível, sem, contudo, hierarquizar ou preconizar qualquer ponto:

Neste mapa, justamente porque nele nada se decalca, não há um único sentido para a sua experimentação nem uma mesma entrada. São múltiplas as entradas em uma cartografia. A realidade cartografada se apresenta como mapa móvel, de tal maneira que tudo aquilo que tem aparência de “o mesmo” não passa de um concentrado de significação, de saber e de poder, que pode por vezes ter a pretensão ilegítima de ser centro de organização do rizoma. Entretanto, o rizoma não tem centro (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2010, p. 10).

Não só a pesquisa não acontece priorizando determinado ponto: a forma de apresentação desta dissertação tampouco. Para fins de facilitar a fluidez da comunicação, os resultados estão separadamente apresentados nos próximos três capítulos, não significando, porém, que foram análises que aconteceram separadamente. Todo o processo dessa pesquisa foi constantemente acontecendo e se influenciando, seja pela análise dos documentos, seja pela bibliografia já existente.

Portanto, no Capítulo 3 a seguir, apresenta-se o contexto do surgimento das políticas como um recorte sócio-histórico e político dos acontecimentos que lhes deram origem:

É primordial [...] que se avalie o contexto histórico no qual foi produzido o documento, o universo sócio-político do autor e daqueles a quem foi destinado, seja qual tenha sido a época em que o texto foi escrito. Indispensável quando se trata de um passado distante, esse exercício o é de igual modo, quando a análise se refere a um passado recente (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 6).

Além do que os documentos das políticas oficialmente já apontam como etapas importantes realizadas para discussão, elaboração e efetivação, faço uso de trabalhos científicos que resgatam influências históricas outras, não apontadas nos próprios documentos. Portanto, além da pesquisa documental, entra em cena também uma pesquisa bibliográfica.

Em sua aula “A ordem do discurso”, Foucault (1999) aponta para uma forma de análise que ele denomina ‘genealógica’, pois busca correlacionar a emergência de determinado discurso e os sistemas de poder envolvidos, o que nos parece análogo ao que foi aqui descrito sobre a pesquisa bibliográfica. A análise genealógica estuda a “formação ao mesmo tempo dispersa, descontínua e regular” dos discursos (FOUCAULT, 1999, p. 65-66). Porém, indissociável dessa análise “genealógica”, apresenta-se a análise “crítica”, que busca apreender como o discurso implica formas de exclusão, limitação e utilização de sistemas de força: “a parte crítica da análise liga-se aos sistemas de recobrimento do discurso; procura detectar, destacar esses princípios de ordenamento, de exclusão, de rarefação do discurso” (FOUCAULT, 1999, p. 69). Rodrigues aponta que as análises crítica e histórico-genealógica não podem ser autonomizadas: “Pois só se faz história derivando pela fratura crítica do presente; e só se critica contingenciando o presente mediante a construção de uma história (rigorosa) do precário e frágil” (RODRIGUES, 2015, p. 11).

É justamente essa análise crítica que busquei trazer. Uma análise crítica do discurso para identificar como o gênero se articula a relações de poder, especificamente biopoder, como descrito por Foucault em algumas de suas obras (FOUCAULT, 1999a; 2005; 2008; 2008a). Tal análise se dá combinada a contribuições de autores, notadamente da teoria *Queer*, que recorrem a conceitos como identidade e políticas identitárias. Todos esses aspectos foram desenvolvidos para entender como o gênero é definido e utilizado nas políticas de saúde em análise.

Nesse ponto, é preciso apresentar características de implicação do contexto, não das políticas, mas da pesquisa. A investigação compreende, como período de realização, os anos de 2020 a 2022, quando a humanidade passa pelo momento possivelmente mais desafiador do século XXI (até agora), que é a pandemia de COVID-19. COVID é a sigla adotada para a *CO*rona *V*irus *D*isease (Doença do Coronavírus), e ‘19’ se refere ao ano de 2019, quando os primeiros casos em Wuhan, na China, foram mapeados. A pandemia foi oficialmente declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020, ocasionando, além dos problemas decorrentes do próprio vírus, uma série de restrições à população mundial no que tange à circulação e ao contato interpessoal, entre várias outras. Esta pesquisa também foi intensamente marcada pela pandemia. Optei por remover

uma parte do desenho inicial da pesquisa, que se deteria em mostrar a relação existente entre a formação continuada dos trabalhadores dos diversos níveis de atenção e as políticas estudadas: melhor dizendo, como, em suma, profissionais de saúde estão sendo formados, capacitados e/ou orientados para atuar de acordo com essas políticas. A exclusão desse tópico deveu-se tanto a problemas práticos de pesquisa provocados pela pandemia, como as restrições na movimentação, como ao fato de os trabalhadores de saúde terem sido sobrecarregados física e mentalmente com o excesso de trabalho no trato com a doença, isso quando não acabaram sendo eles próprios infectados. Entendendo que o estabelecimento de qualquer forma de interlocução, mesmo que via *internet*, como entrevistas ou questionários, seria não só mais um estressor para os envolvidos como contraproducente em relação aos resultados, que seriam sem dúvida afetados por essa realidade outra, optou-se por não analisar este ponto.

Pensei, em determinado momento, em usar a análise das ações propostas nas políticas que são o objeto da presente pesquisa em interface com investigações já realizadas, como forma de elucidar a relação com a formação; porém acredito que seria uma forma de proceder demasiado simplista para focalizar um assunto que precisaria de maior dedicação, talvez em nível de doutorado, e por entender que quando falamos em profissionais de saúde, não estamos falando apenas de pessoas com formação em medicina ou enfermagem, por exemplo, mas de todas as que estão ligadas aos serviços de saúde e podem influenciar o acesso e permanência das demais no serviço de saúde – da recepção ao segurança, do Agente Comunitário de Saúde ao Secretário Municipal ou Estadual. Além disso, levou-se em consideração o tempo de realização do mestrado, bastante curto, notadamente em função da atual situação. Portanto, para não utilizar de forma leviana o tema, ele foi deixado para outro momento e/ou para outros pesquisadores que lhe poderão dar o tratamento e cuidado que eu não teria a condição de dar, no momento. Entretanto, a temática da Pandemia, em sua relação com gênero e sexualidade, não passou despercebida e foi objeto de considerações em outro local (MOREIRA; BROILO, 2022)⁶.

⁶ Deborah Souza Moreira e eu estabelecemos importante parceria durante o período pandêmico, que foi acadêmica e afetivamente muito frutífera. Sua pesquisa, realizada no mesmo programa e com a mesma orientadora que a minha, gerou, entre outras parcerias, o referido artigo, onde discutimos como a pandemia afetou pessoas LGBTQIA+, nós inclusive.

Com essas intenções, a pesquisa buscou elucidar as relações entre Gênero, Políticas Públicas e Saúde. Não se ousa pensar que isso possa esgotar as possibilidades de análise, mas se pretende acrescentar algo ao arcabouço teórico já existente nessas áreas.

3. QUE HISTÓRIA É ESSA?

*Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Se isso é sobre vivência, me resumir a sobrevivência
É roubar o pouco de bom que vivi
(AmarElo – Emicida, Majur e Pablllo Vittar).*

Lourau (2004) apresenta uma discussão dos conceitos de Instituição, Instituído e Instituinte, que, de forma breve, gostaria de introduzir aqui, pois ajuda a entender o contexto do qual se fala neste capítulo. O autor aponta que o caráter polissêmico do termo Instituição pode induzir a algumas confusões, especialmente em sua relação com o Estado. O Estado seria um “conjunto de corpos constituídos e de instâncias (coletivas ou individuais) que denominamos instituições”, sendo que instituição “designa diversas categorias de corpos constituídos e de organismos oficiais que servem para a regulação da vida política, para a administração da sociedade” (LOURAU, 2004, p. 48). As instituições que constituem o Estado não surgem de forma simultânea e nem possuem funcionalidade ou impacto semelhante, divergindo principalmente sob o aspecto da organização, em que ocorre uma das primeiras confusões, “o nível organizacional com o nível institucional” (LOURAU, 2004, p. 48).

Associado a esse, outro equívoco frequente é na sua relação com os objetos jurídicos, como leis e regulamentos. Estes se constituem como parte do aparato da instituição, mas não como instituição em si. Dessa forma, diversas Instituições, como veremos a seguir, fazem parte da formulação dos regulamentos, como as Políticas e Portarias, mas essas não são as Instituições, são recursos jurídicos dos quais fazem uso para atingir seus objetivos. Este emaranhado regulatório se relaciona, além do mais, com os conceitos de Instituído e Instituinte: “no ‘instituído’ colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política)”; já como instituinte temos “a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como ‘significante’ da prática social” (LOURAU, 2004, p. 47).

Embora consigamos entender e definir essas duas instâncias de forma didática, de forma prática a relação entre ambas é mais complexa:

Mais que de formações sociais morfologicamente isoláveis e observáveis (classes ou estratos), trata-se, mais profundamente, de instâncias, de forças em complementaridade e em luta – confusamente –, fora dos critérios demasiado cômodos de pertencimento objetivo a um dos dois “campos” que constituiriam a sociedade. [...] Seria “bom demais” se o instituído se confundisse sempre com o aparelho de coação, com o poder estabelecido das classes dominantes. Seria bom demais se o instituinte se confundisse com a capacidade de análise e de contestação potencial atribuída a cada indivíduo ou a uma categoria social de contornos precisos, carismaticamente encarregada de fazer a história (LOURAU, 2004, p. 64).

Entender as diferenciações entre Instituinte e Instituído permite ver quais forças atuam nas construções das políticas aqui analisadas, e de que formas elas pressionam (ou são pressionadas) nas instituições. Segundo Paulon (2005, p. 23), a instituição pode ser entendida como “uma dimensão oculta e inconsciente que atravessa os níveis dos grupos e organizações (“o inconsciente político”), recuperando, com isto, seu caráter histórico-político”. Diferentes atores, interesses e formas de participação estão em movimento nas instituições, entre instituições e fora delas, na forma das forças citadas por Lourau. Essas forças em complementariedade estiveram (estão e estarão) em jogo no processo de surgimento das Políticas que busquei analisar na presente pesquisa.

A primeira Política que abordo aqui é a Política voltada para as Mulheres, de 2004, mas com um histórico bem anterior, como será apresentado na sequência. Já a Política voltada para homens é de 2008, e a voltada para LGBTIs, de 2011⁷. Em 2017 foi lançada a Portaria de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017), que reúne as Políticas Nacionais de Saúde. Neste documento constam as três Políticas: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (conforme original, em sua totalidade) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH (em formato de anexo da portaria), ambas na Seção III, de ‘Políticas voltadas à Saúde de segmentos populacionais’; e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis – PNSILGBT (também em formato de anexo da portaria) na Seção IV, de ‘Políticas de Promoção da Equidade em Saúde’.

Todas essas Políticas se situam dentro do SUS e, para entender melhor sua emergência, é necessário situar brevemente o surgimento do próprio sistema.

⁷ Sua criação ocorreu em 2011, com promulgação em 2012. O documento referenciado, por sua vez, é o da 1ª reimpressão que ocorreu em 2013.

3.3. Sistema Único de Saúde – SUS

Desde a década de 1970 o movimento sanitário, articulado com movimentos sociais e pela redemocratização, buscou romper com o modelo hospitalocêntrico, centrado na medicalização, e reivindicar um novo modelo de saúde em que esta fosse mais do que simplesmente a ausência de doenças – em uma perspectiva apenas biologizante –, levando em conta também os aspectos sociais da relação saúde/doença (GIFFIN, 2002. MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

O modelo de atenção à saúde anterior ao SUS era baseado em uma medicina previdenciária, ao qual tinham acesso apenas trabalhadores com vínculos formais, que representavam um total de cerca de 60% da população, enquanto o restante, considerado de ‘indigentes’, era atendido por uma medicina assistencialista, feita por filantropia, como, por exemplo, as Casas de Misericórdia (BAHIA, 2020). O sociólogo Robert Castel (1985) analisou o processo francês de saída dos modelos assistencialistas e filantrópicos defendidos pelo liberalismo – fundados numa noção de ‘virtude’ segundo a qual aqueles que têm devem doar a quem não tem, não de forma obrigatória, mas voluntária e ‘virtuosa’, e com base principalmente numa ideia de ‘política sem Estado’ – e sua gradual mudança, através de muitas lutas que perduraram pelos séculos XIX e XX, para um modelo de direitos através dos seguros (por morte, doença, acidente de trabalho, entre outros).

Castel (1985) analisa o Estado como um ‘terceiro’ entre a burguesia privilegiada e a classe trabalhadora, um Estado que é regulador, mas não imparcial. Durante os diversos regimes franceses, da Revolução de 1848 até o surgimento da III República, o Estado foi assumindo diferentes posturas, até que se chegasse a um ‘Estado Providência’ ou, como ele prefere chamá-lo, ‘Estado Social’. Segundo Castel (1985), é o Estado que aplica a dívida solidária que existe entre trabalhadores e burguesia, gerada mediante o trabalho. Segundo esse conceito, há uma dívida de toda a sociedade para com os trabalhadores, e é o Estado que a aplica ao ser o fiador da ‘Propriedade Social’, que são os seguros. Os seguros irão garantir o atendimento das necessidades individuais mediante seu uso social coletivo, transferindo-se a anterior desigualdade de propriedade privada para o campo da estratificação irreversível da divisão do trabalho. Essa visão permite que existam desigualdades sociais, mas tira os trabalhadores da subordinação direta aos padrões e dívidas intermináveis de trabalho. Ao transpor esse processo para a

realidade brasileira, pode-se estabelecer alguns paralelos não só pelo fim da uma medicina puramente assistencialista, como também pelo fato de que, na atual Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), os capítulos da saúde estão submetidos à área de seguridade social.

Ainda assim, tanto no caso francês quanto no brasileiro, o ideal liberalista de que os necessitados devem ser assistidos mediante uma doação caridosa de quem tem mais, numa ideia de virtude cristã, como mencionado anteriormente, ainda se faz presente (CASTEL, 1985). E aqui é preciso fazer algumas distinções entre assistencialismo, assistência e atenção, noções utilizadas para entendermos as diferenças que aconteceram tanto no SUS quanto na saúde da mulher.

O Assistencialismo remete à ideia do atendimento aos necessitados, desamparados, realizado de forma filantrópica por aqueles que têm condições, como uma virtude voluntária, a exemplo das Casas de Misericórdia, como aponta Castel (1985). Essa visão atende aos desamparados e era o modelo vigente no Brasil desde o período imperial até o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs):

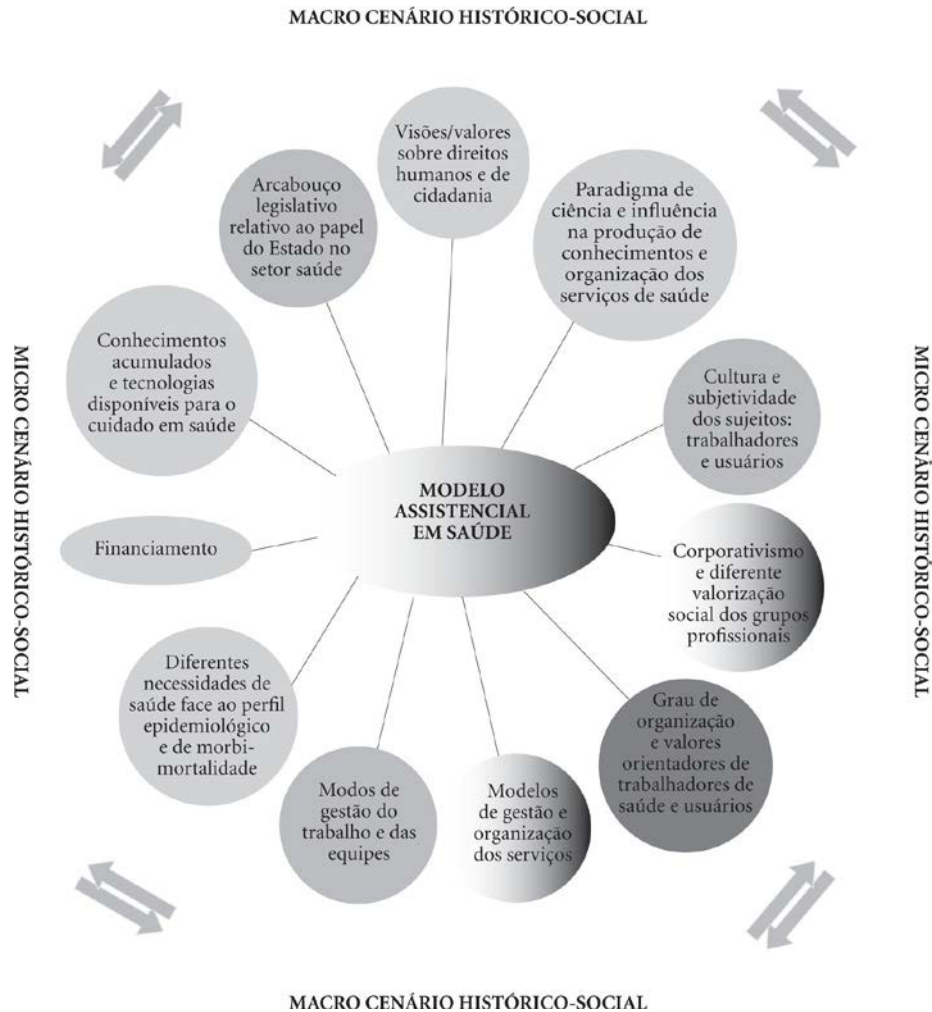
A assistência médica individual para os pobres era de responsabilidade da filantropia e aos que podiam pagar se dirigiam a assistência particular, ou as associações entre organismos de espécies diferentes e no qual há benefícios para uns e outros (mutualistas), ou seja, sindicatos e comunidades de imigrantes (CORREIA *et al.*, 2010, p. 2).

Já a assistência, enquanto um modelo, apresenta uma polissemia de conceitos e entendimentos; mas, de maneira geral, todos se referem a “como, em um determinado contexto histórico-social, são organizados os serviços de saúde, como são realizadas as práticas, os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e os direitos dos seres humanos em relação à vida” (FERTONANI *ET AL.*, 2015, p. 1872).

Fertonani *et al.* (2015) ainda sintetizam, na figura 1, os diferentes conceitos levantados em sua pesquisa e que influenciam um modelo assistencial. As autoras apontam que:

No Brasil, a partir do século XX, podem ser identificados quatro modelos assistenciais: o sanitário campanhista do início do século; o modelo clínico liberal ou médico assistencial privatista (baseado na concepção de saúde como uma mercadoria e não em função das necessidades de saúde da população); o modelo racionalizador/reformista (que previa a reorganização e racionalização dos serviços sem mudança de concepção de saúde e de modo de intervenção no processo saúde-doença); e um modelo ainda em construção, que resgata os ideários da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, e do SUS, de 1990 (FERTONANI *ET AL.*, 2015, p. 1872).

Figura. 1: Elementos que interferem na constituição de um modelo assistencial



Fonte: Fertoni *et al.*, 2015, p. 1873.

E é nesse último cenário que surge o conceito de Atenção, que tem relação com a ruptura com uma ideia individualista em Saúde: irá focalizar também questões amplas, da coletividade, de forma a ampliar o conceito de saúde para incorporar a prevenção e a promoção (MATTA; MOROSINI, 2009). Dessa concepção ampliada em saúde surgem os pilares do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade.

Para realizar essa transformação de uma medicina baseada na doença em um conceito ampliado de saúde, o movimento sanitário se valeu principalmente de um desses conceitos, que tem repercutido em todo o sistema de saúde, “tanto no sentido de um saber que se produz sobre saúde quanto no de um campo de estruturação de práticas” (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 33): o conceito de integralidade. A integralidade considera a pessoa em suas múltiplas necessidades, visando promover a saúde, prevenir doenças e/ou tratar e reabilitar as já existentes, o que demanda a construção de uma rede dentro da saúde pública, envolvendo

“os/as usuários/as, os/as profissionais, os/as gestores/as, as instituições, as leis, as doenças, os prédios, os objetos, as práticas, as pesquisas, que são atravessados por essa palavra (integral/integralidade)” (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 32). Dessa forma, a saúde do indivíduo é percebida como uma totalidade, cuja dinâmica depende de diversos fatores, e não apenas dos fatores biológicos como a ausência de doenças. Como as autoras ainda destacam, a saúde pública se diferencia da saúde coletiva por esta considerar a questão social:

O discurso da saúde coletiva pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista estabelecido historicamente com o advento da sociedade industrial. Coloca em evidência que a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico, devendo incluir as dimensões simbólica, ética e política, sendo a transdisciplinaridade marca constituinte desse campo (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 44).

Assim, logo após o surgimento da Constituição Federal, em 1988, surge o SUS, com a Lei nº 8.080, de 1990, que tem a integralidade como um dos seus pilares (BRASIL, 1990. MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Segundo Medeiros e Guareschi (2009), o termo Integralidade é cunhado no contexto político de criação do SUS, não existindo em dicionário, e não sendo traduzível para outros idiomas:

A integralidade seria um valor democrático que necessariamente retoma uma participação política intensa, em movimentos organizados ou não, constituindo-se como uma ação social de interação democrática entre sujeitos no cuidado em qualquer nível do serviço de saúde (p. 35).

É com foco na integralidade que surgem as políticas de saúde aqui analisadas. Uma a uma elas serão apresentadas, conforme a ordem de surgimento; porém ressalta-se que certos eventos foram concomitantes ou influenciadores entre si.

3.3. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tem sua história entrecruzada com a história do SUS, pois é por meio da articulação entre o movimento sanitário e o movimento feminista que surge, antes mesmo da existência do SUS, um programa pensando na integralidade da saúde da mulher: em 1984 surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984). Anteriormente ao PAISM, a saúde da mulher era tomada num caráter apenas reprodutivo, principalmente no processo da gravidez ao puerpério, entendendo a mulher como mãe, e com foco primário na saúde do bebê. Já após o PAISM, entram

em cena também os aspectos reprodutivos e sexuais, entre eles a contracepção (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009. ZOCHE ET AL., 2017). Embora ainda haja, nesse momento, uma ideia de saúde apenas como 'assistência', a integralidade aparece relacionada à articulação das esferas do governo em seus três níveis (Federal, Estadual e Municipal), vinculadas ao Ministério da Saúde. Assim:

Para que a prática em saúde seja qualificada e pautada pela integralidade, é fundamental a atuação de diversos fatores, sendo estes a organização do trabalho, para que a demanda e o tempo estejam de acordo com a necessidade do profissional e do usuário, a qualificação do profissional e, também, a inclusão de instrumentos como: diálogo, humanização, empatia, vínculo e confiança (ZOCHE ET AL., 2017, p. 4761).

Entre o surgimento do PAISM e a PNAISM, o cenário foi o de uma busca por mudanças e melhorias no processo. Souto (2008) aponta que uma das principais mudanças a impactar a perspectiva da saúde da mulher foi a ampliação da discussão dos direitos reprodutivos, passando à incorporação dos direitos sexuais, especialmente com os eventos seguintes: Encontro sobre Direitos Reprodutivos de Amsterdã em 1984; Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) em Nairóbi em 1985, em Cairo em 1994 e em Pequim em 1995. Os diferentes períodos entre essas conferências são assim descritos pela autora:

No período inicial, de 1984 a 1989, ainda não estava implantado o SUS e os programas eram verticais, então o PAISM, enquanto proposta mais horizontal e participativa, teve que conviver com uma máquina administrativa vertical e autoritária sob a configuração de um Estado Mínimo defendido pelo governo da época. Na década de 90, com a implantação da política do SUS e a conseqüente municipalização e reorganização da atenção básica, o PAISM ganhou força, embora as ações no campo da saúde reprodutiva tenham sido privilegiadas, demonstrando ainda a visão de saúde materna nas práticas desenvolvidas. Algumas lacunas subsistiram, como a atenção ao climatério e à adolescência e a própria inclusão da perspectiva de gênero e de raça/etnia nas ações a serem desenvolvidas. A rearticulação da organização das mulheres e a retomada do tema Saúde da Mulher na agenda governamental só ocorreram a partir de 1995, como resultado da Conferência do Cairo, realizada em 1994 (SOUTO, 2008, p. 172).

Observa-se que há uma pressão do movimento de mulheres para que a pauta da saúde seja ampliada, podendo-se identificar um movimento instituinte pela ampliação das noções referente à saúde da mulher.

Cerca de 20 anos depois do PAISM, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004), que apresentava as diretrizes que norteariam a atenção à saúde da mulher primeiramente apenas no período 2003-2007, porém foram 'revalidadas' com a Portaria de Consolidação nº 2

(BRASIL, 2017) que consolida as Políticas Nacionais de Saúde e toma por referência a PNAISM em sua totalidade.

Segundo consta na apresentação da Política, participaram de sua construção:

diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2004, p. 5).

Essa construção se deu mais acentuadamente a partir de 2003, e vem acontecendo principalmente através das Conferências, tanto de Saúde quanto de Mulheres, nos níveis nacional, estadual e municipal/regional (SOUTO, 2008). O controle social exercido nas Conferências, especialmente nas Nacionais, é extremamente importante para grupos politicamente minoritários⁸, como é o caso das mulheres (POGREBINSCHI, 2012).

Talvez o que a PNAISM de 2004 mais amplie seja a questão da violência doméstica e sexual. Bezerra *et al.* (2018) entendem a violência sexual como uma questão de saúde pública caracterizada como “qualquer ação ou conduta em que o agressor tenha controle sobre a mulher, com a subordinação da sexualidade, envolvendo o exercício sexual, desejo e o ato sexual contra a sua vontade, com o objetivo único de saciar o desejo sexual do agressor” (p. 2). As violências mencionadas passaram a ser alvos de uma série de normas, leis e programas, desde 2003, sendo uma das principais sua criminalização por intermédio da Lei Maria da Penha, de 2006. Todas essas legislações, que buscam diminuir as desigualdades entre homens e mulheres, ainda enfrentam diversas dificuldades de implementação, e esbarram em questões formativas e culturais (BATISTA; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2018). A questão da violência contra a mulher, em suas variadas formas, é uma preocupação em diversos locais, não sendo uma realidade exclusivamente brasileira ou latino-americana.

⁸ Pogrendinschi (2012) não define conceitualmente o que seriam esses grupos minoritários, mas faz referência ao processo deliberativo das conferências que permitem que os grupos que nem sempre são representados nos governos e partidos políticos possam definir suas demandas, sem depender dos *lobbies* políticos ou de moedas de troca. “Ao permitir que mulheres, índios ou negros afirmem a sua identidade como grupos, por meio do compartilhamento de experiências, perspectivas e valores que transcendem divisões de classe ou cisões ideológicas, as conferências nacionais redefinem o sentido e a prática da igualdade política. As conferências nacionais têm, assim, a habilidade de fazer com que a agregação de preferências individuais resulte, de fato, em escolhas sociais – e, mais do que isso, ao destronarem o pluralismo pelo multiculturalismo e transformarem coletividades historicamente excluídas em sujeitos de direito, as conferências nacionais convertem minorias em majorias, e fazem de interesses particulares políticas universais” (POGREBINSCHI, 2012, p.9).

Outra realidade que violenta as mulheres é a questão da divisão sexual do trabalho. Mesmo depois de anos de tentativa de quebra da visão do homem como provedor e da mulher como mãe e doméstica, essa divisão ainda causa impactos na saúde das mulheres (GIFFIN, 2002). No texto da PNAISM, há menção à influência do trabalho sobre a saúde, apontando que em relação às mulheres “os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico” (BRASIL, 2004, p. 9). Nesta linha, Giffin (2002) já apontava uma tendência à feminilização da pobreza, considerando que entre as 1,3 bilhão de pessoas vivendo em situação de pobreza no mundo, 70% eram mulheres, condição essa devida não somente à dificuldade dos homens de ‘proverem’ as famílias, como da responsabilidade das mulheres (principalmente quando há filhos) de arcar com seu sustento quando o homem se ausenta. Existem, desse modo, impactos sobre o adoecimento, mortalidade e abortamento nas mulheres, o que é acentuado quando associado a condições não-hegemônicas de raça, classe, capital cultural, entre outros (GIFFIN, 2002). Esse apontamento interseccional⁹ também é mencionado no PNAISM como realçando a desigualdade (BRASIL, 2004). Isso demonstra o quanto o capitalismo tem influenciado a saúde, tanto em seus conceitos quanto em suas práticas, capturando sujeitos e impondo condições, de modo que a saúde também envolve uma luta de classes (RODRIGUES; FRANCISCO, 2016).

O que a PNAISM mostra, além de tudo, é o panorama da mulher na sociedade, ao afirmar que:

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade [...]. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004, p. 9).

⁹ A interseccionalidade foi definida por Crenshaw (2002) e pode ser entendida como um cruzamento de múltiplas subordinações de opressões. Sexismo, racismo, patriarcalismo, opressão de classe, transfobia, entre muitos outros, que intensificam as desigualdades. Para a autora, a interseccionalidade é um fator primordial para entendermos como ações e políticas podem desencadear, agravar ou atenuar opressões, criando uma rede complexa e interdependente que podem atravessar um mesmo sujeito em múltiplos pontos (MOREIRA, BROILO, 2022).

Dessa forma, parece inegável o quanto as questões de gênero são determinantes sociais de saúde, especialmente se falamos de mulheres. Há influências nas práticas contraceptivas, de planejamento familiar, na segurança e no risco à violência, na saúde relacionada ao trabalho, entre outras ainda não apontadas aqui. A preocupação com essa discussão também tem aumentado, sendo que pesquisas no campo da saúde relativas a gênero têm se ampliado desde a década de 1980 (ARAÚJO *ET AL.*, 2014), mesmo em face de uma série de problemáticas conceituais e metodológicas acerca da noção de gênero.

A PNAISM define como elementos para se alcançar humanização e qualidade do atendimento à mulher, entre outros, os seguintes:

- Estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
- Estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
- Análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias (BRASIL, 2004, p. 61).

Apesar disso, não são determinados nesta política como e quais serão esses mecanismos e indicadores. Isso será tema do documento “Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM” (BRASIL, 2015), que avalia como a política tem sido efetivada em âmbito nacional. Nesse sentido, é relevante destacar que os resultados das políticas públicas devem ser constantemente reavaliados para promover as mudanças necessárias e desejadas (SOUZA, 2003).

3.3. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

Como dito anteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) encontra-se hoje dentro da Portaria de Consolidação nº 2 que reúne as Políticas Nacionais de Saúde (BRASIL, 2017). Porém, originalmente, a Política se constituía de dois documentos, os “Princípios e Diretrizes” da Política, que foram lançados em 2008 (BRASIL, 2008), e a Portaria Ministerial nº 1.944 de 27 de agosto de 2009 que “Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (BRASIL, 2009, p. 1). É o texto da portaria, apenas, que hoje faz parte da Portaria de Consolidação nº2

(BRASIL, 2017). Porém, como apontam Lopez e Moreira (2013), ambos servem como referência, pois a portaria é complementada pelo documento dos “Princípios e Diretrizes” de forma argumentativa.

O processo de construção da PNAISH difere consideravelmente da Política voltada para as mulheres e seu resgate histórico passa pela análise de diversos documentos e momentos históricos:

a história da PNAISH não se encontra disponível em um único documento oficial. Antes, encontra-se espalhada e distribuída na literatura científica em alguns poucos textos que discutem a sua construção ou ainda em textos midiáticos que possibilitam maior compreensão deste processo (MARTINS; MALAMUT, 2013, p. 432).

Para levantar esse processo histórico precisamos reconhecer, inicialmente, que ao contrário da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 1984), a PNAISH não teve uma política ou programa antecessor específico. Porém é possível rastrear algumas ações de saúde ao longo da história. Para Martins e Malamut (2013), as taxas de morbimortalidade de homens vêm sendo objeto da Epidemiologia desde o século XVII, com estudos sobre a maior vulnerabilidade de homens frente à cólera em Londres. As campanhas contra o alcoolismo e as doenças venéreas, como a sífilis das décadas de 1920 a 1940, protagonizadas por associações como a Liga Brasileira de Saúde Mental, atuavam em locais socialmente masculinos, como bordéis, bares e casas de jogo, como forma de higienizar condutas relativas à masculinidade, como a extraconjugalidade, a promiscuidade e a vagabundagem (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009. MULLER; BIRMAN, 2016. CESARO; SANTOS; SILVA, 2018).

Na esteira das campanhas contra doenças sexualmente transmissíveis, surge de forma pioneira no Brasil a Andrologia, entre 1930 e 1940, como uma ciência masculina relacionada a problemas sexuais (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009). A Andrologia, porém, passou a ser subordinada a Urologia, sendo essa tida como a verdadeira ciência do Homem, enquanto a Andrologia cuidaria de aspectos específicos da sexualidade (MULLER; BIRMAN, 2016).

Foi a partir da década de 1990, com dois eventos internacionais, que se passou a marcar a importância do reconhecimento de homens nas políticas públicas: a realização, em 1994, da Conferência Internacional sobre Desenvolvimento e Populações, em Cairo, e, em 1995, da IV Conferência Mundial

sobre a Mulher, em Pequim (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012. MARTINS; MALAMUT, 2013). Esses eventos influenciaram a futura PNAISH no Brasil, ao recomendarem o desenvolvimento de políticas de saúde com enfoque em gênero, e que, portanto, levassem em consideração também os homens.

A última década do século XX ainda viu outro fenômeno em termos de uma certa saúde do homem acontecer. Segundo Separavich e Canesqui (2014, p. 421), o “fenômeno Viagra surgido no final dos anos 1990 é reconhecidamente o início de um processo de medicalização da sexualidade masculina na meia-idade”.

Porém, não só de Viagra (e similares) viveu a sexualidade do homem na década seguinte. Os anos 2000 são marcados, no Brasil, por um intenso protagonismo da Sociedade Brasileira de Urologia na promoção de eventos e campanhas, com foco especial na próstata, e que irão culminar, ao final da década, com o surgimento da PNAISH (CESARO; SANTOS; SILVA, 2018. HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020).

A principal campanha da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), foi a ‘Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem’, de julho a setembro de 2008, tendo como tema a disfunção erétil e como justificativa os dados de 2007 do Ministério da Saúde (MS) sobre a quantidade de consultas realizadas por homens com urologistas (2,7 milhões), quando comparadas com a quantidade de consultas realizadas pelas mulheres com ginecologistas (16,7 milhões) (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Essa não foi, no entanto, a única ação da Sociedade Brasileira de Urologia com vistas a uma possível Política Pública voltada à saúde masculina. Hemmi, Baptista e Rezende (2020) fizeram um levantamento das ações que precederam a PNAISH, conforme pode ser visto a seguir, na Figura 2.

Intercalada entre campanhas da própria SBU e parcerias com instituições de Saúde estatais, a estruturação da PNAISH tomou boa parte da década de 2000 em estruturação (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020).

No campo acadêmico, teve destaque, em 2005, a edição especial da Revista Ciência & Saúde Coletiva, com o tema “Saúde do Homem: alerta e relevância” (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 11). No campo das pactuações em saúde, o ‘Pacto pela Saúde’ de 2006 teve importante influência na construção dos objetivos e diretrizes da PNAISH (FONTES ET AL., 2011).

Figura 2: Linha do tempo do processo de construção da PNAISH



Fonte: Adaptação de HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 7.

Dentro do Ministério da Saúde, alguns pontos chamam atenção ao analisarmos os eventos ocorridos. O primeiro é a criação, entre 2006 e 2007, da Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH). Criada no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS), tinha como responsável o psicólogo Eduardo Chackora, sem formação na área de saúde pública, mas com experiência em grupos de homens na forma de uma consultoria através de parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), com a intenção de promover um diálogo com a sociedade, buscando a integralidade da atenção:

Ressalte-se que a nomeação de um técnico, sem experiência prévia com Saúde Coletiva e sem formação médica, para realização de estudos relativos à saúde da população masculina parece ter sido uma estratégia do secretário de Atenção à Saúde para garantir uma ampliação do olhar sobre a atenção à saúde do homem (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 13).

Essa nomeação de alguém fora do contexto médico foi uma estratégia de José Gomes Temporão, na época Secretário de Atenção à Saúde, que assume como Ministro da Saúde logo em seguida (2007). O objetivo é balancear o peso da SBU, mostrando que havia “pelo menos duas perspectivas sobre como lidar com a saúde do homem” (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 13). No mandato de Temporão, já em seu discurso de posse, a saúde é apresentada como prioridade entre 22 propostas de governo (FONTES *ET AL.*, 2011. HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020). Ainda em 2007, a ATSH passa por novas configurações:

Assume, nesse ano, como coordenadora, Neidil Espíndola da Costa, médica, gerontóloga e especialista em Saúde Pública, que permaneceu por curto período de tempo, sendo logo substituída por outro médico, Ricardo Cavalcanti, ginecologista e com formação em antropologia. Cavalcanti foi convidado pelo assessor do Ministro e convidou Baldur Schubert, médico e especialista em Saúde Pública, para atuar como seu assessor. Com a saída de Cavalcanti após alguns meses como coordenador, Baldur assume a coordenação da ATSH (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 14).

Apesar de médico ginecologista e sexologista, e de escolher uma equipe com profissionais de Saúde Coletiva, Ricardo Cavalcanti tinha maior aproximação com os interesses da SBU (DA SILVA *ET AL.*, 2013): “Confundem-se, nesse processo, ‘sexologia’ e ‘sexualidade’ como saberes que dariam conta de abarcar a amplitude do campo de atuação que se propõe uma política de saúde do homem no Brasil” (MULLER; BIRMAN, 2016, p. 706). Sob a condução de Cavalcanti foram “realizadas articulações políticas entre a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que passaram a integrar o grupo de

discussão desta temática” (MARTINS; MALAMUT, 2013, p. 434). Acerca dessa atuação, ressalta-se que:

a constituição propriamente dita da ATSH incorporou, direta e indiretamente, desde seu início, o segmento médico na sua condução. Apesar da atuação de Eduardo Chakora no estudo do tema, desde os primórdios de configuração da área, foi um médico que assumiu a coordenação da área no momento de definição da política (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 14).

A SBU ainda entrega ao Ministro da Saúde, previamente ao lançamento da primeira versão do texto-base da PNAISH, um dossiê com os problemas urológicos (desde disfunção erétil até os cânceres de pênis e próstata) que mais acometiam a população masculina. Enquanto isso, a ATSH coordenava os esforços de levantamento das causas de morbimortalidade entre homens, especificamente entre 20 e 59 anos:

O levantamento revelou que as principais causas de adoecimento e morte da população masculina estavam relacionadas com as masculinidades. Diferentemente do que advogava a SBU, as neoplasias não se apresentavam como principal causa de morte ou de adoecimento, sendo muito mais importantes as causas externas, em especial as decorrentes da violência e doenças cardiovasculares (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 15).

Entre embates nos entendimentos sobre as possibilidades de atuação do Ministério da Saúde, decidiu-se realizar uma série de seminários, com a presença de especialistas das diferentes áreas para verificar como as mesmas reconheciam os problemas de morbimortalidade masculina e identificar as causas da ausência dos homens nos serviços promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Nesse modelo, o foco era absorver o conhecimento de especialistas para elaborar um projeto político, preterindo com isso o diálogo e a construção coletiva (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020).

Foram realizados cinco seminários com a participação de outras Sociedades Médicas, como as citadas anteriormente, mas também com algumas outras, como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Somente no Seminário referente à Saúde Mental, o primeiro realizado, é que algumas representações da sociedade civil foram chamadas a participar, como as Organizações Não-Governamentais (ONGs) Promundo e Instituto Papai e a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), além da presença de acadêmicos da área de saúde e masculinidades

(HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020). Os seminários seguintes abordaram temas médicos, sem a participação de outras modalidades, como:

hiperplasia prostática benigna, câncer de próstata e de pênis, planejamento familiar masculino e medicina sexual; seguido dos seminários com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, com a Federação Brasileira de Gastroenterologia e com a Sociedade de Pneumologia e Tisiologia (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 18).

A composição dos seminários, segundo Hemmi, Baptista e Rezende (2020), contava com 55 participantes, distribuídos da seguinte forma:

27 presidentes estaduais das sociedades médicas; cinco membros da diretoria dessas Sociedades; sete representantes de universidades; seis representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); 10 representantes de áreas do Ministério da Saúde, como Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), Departamento de Atenção Básica (DAB), Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) e Instituto Nacional do Câncer (INCA) (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 18).

Desses eventos surgiu uma proposta de texto base para a PNAISH. Em 2008 é lançada para consulta pública a primeira versão do documento, ficando a cargo de Cavalcante e Chakora a consolidação das sugestões e a apresentação da versão final a ser lançada, que foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e promulgada com a portaria ministerial, citada no início, em 2009 (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009. LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012. MOURA; LIMA; URDANETA, 2012. MARTINS; MALAMUT, 2013. HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020)

Ao final, apresentou-se um texto que, apesar de definido como consensual pela PNAISH, foi mais uma mediação e acomodação de visões e entendimentos divergentes sobre a saúde masculina. Por parte das sociedades médicas, havia doenças específicas a serem combatidas e a necessidade de criação de mecanismos para seus tratamentos; por parte da Saúde Coletiva, sociedade civil e acadêmicos, era necessária uma ênfase na Atenção Primária, na organização do SUS e em uma leitura que trazia “as causas externas, gênero, masculinidade e aspectos sociais como principais problemas a serem enfrentados” (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 21).

Por trás dessa ‘Atenção’ à Saúde do homem revelavam-se interesses das diferentes instituições envolvidas. Para a SBU, “estavam em jogo questões

coorporativas, como o valor dos honorários pagos ao urologista pelo SUS ou a obrigatoriedade de os urologistas vinculados ao SUS serem credenciados pela sociedade” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 663). Por parte do Ministério da Saúde, buscava-se desonerar os serviços, pois a porta de entrada dos homens aos serviços de saúde tem sido pela atenção secundária, uma vez que eles só procuram atendimento em casos de agravos já estabelecidos ou emergências (SANTOS; NARDI, 2014). Assim, cria-se o mecanismo da PNAISH, que chama o homem a ser responsável pela sua própria saúde e se inserir na Atenção Primária, para prevenção de doenças e promoção da Saúde, sem deixar de privilegiar a visão tradicional de saúde como oposição a doenças, ao trazer à tona toda a sorte de enfermidades que demandam urologistas, médicos do homem, para atendê-las (SCHWARZ, 2012. MARTINS; MALAMUT, 2013).

Com isso, é possível perceber que a PNAISH não surge de uma demanda da população de homens, como foi o caso da PNAISM, que contou com a articulação das mulheres em movimentos pela busca de equidade em saúde. Surge, sim, de uma decisão política, gestada entre Governo (formuladores e executores da política) e saber biomédico, com vistas à medicalização dos corpos masculinos sem que os sujeitos de destino da política sequer participassem da sua decisão (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009. SCHWARZ, 2012. MARTINS; MALAMUT, 2013). Promove-se um processo de construção “em nome dos homens” (MARTINS; MALAMUT, 2013, p. 437) e para “salvar os homens de si mesmos” (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 668).

Há que se ter em mente, também, que a população ‘masculina’ é considerada em atravessamento com outras políticas nacionais, em especial a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ, devido à importância do processo da adolescência para o afloramento da sexualidade e da imersão nos estereótipos de masculinidade (LOPEZ; MOREIRA, 2013); e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade, uma vez que são os homens os principais ‘contemplados’ por esta, passando pelos instrumentos de disciplinarização das prisões e penitenciárias para ampliação da masculinidade, como forma, inclusive, de sobrevivência (SANTOS; NARDI, 2014).¹⁰

¹⁰ Embora a Política para Pessoas em Privação de Liberdade seja novamente mencionada em um momento posterior desta dissertação, estas não são objeto desta pesquisa. A menção aqui é para demonstrar como os gêneros podem se espalhar (rizomaticamente) por diferentes políticas.

3.4. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT)

Assim como ocorreu com a PNAISH, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) também está hoje incluída na Portaria de Consolidação n.º 2 (BRASIL, 2017), e também não tem uma política que a antecedeu; porém a história de políticas públicas para a população LGBTI não é assim tão recente.

Antes de iniciar esse resgate histórico, cumpre ressaltar um aspecto ligado à sigla. No Brasil, conforme definido na I Conferência Nacional LGBT de 2008, a sigla usada para definir Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais passou a ser LGBT, alterando a anterior GLBT de forma a incluir outros protagonismos além do masculino (LAURENTINO, 2015). Alguns pesquisadores, inclusive, utilizam a alternância na ordem das letras na construção da sigla para demarcar que não existem hierarquizações ou identidades prioritárias dentro do movimento (MELLO, MAROJA, BRITO, 2010a). Existiram variações nas siglas ao longo das décadas, sendo que durante muito tempo GLS (Gay, Lésbicas e simpatizantes) foi a mais usada; a demanda de reconhecimento por novas identidades, entretanto, é constante (BROILO; AKERMAN, 2015). Para este trabalho, optou-se pelo uso da sigla LGBTI¹¹, utilizada tanto pela *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association* (ILGA) como pela Organização dos Estados Americanos (OEA) como forma de dar visibilidade também à população Intersexo, que tem suas demandas específicas em relação a gênero, sexualidade e direito ao próprio corpo, e que ainda é pouco visibilizada (FAUSTO-STERLING, 2002). No Brasil, apesar de não haver alteração nas siglas que identificam as instituições, algumas delas, como a ABGLT, já incluem pessoas Intersexo em seu nome e em documentos oficiais. Outras formas podem vir a aparecer com o advento das pesquisas, das discussões e de novas formas de identificação.

A história da relação entre Políticas Públicas de Saúde e a população LGBTI brasileira tem como ponto em comum a epidemia de HIV/AIDS, a partir da década

¹¹ Optei por não incluir outras identidades, como QAPN+, por uma escolha metodológica, pelo fato de historicamente serem as LGBTIs as que possuem maiores demandas políticas, especialmente em termos de Saúde. Apesar da opção de utilizar a sigla LGBTI, mantiveram-se, nas citações de outros trabalhos e autores, bem como de eventos ocorridos, as siglas conforme apareceram historicamente.

de 1980 (CARDOSO; FERRO, 2012). Após a despatologização da homossexualidade nos manuais diagnósticos de saúde, como o Código Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) a partir de 1970, a epidemia de HIV/AIDS nas décadas de 1980 e 1990 teve, segundo Miskolci (2011), o papel de ‘repatologizar’ a homossexualidade. Essa epidemia também gerou as primeiras iniciativas de ações de saúde com vistas ao seu enfrentamento. Segundo Perillo, Pedrosa e Mello (2010), no Brasil, o combate à AIDS tem início com a criação do Programa Nacional de DST e AIDS, vinculado ao Ministério da Saúde, em 1986 (Posteriormente, esse programa tornou-se o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST¹², do HIV/Aids e das Hepatites Virais, e desde 2019 integra o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde¹³). Com a Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 que “dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS” (BRASIL, 1996), o país se colocou na vanguarda do atendimento a pessoas vivendo com HIV e pacientes de AIDS no mundo, e para isso contou com a intensa participação do movimento LGBTI.

Da resposta ao HIV/AIDS até os dias atuais, houve tentativas de ampliar as ações de saúde, com vistas à universalidade, equidade e integralidade previstas pelo SUS (PERILO; PEDROSA, 2010. MELLO *ET AL.*, 2011. CARDOSO, FERRO, 2012). O ano de 2004 é reconhecido como um marco para as Políticas Públicas LGBTIs devido ao lançamento do programa nacional ‘Brasil sem Homofobia’ (BSB) (BRASIL, 2004a), de acordo com diversos autores pesquisados (ALBUQUERQUE *ET AL.*, 2013; LIONÇO, 2008; MELLO, MAROJA, BRITO, 2010; MELLO *ET AL.*, 2011; PERILLO, PEDROSA, MELLO, 2010), embora o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-2), de 2002, já fizesse menção às ações relativas à diversidade sexual (MELLO, BRITO, MAROJA, 2012).

¹² Aponta-se aqui para a mudança ocorrida, posteriormente à publicação destas políticas, de DST para IST, substituindo o termo Doenças pelo mais apropriado Infecções.

¹³ Essa mudança gerou muita discussão quando da sua ocorrência, uma vez que significava a diluição dos esforços brasileiros referentes à epidemia de HIV/AIDS, referência mundial de prevenção e tratamento, em um departamento maior e mais genérico. Essa mudança ocorreu dentro das ações de remodelação do então presidente Jair Bolsonaro, logo no início do seu mandato, sob o argumento de limitar gastos do governo reduzindo ministérios, secretarias e departamentos, porém dentro de uma abordagem implicitamente conservadora e moralizante do olhar sobre essas doenças (AGOSTINI *ET AL.*, 2019).

Para o surgimento da PNSILGBT (BRASIL, 2013) foram necessárias, no entanto, muitas outras ações. Laurentino (2015) aponta que, associado ao Programa Brasil sem Homofobia e ao lançamento da PNAISM, o ano de 2004 ainda viu nascer o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB dentro do Ministério da Saúde, com vistas a criar a futura PNSILGBT. É curioso notar que esse comitê técnico foi criado mais de meia década antes do lançamento da PNSILGBT, ao passo que para a criação da PNAISH, a área responsável, a ASTH, foi criada apenas dois anos antes de seu lançamento. Isso demonstra a diferença de interesses e as pressões envolvidas na criação de ambas as políticas.

Em 2006, a população LGBTI passa a ser representada dentro do Conselho Nacional de Saúde e é publicada a Carta de Direitos do Usuário do SUS, que preconiza o atendimento humanizado, livre de preconceitos e discriminação para todos os usuários, e o uso do nome social no atendimento de travestis e transexuais (LAURENTINO, 2015).

Em 2007 houve o lançamento de dois planos de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS, sendo um deles dedicado ao combate à feminilização da doença (BRASIL, 2007), para mulheres *cis* e *trans*, independente da orientação sexual, enquanto o outro era destinado a gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis (BRASIL, 2007a). Isso é uma primeira demonstração das diferenciações que há no entendimento de algumas identidades não *cis*-gêneras (MELLO ET AL., 2011. LAURENTINO, 2015). Ainda em 2007, ocorreu o “Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT” promovido pelo “Comitê Técnico de Saúde da população GLBT” em parceria com o Movimento Social, a fim de discutir a saúde da população LGBTI (LAURENTINO, 2015).

O ano de 2008 foi palco da 1ª Conferência Nacional LGBT, bem como de seus precedentes municipais e municipais/regionais, da primeira consulta pública para texto da PNSILGBT e das portarias referentes ao processo transexualizador “visando garantir às mulheres transexuais, o tratamento adequado no sistema público de saúde para o processo transexualizador, e credenciando os hospitais com expertise ambulatorial e cirúrgica habilitados para este procedimento” (LAURENTINO, 2015, p. 37). O processo transexualizador inclui uma série de procedimentos médicos (como cirurgia de redesignação de gênero e implante ou retirada de mamas) e farmacológicos (hormonização), bem como o acompanhamento por equipe multiprofissional pré e pós acesso aos procedimentos,

com vistas à população trans e travesti. Laurentino (2015) ainda aponta a 13ª Conferência Nacional de Saúde e o lançamento do 'Programa Mais Saúde – Direito de Todos' como acontecimentos do ano de 2008 que foram relevantes por considerar ações voltadas à população LGBTI.

Em 2009, houve a criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT (CISPLGBT) e o lançamento do PNDH-3, com algumas das suas ações voltadas à população LGBTI. Porém a grande contribuição deste ano foi a aprovação do PNSILGBT pelo Conselho Nacional de Saúde, que abriu a oportunidade para o seu lançamento em 2010. Em 2010, entretanto, ainda não tinha sido realizada a pactuação com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e não fora publicada portaria específica para a política. Apenas em 2011, com a Portaria MS 2979 (BRASIL, 2011), promulgada pela Presidenta Dilma Roussef, é que houve a garantia de recursos para implantação da PNSILGBT nos estados, municípios e Distrito Federal (LAURENTINO, 2015).

O ano de 2012 foi um ano de organização para que as ações do Plano Operativo da PNSILGBT pudessem ser implementadas. Foram organizadas ações de fortalecimento tanto do Movimento Social, quanto de gestões estaduais e municipais de saúde para a implementação da PNSILGBT (LAURENTINO, 2015, p. 40).

Em 2013 há uma reimpressão do documento da PNSILGBT (BRASIL, 2013), utilizado para análise na presente pesquisa, assim como o constante na Portaria de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017) e Portaria MS nº 2979/2011 citada anteriormente.

4. O QUE QUE É ISSO, MESMO?

*[...] permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Achar que essas mazelas me definem, é o pior dos crimes
É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nóiz sumir
(AmarElo – Emicida, Majur e Pabllo Vittar).*

Talvez, para o leitor, um pouco desse processo histórico, cheio de anos, siglas, referências, não seja o mais entusiasmante. Mas é deveras necessário. Como disse anteriormente, meu despertar para essas questões se deu de forma relativamente recente. Pude, contudo, participar das Conferências LGBT de 2015, nas etapas municipal e estadual, enquanto delegado por Belo Horizonte e Minas Gerais, respectivamente. Esse processo, com certeza, foi um dos definidores da minha atração por temas como este, envolvendo Políticas Públicas, com a discussão – por vezes no sentido mais comum de acepção da mesma – de propostas, a votação, a escuta de outras perspectivas e, principalmente, o entendimento de que não somos, nem seremos, um todo homogêneo. Mas, decerto, é imprescindível entender como se desenrolaram, se interinfluenciaram e eventualmente se distanciaram os processos de construção das Políticas. Como dito anteriormente, dentro do projeto genealógico e arqueológico foucaultiano, entender como os eventos ocorreram é de vital importância para entender o que eles são.

E o que eles são? Bom, pois bem. Nessa parte da dissertação quero apresentar as políticas, em seus textos, para, posteriormente, analisá-las¹⁴ no capítulo seguinte. Começo, pois, pela mais antiga: a da Mulher.

A PNAISM (BRASIL, 2004), nos seus “Princípios e Diretrizes”, como apresentada no subtítulo, se estrutura como um texto que, em certa medida, se diferencia de leis ou portarias, com artigos, parágrafos e alíneas. Não que isso não apareça, mas há outras formas discursivas utilizadas. Ao todo, são oito capítulos, sem contar Apresentação e Introdução, em um documento de 86 páginas.

Lançada em 2004, já em sua apresentação indica a Saúde da Mulher como prioridade do governo e que a construção do documento fora coletiva, contando:

em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da

¹⁴ Não me furto, porém, de apresentar aqui também algumas considerações que faço em relação aos textos, suas estruturas e formas.

área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, 2004, p. 5).

Essa união teve como intenção, ainda segundo o documento, a “garantia dos direitos humanos da mulher” e a redução da “morbimortalidade por causa preveníveis e evitáveis” (BRASIL, 2004, p. 5). Resume-se:

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p. 5).

Ressalta-se ainda a importância, em termos, do SUS como estrutura e do Brasil enquanto país. Já na Introdução, capítulo que dá sequência, o documento aborda o perfil da mulher, maioria da população brasileira, e que apresenta morbimortalidades diversas:

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social (BRASIL, 2004, p. 9).

Além disso, salientam-se questões interseccionais e de desigualdade laboral como fatores correlatos. Declara-se, assim, que se busca analisar esses fatores sob o enfoque de gênero, com base em dados epidemiológicos e em reivindicações sociais, no intuito de compreender a Saúde da Mulher brasileira e de buscar formas de humanizar e qualificar o atendimento (BRASIL, 2004).

Um capítulo de cerca de três páginas é dedicado ao tema “Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero” (BRASIL, 2004, p. 11), no qual se entrecruzam os temas de saúde com relações sociais, de poder e desigualdade. Na sequência, emerge um capítulo dedicado ao histórico da construção de Políticas de Saúde para mulheres no Brasil, contando com cinco páginas; e outro no qual se apresenta a “situação sociodemográfica” da Mulher, trazendo dados reprodutivos, populacionais, geracionais, de trabalho, de classe social e étnico-raciais. O capítulo é concluído com a afirmação de que a “realidade é multifacetada e sua complexidade deve ser considerada na formulação de políticas públicas” (BRASIL, 2004, p. 23).

No capítulo “Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil”, há uma curta abordagem sobre o quanto questões regionais têm impacto na saúde da Mulher. Ressalta-se a importância das estatísticas de mortalidade e apresentam-se as principais causas de morte entre mulheres:

No Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrindo casos de aids não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2004, p. 25-26).

Apesar disso, o documento passa, em seguida, a apresentar dados sobre o processo gravídico-puerperal:

A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nessa faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis (BRASIL, 2004, p. 26).

Entendo que o argumento usado é de que gravidez e sexualidade não deveriam ser causas de morte. Disso, seguem-se os seguintes subcapítulos: Mortalidade Materna; Precariedade da Atenção Obstétrica; Abortamento em condições de risco; Precariedade da assistência em Anticoncepção; DST/HIV/Aids; Violência Doméstica e Sexual; A Saúde de Mulheres Adolescentes; Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa; Saúde Mental e Gênero; Doenças Crônico-Degenerativas e Câncer Ginecológico; Saúde das Mulheres Lésbicas; Saúde das Mulheres Negras; Saúde das Mulheres Indígenas; Saúde das Mulheres Residentes e Trabalhadoras na Área Rural; e Saúde da Mulher em Situação de Prisão. Nota-se que a maioria dos subcapítulos tem relação com a sexualidade e a reprodução, enquanto há alguns poucos recortes baseados em outros marcadores socioculturais.

Em seguida, tematizam-se a Humanização e a Qualidade, condições consideradas essenciais e indissociáveis no atendimento à Mulher. São então elencados 11 elementos que devem ser buscados para alcançar tais condições, todos eles de caráter estrutural do SUS – acesso, organização, continuidade, captação, tecnologia, capacitação técnica, disponibilidade material, acolhimento, avaliação e monitoramento. Os próximos capítulos trazem: as 14 diretrizes da Política; os três Objetivos Gerais; e os desdobramentos dos objetivos específicos, estes muito relacionados aos subtemas trazidos no capítulo do Diagnóstico.

Além do documento dos “Princípios e Diretrizes” (BRASIL, 2004), há um outro que buscou analisar e monitorar os resultados da Política na década seguinte, já mencionado no capítulo anterior desta dissertação, e que funciona aqui como um documento acessório ou complementar: “Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)” (BRASIL, 2015).

Este documento contextualiza o surgimento da PNAISM e do PNPM, define 16 objetivos e a metodologia de acompanhamento e monitoramento. Assim se torna possível medir, de certa forma, a efetividade de ambas as Políticas. Curiosamente, foi lançado somente 11 anos após o surgimento da Política original. Não consegui, no entanto, encontrar nenhum ato legislativo que efetive e implemente a PNAISM, ao contrário do que aconteceu com as demais políticas aqui analisadas.

Já quando se trata da Política de Saúde do Homem, algumas mudanças podem ser sentidas em termos dos documentos que a definem. Em um documento de apenas 40 páginas, a PNAISH apresenta a metodologia de construção da política; o diagnóstico para diferentes indicadores: demográficos, de violência, alcoolismo e tabagismo, de pessoa com deficiência, dos direitos sexuais e reprodutivos, e de mortalidade e de morbidade (estes divididos entre causas externas, tumores e outras causas); os princípios; as diretrizes; objetivos gerais e específicos; e responsabilidades institucionais para os três níveis de governo (BRASIL, 2008).

Já na introdução do documento, caracteriza-se um dos pontos chave da política, que tem relação com o modo como homens acessam os serviços e ações de saúde:

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis (BRASIL, 2008, p. 5).

Aponta-se ainda que muitas das morbidades e causas de mortalidades de homens poderiam ser evitadas, o que diminuiria não somente o sofrimento deles e de suas famílias, mas reduziria os custos da sociedade com cuidados e atenção. Há também falta de adesão a tratamentos longos ou a metodologias preventivas que demandem mudanças de hábitos, sendo duas as causas identificadas para essas dificuldades: “barreiras socioculturais e barreiras institucionais” (BRASIL, 2008, p. 5).

Acerca das barreiras socioculturais, afirma-se:

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco [...]. A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade (BRASIL, 2008, p. 5-6).

As barreiras institucionais, por sua vez, estão ligadas à visão do homem como provedor, alguém que não pode faltar ao trabalho para comparecer aos serviços de saúde; aos horários que coincidem com os de trabalho; à ideia de que “os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso” (BRASIL, 2008, p. 6), e às longas filas para marcações.

O documento reconhece que as construções de masculinidades são importantes para o desenvolvimento de políticas para Saúde do Homem, mencionando diferenças por “idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas” (BRASIL, 2008, p. 6). Dessa forma, pontua:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde (BRASIL, 2008, p. 7).

No capítulo dedicado à metodologia, leva-se em consideração como estratégia metodológica a população de 25 a 59 anos, não sendo essa, segundo o texto, uma simples restrição do público-alvo. Segundo o documento, o que é levado em conta são as cinco grandes áreas de maior agravos e enfermidades: “cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia”, além da violência reconhecida como “fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psicobiológicos” (BRASIL, 2008, p. 8).

Fala-se também da relação com a PNAISM:

A ideia central deste documento foi desenvolvida de modo articulado com a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas. O caráter relacional das questões que envolvem dinâmicas de casal sugere a necessidade de diálogo e de articulação direta entre as Políticas de Atenção Integral à Saúde do Homem com o da Mulher (BRASIL, 2008, p. 9).

O fragmento transcrito já permite ter uma ideia de como as relações entre Homens e Mulheres são entendidas na perspectiva dessa política. O documento prossegue com o diagnóstico, dividido por categorias, como apresentado anteriormente; os oito princípios que dizem respeito à estrutura do SUS e do Atendimento, de forma muito similar à PNAISM; as dez diretrizes que “foram elaboradas tendo em vista a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência” (BRASIL, 2008, p. 29); o objetivo geral e os três objetivos específicos, com seus desdobramentos; além das responsabilidades institucionais, da União, dos Estados e dos Municípios.

A PNAISH, ao contrário da PNAISM, possui uma portaria bem identificada que a institui: a Portaria nº 1.944, de 29 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009). A política está dividida em nove artigos que consideram quatro princípios; seis diretrizes (sendo a Integralidade dividida em dois itens); 17 objetivos; 13 competências da União; 11 dos Estados; e 11 dos Municípios. E é esta portaria que se encontra como anexo da Portaria de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017).

Por fim, temos a PNSILGBT (BRASIL, 2013). Sua primeira edição, de 2012, reimpressa em 2013, conta com 36 páginas divididas entre Introdução, dois capítulos explicativos sobre o processo reivindicativo de direitos e sobre a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes de saúde, seguidos da ‘Política’ propriamente dita e do Plano Operativo para o período 2012-2015, totalizando cinco capítulos.

O documento já começa destacando sua importância para a saúde de pessoas LGBTIs e para o sistema de saúde brasileiro:

A Política Nacional de Saúde LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013, p. 6).

Aponta em seguida sua relação com o programa ‘Brasil sem Homofobia’ (BRASIL, 2004a), apresenta o histórico da ligação das políticas de saúde para

LGBTI com a epidemia de HIV/Aids e com as reivindicações dos movimentos sociais, bem como a importância da ação do poder público e do controle social para a efetividade da política (BRASIL, 2013). Já na introdução ressalta ser esta uma política com vistas à equidade e reconhece “efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT” (BRASIL, 2013, p. 8). Aponta então para a necessidade de reforçar os princípios do SUS, integralidade, universalidade e a participação social, para garantir atendimentos com respeito, sem preconceito e discriminação, além da importância da organização nos níveis federativos para sua efetiva implementação:

Dessa forma, enfrentar toda a discriminação e exclusão social implica em promover a democracia social, a laicidade do Estado e, ao mesmo tempo, exige ampliar a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa, do direito à saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental da saúde (BRASIL, 2013, p. 8).

No capítulo “A Luta pelo direito à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (BRASIL, 2013, p. 9), o texto de quatro páginas apresenta eventos e medidas que ocorreram no Brasil desde o advento da epidemia de HIV/Aids até o surgimento da PNSILGBT, apontando importantes desenvolvimentos decorrentes das Conferências Nacionais de Saúde. No capítulo seguinte, sobre a “Orientação Sexual e Identidade de Gênero na determinação social de Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (BRASIL, 2013, p. 13), o texto ressalta algumas importantes intersecções quando se trata da discriminação de LGBTIs:

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença.

É preciso compreender, por outro lado, que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada das outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham ao lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, o racismo e a misoginia. A discriminação e o preconceito também contribuem para a exclusão social das populações que vivem na condição de isolamento territorial, como no caso dos que vivem no campo, nas florestas, nos quilombos, nas ruas ou em nomadismo, como no caso dos ciganos (BRASIL, 2013, p. 13).

O documento prossegue apresentando dados epidemiológicos de doenças, agravos e violências de pessoas da população LGBTI que teriam orientado a criação

desta e de outras Políticas. Frisa que o preconceito e a discriminação, no entanto, são o maior desafio a ser superado (BRASIL, 2013).

O capítulo seguinte é, na verdade, a própria Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011). Inicia-se com uma brevíssima fundamentação legal, da apresentação da “Marca”, que seria “A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social” (BRASIL, 2013, p. 18) e do objetivo geral, e depois se divide nos 24 objetivos específicos, nove diretrizes, 16 responsabilidades do Ministério da Saúde, dez para as Secretarias Estaduais de Saúde e oito para as Municipais.

Na sequência, aparece um capítulo com o Plano Operativo para o período entre 2012 e 2015, contando com seis objetivos e ações divididas em quatro eixos: “Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde”; “Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT”; “Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT”; e “Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT” (BRASIL, 2013, p. 28-30).

É possível notar que os documentos das Políticas se apresentam de formas diferentes, havendo por vezes mais de um, porém se estruturam com elementos semelhantes, como objetivos, diretrizes, princípios e, em alguns casos, ações e indicadores.

A análise das políticas públicas que são o alvo da presente pesquisa passa por entender que quando associamos os termos Política Pública, Saúde e Gênero, são evocados muitos e variados conceitos e domínios que se articulam e produzem diferentes resultados.

4.1 E por onde essas políticas têm ‘Estado’?

Diversos são os autores que dão suporte para entendermos como Estado, Governamentalidade, Norma, Disciplina e Regulação – só para mencionar alguns dos termos necessários para pensar as relações que vêm sendo propostas aqui – se articulam para que se exerçam os poderes de fazer viver e/ou deixar/fazer morrer que as Bio e Necropolíticas suscitam. Autores como Lourau (2004), Paulon (2005), Santos e Lima (2017), Mbembe (2016), Foucault (1999, 2008a) e Pelbart (2009) são exemplos de pesquisadores que estudaram e deram grandes contribuições para a

análise que aqui apresento.

De certa forma, pus em cena alguns conceitos importantes sobre Estado quando abordei a criação do SUS como ‘antecedente’ das Políticas Públicas aqui analisadas. Também discuti como se estabelece a relação entre Estados, instituições – instituintes e instituídos, por consequência – e os seus documentos. Aqui resgato e renovo a discussão, mediante a relação com as Políticas Públicas. Saliento, porém, que minha intenção é apresentar algumas das relações que se estabelecem quando associamos Políticas Públicas, Saúde e Gênero, sem, no entanto, esgotar as possibilidades de analisar e discutir essa interação enquanto regulação ou norma. Entre muitas formas de regulação, o trabalho é um exemplo, pois tem se configurado historicamente como uma delas, especialmente quando lembramos que, anteriormente ao SUS, somente trabalhadores formais tinham acesso aos serviços de saúde, de forma que o “controle da força de trabalho pode ser considerado como o primeiro alvo de atenção do biopoder em relação ao masculino” (CESARO; SANTOS; SILVA, 2018, p. 3). Outras, todavia, também são possíveis.

Uma política pública não é algo natural e universal, mas algo que se constrói em uma arena de disputa de poderes e saberes, de influências e demandas, sendo, no caso da saúde, atravessada ainda por múltiplas concepções de saúde e dos eventuais sujeitos aos quais se destina, e que irá se expressar em um texto e um discurso (MARTINS; MALAMUT, 2013. HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020), pois:

a construção política e a subjetivação são processos contínuos e indissociáveis, de modo que toda política ressoa e produz, ao mesmo tempo, processos de subjetivação e constituição de sujeitos, forjando e fomentando a expressão de modos específicos de vida. (MARTINS; MALAMUT, 2013, p. 435).

A construção da Política se dará dentro e fora do aparato governamental, sofrendo inclusive pressões daqueles não contemplados ou envolvidos. Hemmi, Baptista e Rezende (2020) apontam que o texto da PNAISH, por exemplo, sofreu críticas de representantes da população negra e de LGBTIs, devidas à centralização de tal política na cisgeneridade e na heterossexualidade, além da exclusão de populações marginalizadas do processo de consulta e construção: “a PNAISH toma como foco de suas ações homens entre 20 e 59 anos, produzindo um endereçamento, sobretudo, para homens jovens, adultos e em idade reprodutiva, cis e heterossexuais” (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019, p. 143).

Nesse contexto de formulação, o Estado passa a ser um local privilegiado para articular, construir e divulgar políticas de acordo com os grupos que governam, seus interesses e influências (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020). Com isso, podem-se fazer algumas associações com conceitos sobre o que é o Estado. Lima (2019) organizou um Dicionário com diferentes verbetes que auxiliam a entender as relações econômicas com a saúde. Entre eles está o verbete ‘Estado’, que sintetiza diferentes visões sobre este conceito. Entre elas destacam-se os conceitos de Poulantzas. Conforme apresentado, para Poulantzas, o Estado não pode ser visto como ‘coisa’, dentro de uma visão instrumentalista que seria neutra, na visão dos liberais, e manipulada por uma classe burguesa, na visão marxista. O Estado também não é um sujeito, não atua com autonomia e vontade própria, como pensava Hegel. Segundo Lima (2019, p. 147):

Poulantzas define o Estado como uma relação, mais exatamente como a condensação material e específica de uma relação de forças entre classes e frações de classes que se dá na ossatura material do Estado. A constituição do Estado seria dada pelas contradições tanto internas ao bloco no poder – classe e frações da classe dominante –, quanto pelas contradições entre as classes.

Assim, o Estado não é um Outro-entidade, mas uma relação não-monolítica de forças que se correlacionam e se entrecruzam. Daí resulta, entre suas consequências, que “a sociedade política, além da sociedade civil, também se torna lugar da disputa por hegemonia” e que “o funcionamento do Estado visa conservar o poder da classe dominante, mas também incorpora representantes da classe dominada” (LIMA, 2019, p. 147).

Cumprir também, referente às Políticas Públicas, conforme Muller e Birman (2016), o conceito foucaultiano de governamentalidade. Foucault define a governamentalidade dentro de um processo histórico que vai desde o surgimento de um poder pastoral da cristandade até o moderno poder de polícia. Nesse conceito há uma ideia de condução e controle de determinadas pessoas, determinados corpos. Propõe-se que precisam ser conduzidos (ou orientados nessa condução) por um outrem que sabe o que é melhor para esse ou aquele indivíduo (FOUCAULT, 2008). Mais especificamente:

Por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros - soberania, disciplina - e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade” creio que se deveria entender o processo, ou antes, o

resultado do processo pela qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado” (FOUCAULT, 2008, p. 143-144).

Nesse contexto, é fácil aproximar as Políticas de Saúde desses aparelhos do Estado para disciplinar os corpos em sua saúde e conduzi-los a determinados objetivos de comportamento (MULLER, BIRMAN, 2016). Muito embora, Para Foucault, governamentalidade não equivale a aparelho de Estado, são práticas, acontecimentos, normalizações. Assim, pode-se acrescentar que:

políticas públicas devem ser analisadas, também, como estratégias de regulação do corpo, da saúde, da sexualidade, da conjugalidade e do gênero, em meio a tantos outros artefatos culturais que se propõem a educar no interior da cultura contemporânea (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019, p. 135).

Assim cria-se uma norma, um jeito de ser Homem, Mulher ou LGBTI¹⁵, que vai modulando como devem ser e/ou se manter saudáveis, reforçando certos papéis de centralidade e empurrando para as bordas aqueles que resistem à disciplinarização. (SANTOS; NARDI, 2014. MULLER, BIRMAN, 2016). Conforme aponta Foucault (1999b, p. 153-154):

a regulamentação é um dos grandes instrumentos de poder [...]. As marcas que significavam status, privilégio, filiações, tendem a ser substituídos ou pelo menos acrescidas de um conjunto de graus de normalidade, que são sinais de filiação a um corpo social homogêneo, mas que tem em si mesmo um papel de classificação, hierarquização e distribuição de lugares. Em certo sentido, o poder de regulamentação obriga à homogeneidade, mas individualiza, permitindo medir os desvios, determinar os níveis, fixar as especialidades e torná-la úteis.

Um exemplo possível para entendermos como a regulamentação atua com o objetivo de conduzir comportamentos é a responsabilidade número IV do PNSILGBT (2013, p. 23), que visa “definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT”. Curiosamente a responsabilidade definida é quanto à reprodutividade, não sendo mencionadas ‘estratégias de serviços’ para a garantia de direitos sexuais. É de interesse de quem a garantia destes direitos, se é que são garantidos? Reprodutividade e sexualidade não são necessariamente interdependentes, especialmente face às tecnologias inovadoras nesse campo, como as fertilizações *in vitro*, por exemplo. Opera aqui um dispositivo que prioriza a reprodução, *cis*-heteronormativamente, quando comparada às práticas sexuais:

A condição de LGBT incorre em hábitos corporais ou mesmo práticas sexuais que podem guardar alguma relação com o grau de vulnerabilidade

¹⁵ Pois, como veremos, há, equivocadamente, a ideia de identidade(s) comum(ns) para pessoas dentro das políticas, especialmente a PNSILGBT.

destas pessoas. No entanto, o maior e mais profundo sofrimento é aquele decorrente da discriminação e preconceito. São as repercussões e as consequências destes preconceitos que compõem o principal objeto desta Política (BRASIL, 2013, p. 16).

A naturalização de uma (e única) condição LGBTI – algo que incorre em hábitos corporais, não especificados, ou mesmo em práticas sexuais, igualmente não determinadas – torna-se, segundo a PNSILGBT, a possível condição de vulnerabilidade das pessoas que se identificam como LGBTI. Segundo tal política, há causalidade entre ser LGBTI, realizar determinadas práticas corporais e sexuais e estar em vulnerabilidade. Somente a segunda está na esfera da possibilidade, enquanto a primeira é direta ‘incorrência’. Há uma condição LGBTI? Entre tantas e distintas letras em suas características, pode existir ‘A’ condição LGBT? É ela, ou só ela, que incorre nesses ditos hábitos corporais e práticas sexuais que podem gerar vulnerabilidade? E quais práticas podem ser essas? Apesar de não ter certeza das respostas, o objeto da Política, como a própria enuncia, são as consequências e repercussões decorrentes do preconceito e da discriminação. O questionamento suscitado aqui é o quanto a primeira frase da citação anterior ilustra a segunda.

O que se percebe é que a sexualidade, em sua dimensão relativa aos corpos, é de especial interesse para nosso estudo:

de um lado, a sexualidade, enquanto comportamento exatamente corporal, depende de um controle disciplinar, individualizante, em forma de vigilância permanente (e os famosos controles, por exemplo, da masturbação que foram exercidos sobre as crianças desde o fim do século XVIII até o século XX, e isto no meio familiar, no meio escolar, etc., representam exatamente esse lado de controle disciplinar da sexualidade); e depois, por outro lado, a sexualidade se insere e adquire efeito, por seus efeitos procriadores, em processos biológicos amplos que concernem não mais ao corpo do indivíduo mas a esse elemento, a essa unidade múltipla constituída pela população. A sexualidade está exatamente na encruzilhada do corpo e da população. Portanto, ela depende da disciplina, mas depende também da regulamentação (FOUCAULT, 2005, p. 300).

É nessa relação dual – indivíduo e população, disciplina e regulação – que se estabelece com o corpo que surgem as tentativas de governo dos corpos, enquadrando-os entre homens e mulheres. Da mesma forma, ao tomarmos a PNAISM como exemplo, por mais que, como apresentado anteriormente, o documento afirme que as principais causas de morbidade e mortalidade entre as mulheres se refiram predominantemente às doenças cardiovasculares, respiratórias, endocrinológicas, além de neoplasias e causas externas, a maior parte dos objetivos da Política volta-se para os ciclos reprodutivos, principalmente gravídico e puerpério.

Isso traz de volta discussões de autoras como Medeiros e Guareschi (2009), Souto (2008) e Zocche *et. al* (2017) que viam as políticas para as mulheres, em especial anteriores ao PAISM, predecessor do PNAISM e do próprio SUS, como políticas de gravidez e reprodução, exclusivamente. Com a PNAISM, de fato, ocorre ampliação à saúde da mãe, e não apenas do feto/bebê, mas ela ainda serve a uma certa regulação da vida: uma Política de fazer viver a mãe, para fazer viver a criança. Uma política marcada pela capacidade reprodutiva da mulher, interesse ‘capital’ da sociedade.

De certa forma, o mesmo se vê na preocupação com a virilidade masculina, defendida via ‘pudorescência’ trazida por medicamentos como o Viagra e o Ciallis, e que, de forma semelhante à saúde da Mulher, mesmo não estando entre as principais causas de morte, foi um dos pontos mais defendidos pela Sociedade Brasileira de Urologia na construção da PNAISH – ideais de virilidade e masculinidade a serviço da regulação da vida.

Aqui considero relevante retomar dois trabalhos de Foucault (1999a, 2005). O primeiro é a *História da Sexualidade* (1999a), seu primeiro volume especialmente. Nesta obra, um dos pilares para estudos da sexualidade e do(s) gênero(s) desde seu lançamento, Foucault traça, historicamente, como a sexualidade foi se constituindo em um dispositivo¹⁶, em forma e fonte de regulação. O sexo, e a sexualidade, ao contrário do que o senso comum poderia pensar, não foram banidos ou expulsos do discurso; foram, pelo contrário, escrutinados, provocados, ‘confessados’, como forma de serem, assim, controlados. O controle viria de forma a manter aquelas práticas sexuais vistas como mais saudáveis ou desejáveis, ou seja, as reprodutivas, portanto heterossexuais. Interditavam-se assim, porém via positividade do poder, algumas formas de sexualidade e de prazer.

A mecânica do poder que ardorosamente persegue todo esse despropósito só pretende suprimi-lo atribuindo-lhe uma realidade analítica, visível e permanente: encrava-o nos corpos, introdu-lo nas condutas, torna-o princípio de classificação e inteligibilidade e o constitui em razão de ser e ordem natural da desordem. Exclusão dessas milhares de sexualidades aberrantes? Trata-se, através de sua disseminação, de semeá-las no real e de incorporá-las no indivíduo (FOUCAULT, 1999a, p. 44).

¹⁶ Foucault define dispositivo como “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos” (FOUCAULT, 1990, p. 244).

É nesse contexto que a sexualidade entre os homens, os hegemônicos, deixa de ser uma atividade, como sempre fora, para fazer o homossexual emergir como espécie, como identidade. Surge daí uma série de formas de vivência ou experiência da sexualidade ‘entre homens’ sob controle ou sigilo, ‘descaradamente’, como analisadas por Albuquerque Júnior (2014):

“Ao se confessar homossexual, ao colocar a homossexualidade como a sua verdade, como sendo o seu segredo mais íntimo, como se fosse a essência de seu próprio ser, o homem ou a mulher acabavam por fornecer informações preciosas para as autoridades, para todos aqueles que gostariam ou pretendiam governar suas vidas como: parentes, amantes, instituições, etc.” (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2014, p. 4).

Essa forma de relação entre poder e prazer é tema da historiografia foucaultiana da sexualidade, como mecanismo de dupla incitação. “Poder que se deixa invadir pelo prazer que persegue e, diante dele, poder que se afirma no prazer de mostrar-se, de escandalizar ou de resistir” (FOUCAULT, 1999a, p. 45). A família tradicional burguesa ganha destaque e sua forma de organização passa a ser o padrão, a norma, o saudável, e tudo que a ‘ameaça’ passa a ser vigiado, medicalizado e/ou trancafiado.

A sociedade entra na era da *scientia sexualis*, na qual o sexo dá lugar à sexualidade, produzida, entre outras práticas, por meio de um discurso sobre sua verdade, passível de ser invadida por processos patológicos e, assim, de sofrer intervenções terapêuticas ou normalizações. A sexualidade se estabelece como um dispositivo:

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder (FOUCAULT, 1999a, p. 100).

O dispositivo da sexualidade vai, então, se dissipar nos corpos, para, como citado anteriormente, controlar indivíduos, grupos, populações. Os corpos serão disciplinados e regulados, normalizados e fiscalizados. E terá notável importância para o que quero trazer aqui um outro conceito foucaultiano.

Uma das temáticas mais importantes de Foucault (2005) é, decerto, a questão do poder. No curso ‘Em defesa da Sociedade’, ele analisou como, com o término das monarquias e a ascensão das democracias, as sociedades foram deixando de ser caracterizadas por um poder soberano, em que aquele que governava decidia

sobre a vida e a morte dos súditos:

Em certo sentido, dizer que o soberano tem o direito de vida e de morte significa, no fundo, que ele pode fazer morrer e deixar viver; em todo caso, que a vida e a morte não são desses fenômenos naturais, imediatos, de certo modo originais ou radicais, que se localizariam fora do campo do poder político (FOUCAULT, 2005, p. 286).

Nessas sociedades, o direito de viver ou morrer não estava nas mãos do súdito, mas do soberano. E era exercido em direção à morte, de forma desequilibrada, pois “é porque o soberano pode matar que ele exerce seu direito sobre a vida” (FOUCAULT, 2005, p. 287).

Com o advento das sociedades democráticas, a situação se inverte, e então o Estado vai exercer um novo poder, um biopoder: “o direito de fazer viver e de deixar morrer” (FOUCAULT, 2005, p. 287). Não mais, ou não mais tanto, o poder de disciplinar os súditos, mas o de governar e regulamentar os corpos. Essa nova forma de governar para fazer viver e prosperar os corpos vai utilizar-se de técnicas, de procedimentos, para alcançar seus objetivos. É o que Foucault chamará de Biopolítica:

trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc. São esses processos de natalidade, de mortalidade, de longevidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, juntamente com uma porção de problemas econômicos e políticos (os quais não retorno agora), constituíram, acho eu, os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle dessa biopolítica (FOUCAULT, 2005, p. 289-290).

Esse contexto verá surgir uma medicina focada na higiene pública¹⁷ e na medicalização da população, noção que acaba de ser introduzida no período do final do século XVIII, e que, no início do século do século XIX, incorporará preocupações com questões relativas à industrialização, como a velhice, o acidente, a capacidade laborativa e temas correlatos, que darão origem às instituições de assistência (FOUCAULT, 2005). Como vimos antes, no caso brasileiro, dará origem, por exemplo, ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)¹⁸, prestador de assistência à saúde apenas para quem trabalhava com carteira assinada.

¹⁷ No capítulo “O Nascimento da Medicina Social”, Foucault (1990) apresenta os exemplos de França, Alemanha e Reino Unido para demonstrar que a Medicina surge como uma ciência do social antes de ser uma ciência particular como a reconhecemos hoje, característica do consultório médico.

¹⁸ Antes da ditadura e do INAMPS, houve os institutos por categoria profissional – de bancários, operários, de certos ramos da indústria, entre outros, que atendiam apenas aos trabalhadores a elas inscritos.

De forma geral, é “da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio, e disso tudo que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder” (FOUCAULT, 2005, p. 292). Sobre o tema da população, brevemente mencionada há pouco, Foucault argumenta:

É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de "população". A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder, acho que aparece nesse momento (FOUCAULT, 2005, p. 292-293).

Isso significa que o ‘fazer viver’ do biopoder será instrumentalizado via uma biopolítica, que vai lidar com a população através de medições, de estatísticas, da ciência e de previsões, para agir não somente na disciplina do corpo, mas na regulação daquilo que é global e atinge a todos, buscando regularidade e equilíbrio: em resumo, trata-se “de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação” (FOUCAULT, 2005, p. 294).

Essas tecnologias de regulamentação vão mudar a lógica da vida e da morte:

A morte era o momento em que se passava de um poder, que era o do soberano aqui na terra, para aquele outro poder, que era o do soberano do além. Passava-se de uma instância de julgamento para outra, passava-se de um direito civil ou público, de vida e de morte, para um direito que era o da vida eterna ou da danação eterna. Passagem de um poder para outro. A morte era igualmente uma transmissão do poder do moribundo, poder que se transmitia para aqueles que sobreviviam: últimas palavras, últimas recomendações, últimas vontades, testamentos, etc. Todos esses fenômenos de poder é que eram assim ritualizados. (FOUCAULT, 2005, p. 295).

A valorização da vida e a importância de preservá-la vão se estruturar nessa articulação sobre o corpo entendido como individual e coletivo: conectam-se “a série corpo – organismo – disciplina – instituições; e a série população – processos biológicos – mecanismos regulamentadores – Estado” (FOUCAULT, 2005, p. 298).

Em resumo:

uma tecnologia que é mesmo, em ambos os casos, tecnologia do corpo, mas, num caso, trata-se de uma tecnologia em que o corpo é individualizado como organismo dotado de capacidades e, no outro, de uma tecnologia em que os corpos são recolocados nos processos biológicos de conjunto (FOUCAULT, 2005, p. 297).

E como o corpo é o local dessa dupla força de ação, disciplinar e regulamentadora, a sexualidade também sofrerá essa ação articulada/articuladora, como vimos anteriormente. Mediante as normas sobre a sexualidade, exercidas por

controles da Medicina (e de outros saberes associados), e não mais da Igreja, veremos surgir um controle populacional. Foucault, porém, salienta:

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação (FOUCAULT, 2005, p. 302).

Nesse sentido, podemos entender que as políticas que aqui analiso são tecnologias biopolíticas de disciplinarização da sexualidade, mostrando cuidados com a capacidade de reprodução que entendem competir à Mulher, e com a virilidade, atribuída ao Homem. Estabelecem-se normas, em forma de objetivos, princípios, diretrizes, analisadas e monitoradas por indicadores, a fim de fazer viver, mas que também deixam morrer, “nessa tecnologia de poder que tem como objeto e como objetivo a vida” (FOUCAULT, 2005, p. 303).

O poder não deseja, contudo, que todos vivam. Para Foucault (2005), o racismo terá a função de inserir o poder de morte na sociedade do biopoder. A ideia de diferenciação de raças, umas qualificadas como melhores ou superiores que outras, é aquela que realizará o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. “Essa é a primeira função do racismo: fragmentar, fazer cesuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder” (FOUCAULT, 2005, p. 304-305). De forma resumida, para entrar no domínio que melhor serve à análise que faço:

quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu – não enquanto indivíduo, mas enquanto espécie – viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar. A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura. Portanto, relação não militar, guerreira ou política, mas relação biológica (FOUCAULT, 2005, p. 305).

Embora modernamente entendamos o racismo em termos de cor e etnia¹⁹, ele pode também ser aplicado em termos de anomalias e degenerações, ou seja, em termos de corpos e sexualidades que não condigam com o que é preconizado na

¹⁹ Embora eu não enfoque a discussão explicitamente nessa dissertação, é importantíssimo pensar em como raça-etnia se entrecruza com esses e outros determinantes de saúde. Políticas de Saúde da População Negra, da População Ribeirinha, ou da População do Campo, por exemplo, também podem e devem ter um olhar de gênero e diversidade sexual. Infelizmente, por motivos de recorte crono-espacial da pesquisa, não aprofundarei nessa questão.

norma. O deixar morrer, então, não se constitui (apenas) no assassinato pelo poder do Estado: quando pensamos em Políticas de Saúde, também é o fato de não atender, não assistir, não acolher. Assim é possível entender, por exemplo, a PNSILGBT, pretensamente uma política de equidade, como uma política ‘dos outros’: aqueles não condizentes e não atendidos pelas normas binárias de gênero – Homens ou Mulheres (embora ambos heterossexuais) – precisam ser amparados por esta Política outra que os diferencia.

“Quanto mais numerosos forem os que morrerem entre nós, mais pura será a raça a que pertencemos” (FOUCAULT, 2005, p. 308). Essa, por exemplo, foi a lógica subjacente à resposta de diversos países com relação à epidemia de HIV/AIDS, conhecida como ‘peste gay’ ou ‘câncer gay’ em seu início, ao simplesmente permitirem que os abjetos e anormais morressem (como castigo de deus) (MISKOLCI, 2011). Essa é igualmente a lógica que subjaz às Políticas antiaborto ou da violência obstétrica, especialmente com mulheres negras, ao se priorizar a saúde e vida do feto/bebê sobre a vida da mãe. É também, até certo ponto, a lógica subjacente à masculinidade tóxica, que considera fraqueza o adoecer. Acrescento:

A destruição das outras raças é uma das faces do projeto, sendo a outra face expor sua própria raça ao perigo absoluto e universal da morte. O risco de morrer, a exposição à destruição total, é um dos princípios inseridos entre os deveres fundamentais da obediência nazista, e entre os objetivos essenciais da política. É preciso que se chegue a um ponto tal que a população inteira seja exposta à morte. Apenas essa exposição universal de toda a população à morte poderá efetivamente constitui-la como raça superior e regenerá-la definitivamente perante as raças que tiverem sido totalmente exterminadas ou que serão definitivamente sujeitadas (FOUCAULT, 2005, p. 310).

Foucault considerava que o Estado nazista era o ápice do biopoder quando construído sobre as bases do racismo. Na última década, porém, outra discussão sobre o poder de vida e de morte da população vem se expandindo com Achille Mbembe (2016) e seu conceito de necropoder. Mbembe baseia-se em Foucault, porém dele também se distancia:

Na formulação de Foucault, o biopoder parece funcionar mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer. Operando com base em uma divisão entre os vivos e os mortos, tal poder se define em relação a um campo biológico – do qual toma o controle e no qual se inscreve. Esse controle pressupõe a distribuição da espécie humana em grupos, a subdivisão da população em subgrupos e o estabelecimento de uma cesura biológica entre uns e outros. Isso é o que Foucault rotula com o termo (aparentemente familiar) “racismo” (MBEMBE, 2016 p. 128).

Diferentemente de Foucault (2005), Mbembe (2016) pontua a importância do processo de escravidão para caracterizar o que entende por necropoder, que se

aproximaria do poder soberano por seu caráter de exceção quanto a alguns grupos, ao fazer morrer em vida. Embora marcadamente influenciada pelo olhar do racismo como cor e etnia, até mesmo por analisar, inclusive, relações de racismo no caso palestino, o necropoder de Mbembe (2016) vem ganhando força nas discussões sobre gênero, a ponto de ganhar novas nomeações, como o Necrobiopoder em Berenice Bento (2018):

Nos estudos sobre pessoas trans, travestis, população negra, mulheres, entre outras, o Estado aparece como agente fundamental que distribui de forma não igualitária o reconhecimento de humanidade. Há um núcleo de referência bibliográfica compartilhado por este campo de pesquisa. O conceito de biopoder de Michael Foucault, como técnica de governo que tem como objetivo “fazer viver, deixar morrer”, é recorrente. Quando as pesquisas se referem à violência do Estado, geralmente se aciona a noção de “soberania”, também de Foucault, em contraposição à de governabilidade (conjunto de técnicas voltadas para o cuidado da vida). Mais recentemente o conceito de necropoder de Achille Mbembe passou a compor este *corpus* conceitual. Este artigo sugere outro conceito: necrobiopoder. Necropoder e biopoder são termos indissociáveis para se pensar a relação do Estado com os grupos humanos que habitaram e habitam os marcos do Estado-nação (BENTO, 2018, p. 1).

Outro novo termo é a Bio-necropoder, utilizado por Lima (2018), ao propor não somente um olhar atrelado entre os termos, mas um deslocamento para fora do olhar europeu, através da decolonialidade.

Um Estado que quando não faz viver, ou deixa morrer ou mata em vida. Segundo Mbembe (2016), essa é a característica do Estado contemporâneo, que o conceito de biopoder, sozinho, não dá mais conta de explicar. Ao propor os termos necropolítica e necropoder, Mbembe busca mostrar como são criados atualmente os “mundos de morte” – formas novas e únicas da existência social, nas quais vastas populações são submetidas a condições de vida que lhes conferem o status de ‘mortos-vivos’” (MBEMBE, 2016 p. 146).

Parece impossível não associar tais considerações ao que Butler (2015) denomina condição precária:

A condição precária designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte. Essas populações estão mais expostas a doenças, pobreza, fome, deslocamentos e violência sem nenhuma proteção. A condição precária também caracteriza a condição politicamente induzida de maximização da precariedade para populações expostas à violência arbitrária do Estado que com frequência não tem opção a não ser recorrer ao próprio Estado contra o qual precisam de proteção (BUTLER, 2015, p. 46-47).

Pélibart vai em um caminho parecido, ao pensar em termos de fazer

(sobre)viver: “o biopoder contemporâneo já não se incumbiria de fazer viver, nem de fazer morrer, mas de fazer sobreviver. Ele cria sobreviventes. E produz a sobrevida. No contínuo biológico, ele busca até isolar um último substrato de sobrevida” (PELBART, 2009, p. 28).

O Brasil é o país que mais mata pessoas trans e travestis no mundo, sendo que, em 2021, pelo menos 140 pessoas trans e travestis, sendo cinco delas pessoas transmasculinas, foram assassinadas no país, enquanto outras doze pessoas cometeram suicídio. Em 2020, mesmo em um cenário de pandemia e suposto isolamento, o Brasil bateu o recorde de assassinatos de pessoas trans e travestis, com 175 casos (ANTRA, 2022). É problematizável, também, o fato de que não seja o Estado e sim o movimento organizado a fazer essa contagem, o que ocorre com base em denúncias e divulgação midiática; ou seja, há um grande espaço para subnotificação e uma patente forma do Estado de fazer/deixar morrer.

Além disso, no caso brasileiro, é impossível não se associar o necropoder ao advento, nas últimas décadas, do poder paralelo das milícias, inclusive dentro do próprio Estado, caracterizando assim um Estado Miliciano. Segundo Almada, Guerra e Mattos (2019, p. 14), “a ação ineficiente e antidemocrática do Estado como assegurador da segurança pública ocasionou diversos problemas observados em nossa sociedade, como a existência de grupos milicianos”. Essa omissão garante a inserção desses grupos, muitas vezes formados por agentes do próprio Estado, principalmente em comunidades, ao assegurar sua presença usando o “medo como meio de dominação”, o que leva a um apoio – mesmo que parcial - dos moradores, os tornando atores principais em aplacar a carência e ausência do Estado” (ALMADA; GUERRA; MATTOS, 2019, p. 14). Essa forma de governar foi tomando o Estado, especialmente com as últimas eleições presidenciais, e vai criando esses mundos de morte, baseados no medo por parte das populações e num sistema sem formas de justiça para resolver seus interesses.

Com isso é possível entender agora um pouco mais das relações entre Política Pública e Saúde, com um olhar voltado para o corpo e a sexualidade. Não é com certeza a única forma de ver essa relação, porém acredito ser suficiente para entender que as Políticas Públicas de Saúde podem ser tecnologias de biopoder, ou biopolíticas, que pretendem fazer viver (embora deixem morrer), ao mesmo tempo que disciplinam e regulamentam as sexualidades ao normalizá-las com vistas à reprodutividade heterossexual. Porém ainda faltam alguns elementos a discutir.

5. MAS O QUE É QUE DIZ AÍ?

*Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri, mas esse ano eu não morro
(Sujeito de Sorte – Belchior)*

Talvez um bom lugar para começar essa última parte da análise das políticas seja esse trecho de Pélbart:

hoje nossa vida parece integralmente subsumida a tais mecanismos de modulação da existência. Até mesmo o sexo, a linguagem, a comunicação, a vida onírica, mesmo a fé, nada disso preserva já qualquer exterioridade em relação aos mecanismos de controle e monitoramento. Para resumir-lo, numa frase: o poder já não se exerce desde fora, nem de cima, mas como que por dentro, pilotando nossa vitalidade social de cabo a rabo. Não estamos mais às voltas com um poder transcendente, ou mesmo repressivo, trata-se de um poder imanente, produtivo. Esse biopoder não visa a barrar a vida, mas encarregar-se dela, intensificá-la, otimizá-la. Daí também nossa extrema dificuldade em resistir, já mal sabemos onde está o poder, e onde estamos nós, o que ele nos dita, o que nós dele queremos, nós próprios nos encarregamos de administrar nosso controle, e o próprio desejo está inteiramente capturado. Nunca o poder chegou tão longe e tão fundo no cerne da subjetividade e da própria vida como nessa modalidade contemporânea do biopoder (PELBART, 2009, p. 25).

Acho conveniente partir deste ponto, pois, por mais diferente que seja o olhar do autor em termos de alguns dos conceitos que usa, ele traz algo de importante para a discussão. A norma, a regra e a regulação do corpo já não vêm só de fora. Ela já está dentro. Não sei se o termo “introjetado” é o mais adequado, mas a disciplinarização do corpo diante da norma, e a auto regulação da sociedade, sem a necessidade de um “Outro” que tudo vigia, julga, pune e/ou aponta, estão postas. Pélbart (2009) diz do quanto o corpo é o centro da produção de identidade na sociedade contemporânea, atendendo às recomendações da ciência, mas também à sociedade do espetáculo, com imagens discursadas, imaginadas e idealizadas de corpo.

Assim que a menção à linguagem e à comunicação ganha, para mim, destaque. Essas temáticas me fazem buscar o tema do discurso, e foram também analisadas por Foucault. Segundo ele, produzir o discurso passa por controlar, selecionar, organizar e redistribuir certos procedimentos que “têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade” (FOUCAULT, 1999, p. 8).

A sexualidade enquanto dispositivo, como vimos anteriormente, teve no

discurso uma das suas formas de normalização. Decerto também as Políticas. Foucault associa:

as regiões da sexualidade e as da política: como se o discurso, longe de ser esse elemento transparente ou neutro no qual a sexualidade se desarma e a política se pacifica, fosse um dos lugares onde elas exercem, de modo privilegiado, alguns de seus mais temíveis poderes. Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder (FOUCAULT, 1999, p. 9-10).

O discurso, para Foucault, “não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos apoderar” (FOUCAULT, 1999, p. 10). O discurso é usado com a função de trazer e propagar a verdade pelo que diz, passando da enunciação para o enunciado a localização da verdade: “para seu sentido, sua forma, seu objeto, sua relação a sua referência” (FOUCAULT, 1999, p. 15). É o que Foucault chama de “vontade de verdade” que irá criar uma hierarquização nos discursos propagados na sociedade:

Em suma, pode-se supor que há, muito regularmente nas sociedades, uma espécie de desnivelamento entre os discursos: os discursos que “se dizem” no correr dos dias e das trocas, e que passam com o ato mesmo que os pronunciou; e os discursos que estão na origem de certo número de atos novos de fala que os retomam, os transformam ou falam deles, ou seja, os discursos que, indefinidamente, para além de sua formulação, são ditos, permanecem ditos e estão ainda por dizer. Nós os conhecemos em nosso sistema de cultura: são os textos religiosos ou jurídicos, são também esses textos curiosos, quando se considera o seu estatuto, e que chamamos de “literários”; em certa medida textos científicos (FOUCAULT, 1999, p. 22).

E é aqui que entram e atuam os textos das Políticas Públicas. Como vimos anteriormente, eles não são o Estado, mas instrumentos desse (LOURAU, 2004). Vimos também que eles regulam biopoliticamente para fazer viver, deixar morrer (FOUCAULT, 1999b, 2005), fazer morrer em vida (MBEMBE, 2016. BENTO, 2018. LIMA, 2018) ou simplesmente sobreviver (PELBART, 2009). Agora vemos como, através do discurso, dos enunciados, do ‘o que diz aí’ – como trago no título do capítulo –, se produzem verdade (FOUCAULT, 1999). Foucault ainda irá, em sua obra, analisar elementos do discurso como o autor, o comentário, as disciplinas, entre outros.

“A disciplina é um princípio de controle da produção do discurso. Ela lhe fixa os limites pelo jogo de uma identidade que tem a forma de uma reatualização permanente das regras” (FOUCAULT, 1999, p. 36). Dessa forma, a disciplina diz quem pode falar o que:

trata-se de determinar as condições de seu funcionamento, de impor aos indivíduos que os pronunciam certo número de regras e assim, de não permitir que todo mundo tenha acesso a eles. Rarefação, desta vez, dos sujeitos que falam; ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo. Mais precisamente: nem todas as regiões do discurso são igualmente abertas e penetráveis; algumas são altamente proibidas (diferenciadas e diferenciantes), enquanto outras parecem quase abertas a todos os ventos e postas, sem restrição prévia, a disposição de cada sujeito que fala (FOUCAULT, 1999, p. 36-37).

Tomemos, por exemplo, o que já apresentamos sobre a construção da PNAISH. Quem estava qualificado para falar e preconizar a verdade da saúde do Homem? Aparentemente, não a ABGLT. Aparentemente, a prioridade eram as sociedades médicas. Enquanto isso, como aconteceu de Mulheres e pessoas LGBTIs entrarem na produção dos discursos sobre suas próprias 'Saúdes'? Através de uma força instituinte. O discurso quando é pertencente a muitos, reciprocamente, e reconhecidamente validado entre seus pares, é doutrina, não disciplina (FOUCAULT, 1999). Uma Política de Saúde para Mulheres, Homens ou LGBTIs é disciplina quando define quem fala, como fala e o que representa uma verdade a ser cumprida/obedecida.

As Políticas se manifestam enquanto discursos escritos de verdade (da Saúde, no caso em pauta) na forma de uma biopolítica que identifica/hierarquiza corpos e sexualidades. Dizer da saúde de populações específicas passa por disciplinar e regulamentar quais integrantes dessas populações têm mais ou menos direito à vida, mas também quais têm mais ou menos direito de falar sobre sua vida, de produzir verdade sobre sua saúde.

Porém falta um conceito ainda. Mais um dos muitos conceitos polissêmicos que surgem dessa discussão. Ainda nos falta discutir 'o que é gênero?'. Para isso é preciso recorrer a Judith Butler, com seus 'problemas de gênero':

Explicar as categorias fundacionais de sexo, gênero e desejo como efeitos de uma formação específica de poder supõe uma forma de investigação crítica, a qual Foucault, reformulando Nietzsche, chamou de "genealogia". A crítica genealógica recusa-se a buscar as origens do gênero, a verdade íntima do desejo feminino, uma identidade sexual gênero, a verdade íntima do desejo feminino, uma identidade sexual genuína ou autêntica que a repressão impede de ver; em vez disso, ela investiga as apostas políticas, designando como origem e causa categorias de identidade que, na verdade, são efeitos de instituições, práticas e discursos cujos pontos de origem são múltiplos e difusos. A tarefa dessa investigação é centrar-se — e descentrar-se — nessas instituições definidoras: o falocentrismo e a heterossexualidade compulsória (BUTLER, 2003, p. 9).

Na análise de Butler, o falocentrismo e a heterossexualidade compulsória são

regimes de poder em forma de discurso que associam sexo, gênero e desejo em uma matriz de ordenação binária: dois sexos e dois gêneros intrinsecamente ligados, cujo desejo se realiza entre os opostos. Critica também que seja a categoria de Mulher o objeto do feminismo e propõe o rompimento de formas estanques de responder à relação entre gênero, sexo e desejo, especialmente o fato de que, ao falamos de gênero, falemos do feminino, apenas. Existe uma relação de poder e dominação entre os gêneros, baseadas não apenas no falocentrismo, mas também no patriarcado.

Existe uma região do “especificamente feminino”, diferenciada do masculino como tal e reconhecível em sua diferença por uma universalidade indistinta e conseqüentemente presumida das “mulheres”? A noção binária de masculino/feminino constitui não só a estrutura exclusiva em que essa especificidade pode ser reconhecida, mas de todo modo a “especificidade” do feminino é mais uma vez totalmente descontextualizada, analítica e politicamente separada da constituição de classe, raça, etnia e outros eixos de relações de poder, os quais tanto constituem a “identidade” como tomam equívoca a noção singular de identidade (BUTLER, 2003, p. 21).

Butler critica igualmente a noção de uma identidade para cada um dos termos do binarismo homem/mulher, por se construírem em termos de uma relação indissociável entre sexo e gênero - o que, para a autora, é inviável, uma vez que o gênero é “culturalmente construído”, de forma que “não é nem o resultado causal do sexo, nem tampouco tão aparentemente fixo quanto o sexo” (BUTLER, 2003, p. 24).

Se o gênero são os significados culturais assumidos pelo corpo sexuado, não se pode dizer que ele decorra, de um sexo desta ou daquela maneira. Levada a seu limite lógico, a distinção sexo/gênero sugere uma descontinuidade radical entre corpos sexuados e gêneros culturalmente construídos. Supondo por um momento a estabilidade do sexo binário, não decorre daí que a construção de “homens” se aplique exclusivamente a corpos masculinos, ou que o termo “mulheres” interprete somente corpos femininos. Além disso, mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e constituição (ao que será questionado), não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois. A hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito. Quando o status construído do gênero é teorizado como radicalmente independente do sexo, o próprio gênero se torna um artifício flutuante, com a consequência de que homem e masculino podem, com igual facilidade, significar tanto um corpo feminino como um masculino, e mulher e feminino, tanto um corpo masculino como um feminino (BUTLER, 2003, p. 24-25).

“O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder” (BRASIL, 2004, p. 12). Esta é a forma como a PNAISM abre sua Apresentação, abordando o que entende por gênero: algo que está inscrito socialmente, tem relação com “atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher” (BRASIL, 2004, p. 12), gera

desigualdades, mas está relacionado a um corpo e a um sexo. Há nas Políticas, tanto para Homens quanto para Mulheres, esse paradigma falocêntrico e de heterossexualidade compulsória denunciada por Butler (2003), em que um sexo (notadamente uma genitália) presente num corpo é interpretado como sendo de determinado gênero, e exerce, ou deve exercer, sua sexualidade de forma reprodutiva.

Como se pode perceber sem grande dificuldade, a Política de Saúde aponta as diferenças, e até mesmo as desigualdades relacionadas ao gênero, mas sempre as associa a um corpo e a um sexo. Num dos excertos, ao discutir a sexualidade de mulheres, diz-se:

Também no caso dos problemas de saúde associados ao exercício da sexualidade, as mulheres estão particularmente afetadas e, pela particularidade biológica, têm como complicação a transmissão vertical de doenças como a sífilis e o vírus HIV, a mortalidade materna e os problemas de morbidade ainda pouco estudados (BRASIL, 2004, p. 25).

Este trecho é um dos ilustrativos da caracterização, nas políticas de saúde, da identidade Mulher como apontado acima: sempre em uma relação *cis-heteronormativa*, na qual um sexo é interpretado como de determinado gênero e exercendo sua sexualidade de forma reprodutiva. A despeito de qualquer discussão acerca do gênero como construção social, o trecho aponta mulheres como aquelas que, por uma particularidade biológica, podem parir. No caso apresentado, especificamente, elas podem contaminar seus filhos (IST)²⁰. O discurso contribui para uma invisibilização de mulheres trans e travestis, sequer citadas, pois Mulher seria unicamente aquela que engravida e dá à luz. A Mulher continua a ser entendida como aquela que possui o conjunto vagina-útero-ovário e dele faz uso. Isso exclui não só mulheres que não possuem esse sistema reprodutivo, inclusive intersexos, como aquelas que, por algum problema ou por escolha própria, não se tornam mães. Corroboram também outros pressupostos, não problematizados: o de que a preocupação quanto à saúde, no caso de mulheres mães, volta-se predominantemente à segurança da gravidez, como já ocorria antes dos primeiros programas de Saúde da Mulher brasileiros (BRASIL, 1984). Isso leva a questionar, para além da gravidez: o que, dessa ‘mulher biológica’, recebe de atenção integral?

²⁰ Sem falar o quão presente em nossa sociedade é a culpabilização da mãe por qualquer ‘questão de saúde’ apresentada pela criança que nasce.

Percebe-se assim que o discurso de gênero ainda está muito associado a um discurso de caráter biológico, voltado aos ciclos de vida de um corpo entendido como 'de mulher' em sua função reprodutiva:

Talvez, o que pode ser visto aqui seja um discurso de gênero colado a um discurso biologicista, uma resignificação de gênero no texto... Uma política de desmobilização desse sujeito-mulher-cidadã, uma cidadã-mulher-tutelada, uma comunidade de risco (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p. 42).

Em outro trecho da política, afirma-se: "O gênero delimita campos de atuação para cada sexo" (BRASIL, 2004, p. 12). Além da maternidade, a mulher descrita na Política é aquela que cuida tanto de si como dos outros, o que não se limita a descrever tal característica, mas efetivamente a instaura e a reforça (GIFFIN, 2002). Aqui, as normas de gênero são (re)estabelecidas pelo discurso. A perpetuação da Mulher como aquele ser destinado à maternidade e que, exatamente por isso, cuida melhor de si e dos outros, enquanto o Homem, ser bruto e invulnerável, dedica-se ao trabalho e ao sustento do lar, não tendo, portanto, tempo para dar atenção à sua saúde, exceto em caso de emergência, é não apenas evidenciada na PNAISM e na PNAISH, como ali reiterada. Tais naturalizações tornam-se a norma a partir da qual é orientada a atenção em saúde.

Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como a interpretação cultural do sexo. O gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado (uma concepção jurídica); tem de designar também o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos. Resulta daí que o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza; ele também é o meio discursivo/cultural pelo qual "a natureza sexuada" ou "um sexo natural" é produzido e estabelecido como "pré-discursivo", anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra sobre a qual age a cultura (BUTLER, 2003, p. 25).

A verdade sobre os sexos, nesse caso, é propagada exatamente para que se mantenha. Leve-se em conta, uma vez mais, que são identificadas as causas de maior morbimortalidade, tanto para homens como para mulheres, porém somente são reguladas aquelas que incidem sobre a expressão da sexualidade heterossexual reprodutiva de ambos. No caso da PNAISM, esta política:

[...] incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente

alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004, p. 5).

Conforme explicitado pela própria Política, e aqui trazido por mais de uma vez, a mortalidade das brasileiras estava associada²¹ principalmente a doenças cardiovasculares (principalmente infartos e acidentes vasculares cerebrais), neoplasias (principalmente os cânceres de mama e do colo do útero), doenças respiratórias, endócrinas (destaque para a diabetes) e a causas externas. Algumas dessas supostas causas não podem ser facilmente associadas nem ao sexo, nem ao gênero. O fato de a Política se centrar em questões gênero-sexuais demonstra que estas servem à propagação de ideias de feminilidade e de ‘mulheridade’. Autoras como Giffin (2002), contudo, ressaltam aspectos inerentes à saúde da Mulher que não estão necessariamente presentes na PNAISM, dentre os quais:

barreiras concretas resultantes da sobrecarga de trabalho e falta de tempo para se cuidar, reforçadas ideologicamente pela definição da mulher como “cuidadora de outros”; o efeito de discriminação e preconceito no que diz respeito – especialmente mas não somente – à sexualidade feminina, que dificulta tanto o acesso quanto a adequada atenção e prevenção das ISTs (infecções sexualmente transmissíveis); exclusão de mulheres em posições hierarquicamente superiores de decisão política, e como integrantes de protocolos de pesquisas básicas em função das complexidades do corpo reprodutivo; inadequado desenvolvimento de métodos de controle da fecundidade masculina, e de métodos femininos de proteção às ISTs; questões da qualidade de serviços que envolvem deficiências quantitativas e qualitativas; entre outras (GIFFIN, 2002, p. 108).

Analisar esses pontos da Política permite levantar algumas questões: a Saúde da Mulher de fato se ampliou para além da saúde reprodutiva? Mulheres que não se relacionam com Homens recebem a mesma atenção a sua saúde sexual e reprodutiva? Valadão e Gomes (2011) apontam que consultas médicas de Mulheres Lésbicas costumam durar menos tempo, além de dar ênfase à lesbofobia presente no sistema de saúde. Ainda assim, existe um ‘subcapítulo’, menor que uma página, dedicado à saúde de mulheres lésbicas na PNAISM. E mais: Mulheres são apenas as biologicamente fêmeas? Como ficam as Mulheres Trans e Travestis? Há espaço para Mulheres com pênis e/ou próstata na PNAISM? A saúde da população Trans e Travesti tem sido objeto de inúmeros estudos, em diversos âmbitos, porém sua Saúde propriamente dita ainda tem sido segregada. O que se percebe é que a PNAISM se configura como uma política ‘femista’ (BENTO, 2011), ou seja, para fêmeas, dotadas do sistema vulva-útero-ovário e que o usam para fins de

²¹ Lembro que a política original é 2004, ou seja, há 18 anos se mantém como referência da saúde da mulher.

reprodução. Travestis, Mulheres Trans, Mulheres Lésbicas e Bissexuais são empurradas para a borda dos entendimentos de ‘mulher’ e ‘feminino’ e serão, provavelmente, empurradas para uma Política outra (no caso, a PNSILGBT).

Em relação à PNAISH, o gênero aparece via expressões como estereótipos de gênero, modelos culturais de gênero, identidades de gênero, relações de gênero, enfoques de gênero. ‘Homem’ e ‘masculinidade’ não são apresentadas como gênero. O gênero é o que se faz dele: modelos, estereótipos, enfoques, etc. Homens, portanto, não têm gênero. Como afirma Butler (2003), quando falamos de gênero, no senso comum, estamos falando de mulheres, do mesmo modo que, quando falamos de identidade de gênero, estamos falando de pessoas Trans.

Na década de 1970 começam a surgir os primeiros estudos sobre a saúde dos homens, baseados nas premissas da biomedicina, da epidemiologia e dos estudos do comportamento, mas sem considerar os contextos históricos, sociais e políticos de extrema complexidade na quais seus objetos de estudo se inseriam:

Entretanto, a partir das últimas décadas do século XX, sobretudo após a ascensão dos movimentos feministas e posteriormente, dos movimentos *queer*, percebe-se um importante deslocamento na concepção teórico-política destes estudos que passam a incorporar em sua análise a perspectiva de gênero (MARTINS; MALAMUT, 2013, p. 430).

Além do controle sexual dos homens, no início do século XX, na década de 1990 surgem estudos que apontam que “durante séculos quase todos os livros publicados eram escritos por homens e a eles direcionados, refletindo a configuração de uma sociedade pautada na supremacia destes sobre as mulheres” (MARTINS; MALAMUT, 2013, p. 430). Somado a isso, temos, como consequência dos tempos coloniais, o estabelecimento, pelo saber médico, do homem branco como o referencial de saúde, ampliando assim a disciplinarização de corpos racializados, num processo eugenista e de racismo²² (CESARO; SANTOS; SILVA, 2018, p. 3). A realização de eventos acadêmico-científicos e a criação de sociedades internacionais com revistas científicas próprias mostra que a Saúde do Homem começou a ganhar espaço na ciência nessa mesma época. Entre os periódicos internacionais, citam-se *The Journal of Men’s Studies* (desde 1992);

²² Aqui podem operar os racismos tanto conforme pensados por Foucault (2005) quanto por Mbembe (2016). Essa diferença será mais aparente, como mencionado brevemente no capítulo sobre a construção histórica, quando se analisa a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade, na qual a maior parte da população alvo é de homens negros. Para mais detalhes dessa política, sugiro o trabalho de Santos e Nardi (2014).

International Journal of Men's Health (desde 2003); *The Journal of Men's Health & Gender* (desde 2008)" (HEMMI; BAPTISTA; REZENDE, 2020, p. 2).

A PNAISH surge em 2008 como "a primeira política de saúde da América Latina direcionada ao gênero masculino" (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019, p. 133). Embora seja de se esperar que temas contundentes da Saúde do Homem, como a violência, os acidentes ou alcoolismo, geralmente considerados graves problemas sociais, apareçam na Política, esta tomou, sob forte influência da Urologia como profissão, um viés falocêntrico, aos moldes do que aponta Butler (2003). O Homem não é só aquele que possui um pênis, mas um pênis que se torna ereto, potente e 'funcional':

É também significativo que, dentre os vários perigos letais que rondariam os homens, a disfunção erétil tenha sido escolhida para tema de uma campanha cujo título promete um genérico "esclarecimento da saúde do homem". Um dos grandes obstáculos à promoção da saúde dos homens, conforme repetido inúmeras vezes ao longo do processo de construção da nova política, é justamente a centralidade da ideia de invulnerabilidade, ou seja, da ideia de potência, na construção da masculinidade hegemônica. Por essa razão, os homens seriam, como declara o presidente da Associação Médica de Brasília no lançamento da campanha, "relapsos" com sua saúde, procurando menos frequentemente os médicos que as mulheres. Mas, ao centrar a felicidade dos homens na potência sexual, vista como capacidade de obter uma ereção, a campanha acaba reforçando a centralidade dos valores que supostamente pretende combater. Paradoxalmente, ao prometer devolver-lhes a potência perdida, os urologistas não deixam de procurar atrair os homens aos cuidados de saúde justamente a partir da configuração de valores que os afastaria de tais cuidados e que, como é o caso da virilidade, compõem os fundamentos mesmos da masculinidade hegemônica (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009, p. 664-665).

O Viagra e a potência sexual, a vasectomia e a participação no planejamento familiar, o Homem saudável, mas assíduo ao trabalho, entre outras regulações e disciplinizações, serão instrumentos para 'educar' como os Homens devem agir, sentir e pensar, produzindo a subjetivação destes (PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019). Novamente, cria-se uma Política de produção de machos (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2010). O discurso que descreve o que é um Homem também o cria.

Quem formula e executa as Políticas são, historicamente, os Homens. São eles que assegurarão os privilégios materiais e simbólicos para si próprios e para outros (embora não todos). Eles irão propagar, assim, justamente os modelos de hegemonia masculina que pretendem combater via PNAISH, reforçando a manutenção de desigualdades ao definir o Homem em idade produtiva, ativo sexualmente, branco, cisgênero e heterossexual como o foco dessa política (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012. SCHWARZ, 2012. MOZER; CORREA,

2014. SEPARAVICH; CANESQUI, 2014. PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019). Novamente: a quem deve “fazer viver”? (FOUCAULT, 2005).

Assim, mesmo sem uma demanda própria de uma população organizada, como foi o caso das políticas para Mulheres, a Política para Homens produz um sujeito masculino que precisa de cuidados, próprios e do Estado, demarcado em oposição à Mulher. Portanto, ‘um Homem com Gênero’ (mesmo que não definido assim na Política), que se homogeneíza no conceito ‘Homem’, mas que vai ser atendido em suas individualidades e especificidades, sejam elas relativas ao pênis, à próstata (dada a visão ainda existente de que homem é quem tem pênis e próstata), à violência, ao acidente, entre outras (MARTINS; MALAMUT, 2013. TONELI; MULLER, 2015). Vale acrescentar que:

a redução da integralidade do atendimento masculino às preocupações com o adoecimento anatomopatológico, sobretudo, os agravos sexuais e genitais, revela os mecanismos de biopoder que visam à domesticação e disciplinamento dos corpos, de maneira semelhante ao processo vivenciado pelas mulheres no século anterior (MARTINS; MALAMUT, 2013, p. 437).

Surge aí, por conseguinte, uma visão generificada do Homem, ainda que sob signos controversos que já chamam a atenção: a visão do Homem como provedor e potência para o trabalho que se estabelece ao definir como foco da atenção Homens de 20 a 59 e ao criar (ainda incipientes) mecanismos para que o Homem seja atendido fora do horário de trabalho (MARTINS; MALAMUT, 2013. SEPARAVICH; CANESQUI, 2014. CESARO; SANTOS; SILVA, 2018); a vasectomia, extremamente defendida pela PNAISH, inclusive com destinação de recursos específicos para sua realização no âmbito do SUS, signo da presença do Homem no planejamento familiar, em contraponto ao ‘homem acompanhante’ que só ia/vai à última consulta para autorizar um eventual procedimento realizado em ‘sua’ Mulher (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009. MOZER; CORREA, 2014. MULLER; BIRMAN, 2016); o Homem como aquele que rejeita a possibilidade de adoecimento com base em um pensamento mágico de invulnerabilidade, que lhe permite ser (e ele o deseja) agressivo, competente, forte, racional, dotado de uma sexualidade sem limites e que não expõe sua fragilidade e seus sentimentos (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009. FONTES *ET AL.*, 2011. DA SILVA *ET AL.*, 2013. LOPEZ; MOREIRA, 2013. SEPARAVICH; CANESQUI, 2014); a oposição binária entre Homens e Mulheres, centrado na inteligibilidade de quem é o que, caracterizando determinados comportamentos e atitudes como correspondentes específicos de um único gênero

(a prevenção e o cuidado, por exemplo, tidos como característica feminina, enquanto o Homem só busca atendimento em caso de agravamento de sintomas, especialmente a dor) (SCHWARZ, 2012. DA SILVA *ET AL.*, 2013. MOZER; CORREA, 2014. TONELI; MULLER, 2015. CESARO; SANTOS; SILVA, 2018. PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019); “a sexualidade masculina encontra-se centrada no pênis e a manutenção da ereção peniana é o fulcro da função sexual do homem, ou seja, é concebida como atividade estritamente orgânica” (SEPARAVICH; CANESQUI, 2014, p. 421); o homem como culpado e vítima de seu próprio adoecimento e da não adesão aos serviços de saúde, tanto em decorrência dos próprios conceitos de masculinidade quanto pela forma de organização dos serviços de saúde (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012. MARTINS; MALAMUT, 2013. PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019).

Percebe-se que a PNAISH coloca em cena uma série de noções novas sobre o ser homem, que levam a questionar: a intencionalidade da política; sua futura eficiência; os mecanismos de biopoder instaurados a partir dela; e a própria masculinidade. A polissemia do conceito de gênero aparece nas políticas, inclusive nos estereótipos:

Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias sócio-econômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (BRASIL, 2008, p. 6).

Quando o Homem da Política de Saúde se torna o ser de pênis (ereto e funcional, sempre que possível) que não tem tempo de cuidar de sua saúde, ocorre a exclusão sistemática de Homens Trans e de pessoas que não possuem o sistema pênis-testículos-próstata de identidade. Além disso, o Homem provedor é mostrado e reforçado como o correlato binário da Mulher que cuida (inclusive desse Homem).

O que se percebe é que nessa relação dual estabelecida entre/com os corpos surgem tentativas de regulação, distribuindo-os entre Homens e Mulheres, delimitando quais características são inerentes a cada uma dessas identidades e varrendo para uma ‘condição’ LGBTI as outras possibilidades, não hegemônicas.

Assim como os hegemônicos são as mulheres e homens cisgêneras e heterossexuais, as LGBTIs, a quem as Políticas não apenas patologizam como excluem – na divisão das políticas na Portaria de Consolidação n. 2 (BRASIL, 2017),

não chegam a ser identificados como segmentos populacionais como mulheres e homens –, são empurradas²³ às margens. Não são nem gente direito. Apesar dos avanços ditos significativos nas políticas para LGBTIs, “o que se observa é que nunca se teve tanto e o que há é praticamente nada” (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012, p. 425). Isso porque, entre a intencionalidade de uma atenção integral das políticas e uma efetividade de atendimento, há uma série de pontuações e necessidades de melhoria. Lionço (2008) já apontava para a necessidade de um atendimento integral antes mesmo do lançamento da PNSILGBT, porém não limitado a esta Política, mas em todo o sistema, visto que está atravessado por preconceitos institucionais. Ainda assim, a população LGBTI continua atrelada, prioritariamente, ao processo transexualizador e ao combate e tratamento de ISTs e HIV/AIDS. Arán, Murta e Lionço (2009, p. 1146) dirigem nossa atenção para outros aspectos, como as necessidades específicas de pessoas transexuais e travestis:

Sendo assim, evidenciou-se a necessidade de considerar a transexualidade para além da questão pré e pós-operatória, sendo a questão mais complexa e danosa a própria representação social sobre a transexualidade, que patologiza e estigmatiza este segmento populacional. A cirurgia de transgenitalização, comumente apresentada como central na demanda de transexuais, foi problematizada como solução não-consensual entre as diferentes pessoas transexuais. Existindo realidades distintas, há também necessidades distintas quanto à característica das intervenções somáticas que seriam satisfatórias para cada indivíduo. É interessante notar que a discriminação e a conotação patologizante que recai sobre transexuais foram apresentadas como central para o segmento, demandando iniciativas que primem pela humanização do atendimento e pela viabilização e qualificação do acesso dessas pessoas ao sistema de saúde.

As pontuações das autoras mostram que a realidade das necessidades de LGBTIs não é completamente apreendida, mesmo num contexto de integralidade. E mais: as Políticas estão baseadas em um modelo de identidades que não são suficientes (LIONÇO, 2008) e que geram novas zonas de exclusão, uma vez que alguém sempre fica de fora das classificações existentes. Muito se discute sobre como pensar uma política que contemple toda a diversidade da população LGBT sem esbarrar nos binarismos, especialmente os referentes à hegemonia de Homens sobre Mulheres, *cis* sobre *trans* e heterossexuais sobre homo e bissexuais (BROILO; AKERMAN, 2015). Sobre o tema da diversidade em contraponto à diferença, segue-

²³ A construção dessa sentença dessa forma pretende questionar o “masculino genérico” da linguagem. Embora não se tenha optado por construir toda a dissertação dessa forma, é extremamente relevante apontar como o masculino se estabelece como norma, seja patriarcalmente ou falocentricamente, inclusive na forma como discursamos. Para saber mais, sugiro os trabalhos do Prof. Dr. Iran Ferreira de Melo e de seu grupo de pesquisa NuQueer, que tem defendido que é preciso se discutir um linguagem não-binária.

se uma importante reflexão de Miskolci (2012, p. 15-16):

Diversidade é “cada um no seu quadrado”, uma perspectiva que compreende o Outro como incomensuravelmente distinto de nós e com o qual podemos conviver, mas sem nos misturarmos a ele. Na perspectiva da diferença, estamos todos implicados/as na criação desse Outro, e quanto mais nos relacionamos com ele, o reconhecemos como parte de nós mesmos, não apenas toleramos, mas dialogamos com ele sabendo que essa relação nos transformará.

Quando falamos da Política para LGBTIs, ou ‘Outros’ do binarismo Homem-Mulher (como tenho defendido), verificamos questões nas quais o modelo identitário, pautado na diversidade conforme concebida por Miskolci (2012), acaba sendo falho, insuficiente ou mesmo contraproducente. Como já defendi no passado, ocorre eventualmente a criação de novas zonas de exclusão (BROILO; AKERMAN, 2015). E quem acaba sendo excluído? As “pessoas que são discriminadas, mas que não se identificam exatamente com todas as características atribuídas a quem pode afirmar e desfrutar de determinada identidade coletiva²⁴” (COLLING, 2013, p. 408).

Ainda atentando para o documento da PNSILGBT, é possível então analisar, por exemplo, o objetivo geral da política:

Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013, p. 18).

Por meio deste objetivo, a Política enuncia o seu público-alvo, elencando as identidades às quais se destina e determinando de que forma procura “promover a saúde integral” dessa população, ou seja: agindo sobre preconceitos, discriminações e desigualdades. Essa enunciação de sujeitos-identidades também acontece mediante alguns objetivos específicos, como, por exemplo, os objetivos XII e XIII, que abordam a prevenção das neoplasias ginecológicas e de próstata, respectivamente. Na formulação desses objetivos, são descritas as identidades a que se destina a prevenção: lésbicas e mulheres bissexuais, nos cânceres ginecológicos; gays, homens bissexuais, travestis e transexuais, nos cânceres de próstata. Não há menção, neste momento, a Homens Trans, os quais também podem ser acometidos por neoplasias cérvico-uterinas. Isso demonstra que a categoria ‘Transexuais’ é entendida apenas como ‘mulheres transexuais’ para a PNSILGBT. Além disso, não há referência às pessoas intersexo em nenhum dos

²⁴ Uma das muitas questões levantadas quanto às múltiplas formas de se grafar as siglas para LGBTIs (seja com a adição de QAPN+ ou não) é a de que novas identidades continuam a surgir e o quanto essa ‘sopa de letrinhas’ é, ou continuará a ser, abrangente.

objetivos especificados, tampouco em qualquer outra parte da política (MOREIRA; BROILO, RODRIGUES, 2021). Vê-se com isso que a PNSILGBT se estrutura como uma Política identitária, ou seja, com base na especificação de sujeitos definidos por características estanques e finalizadas, excluindo aprioristicamente outras formas possíveis ou posteriores²⁵ de identificação de gênero e sexualidade (BROILO; AKERMAN, 2015). Isso também tem relação com a ideia de igualdade conforme apontada por Colling (2013, p. 408):

igualdade, é a afirmação das identidades e o uso do essencialismo estratégico que acompanha as suas práticas políticas. Ativistas e pesquisadores, em geral, defendem que um grande grupo de pessoas deve ter e afirmar a mesma identidade, que todas devem se identificar com as mesmas características que seriam inerentes a tal identidade.

O autor defende que seria necessário, no entanto, priorizar políticas da ‘diferença’ que:

1) priorizam as estratégias políticas através do campo da cultura, em especial através de produtos culturais, pois os/as ativistas entendem que os preconceitos nascem na cultura e que a estratégia da sensibilização via manifestações culturais é mais produtiva; 2) criticam a aposta exclusiva nas propostas dos marcos legais, em especial quando essas estratégias e esses marcos reforçam normas ou instituições consideradas disciplinadoras das sexualidades e dos gêneros; 3) explicam a sexualidade e os gêneros para além dos binarismos, com duras críticas às perspectivas biológicas, genéticas e naturalizantes; 4) entendem que as identidades são fluidas e que novas identidades podem ser criadas e recriadas permanentemente; 5) a sua luta política é centrada “na crítica aos regimes de normalização” [...], dentro da perspectiva da diferença e não da diversidade (COLLING, 2013, p. 409).

Especialmente no que se refere à população LGBTI, a construção das Políticas Públicas se estruturou em função das identidades. A sigla LGBTI, por exemplo, comporta indivíduos marcados por diferentes dimensões, LGB para orientações sexuais e T para identidade de gênero – demonstrando que para os diferentes grupos há diferentes necessidades e especificidades (CARDOSO; FERRO, 2012) –, enquanto o I refere-se a condições biológicas. Temos alguns exemplos de especificidades de cada identidade: A população lésbica enfrenta consultas com reduzido tempo em especialidades ginecológicas, além de mostrar marcas da violência (VALADÃO; GOMES, 2011); já a população intersexo, além da invisibilidade, ainda passa por cirurgias ditas corretivas que partem do poder médico

²⁵ Homens trans (e pessoas transmasculinas), assim como pessoas não-binárias e mesmo intersexo têm se articulado politicamente, algumas vezes como movimentos organizados, mais fortemente em períodos posteriores ao lançamento da PNSILGT. Esse seria um argumento que justificaria sua não inclusão, algo que poderia ser revisto em anos posteriores, o que, principalmente em função dos governos com menor participação social que tomaram o poder em todas as esferas do país nos anos seguintes, ainda não ocorreu.

para ‘adequar’ a anatomia aparente a um gênero inteligível (FAUSTO-STERLING, 2002; MOREIRA, RODRIGUES, 2021; MOREIRA; BROILO; RODRIGUES, 2021); a População Trans ainda é vista apenas sob o prisma do HIV/AIDS ou do processo transexualizador (LIONÇO, 2008), sendo que os homens trans são ainda mais invisibilizados e violentados (NUH, 2015); ademais, a população bissexual continua invisibilizada, inclusive nas produções científicas, o mesmo ocorrendo com outras identidades que surgem constantemente (BROILO, 2017). Muito se discute sobre como pensar uma política que contemple toda a diversidade da população LGBT sem esbarrar nos binarismos, especialmente os referentes à hegemonia de homens sobre mulheres (BROILO; AKERMAN, 2015). Ainda nesse sentido, o entrecruzamento entre a sexualidade e as formas de expressão do gênero geram uma série de novos modos de exclusão:

aqueles que mais se assemelham ao padrão heteronormativo de homem/masculino e mulher/feminina, em termo de sexo e gênero, mesmo com uma sexualidade desviante passam a ser mais bem aceitos, enquanto travestis, transexuais, gays afeminados e lésbicas masculinizadas continuam sendo rejeitados. Dentro dessas “novas dogmáticas identitárias”, elas seriam a abjeção da abjeção (BROILO; AKERMAN, 2015, p. 242).

Albuquerque Júnior (2014, p. 2) lembra que Foucault criticava a ideia identitária do movimento homossexual, que, segundo ele, criava padrões, tipos característicos e “um dado modelo de homossexual que deveria ser seguido por todos os homossexuais que quisessem ser vistos e ditos como conscientes, engajados, assumidos, bem resolvidos, bem sucedidos, afirmados social e politicamente”. Segundo o autor brasileiro:

Foucault vai denunciar o fato de que os movimentos sociais voltados para os homossexuais também operavam no interior deste dispositivo da identificação, reivindicando a construção de uma identidade homossexual que, em grande medida, tendia a desconhecer a diversidade e a variedade das formas de vida, de estilos de vida, dos tipos de relações sexuais e afetivas que o rótulo da homossexualidade ou do homossexualismo vinha recobrir (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2014, p. 2).

O processo histórico de construção de políticas públicas brasileiras no período subsequente à epidemia de HIV/AIDS envolveu o movimento homossexual, que era então caracteristicamente identitário, numa aparente parceria com o Estado, este fundamentalmente biopolítico. Houve a criação de um dos maiores programas de combate ao HIV/AIDS, o que foi um ponto positivo, mas de uma forma extremamente heteronormativa, uma vez que estabeleceu propostas em que apenas as práticas não-heterossexuais eram vistas como arriscadas (MISKOLSCI, 2011).

Miskolci (2011) aponta diferenças entre o processo de luta política da população LGBTI no Brasil e nos Estados Unidos, onde houve:

[...] um processo de recusa governamental de fornecer respostas à epidemia, o que gerou forte reação em certas vertentes do ativismo gay e lésbico de então. Esta reação foi materializada no surgimento de movimentos como o ACT-UP e o *Queer Nation*. No começo da década de 1990, a divisão dentro do movimento social era patente e – em 1993 – o tema da parada do orgulho de San Francisco era *Queer*. Em outras palavras, é a partir da aids que a política *queer* emerge como contraponto crítico em desacordo com o movimento gay e lésbico estabelecido em seu esforço de se adequar a padrões normativos (MISKOLCI, 2011, p. 49).

No Brasil, porém, a realidade ainda é identitária, de forma que não é difícil pensar que conceitos como Feminino, Homem, Masculino e Mulher, com todos os seus ‘estereótipos’ associados, também possam ser considerados identidades. Como exemplo, trago o seguinte objetivo de PNSILGBT:

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis; (BRASIL, 2013, p. 22).

O que é uma inadequação de identidade? Isso existe? Por qual motivo são relacionados, no documento, às pessoas trans e travestis? Será que a Política confundiu disforia de gênero com inadequação de identidade²⁶? Ou será que ela considera, globalmente, pessoas Trans e Travestis como uma inadequação de identidade? Quando o tema é identidade, uma das maiores contribuições vem de Rolnik (1997, 2002), para quem a identidade tem se tornado em uma toxicomania, especialmente em função das mudanças globalizantes:

A figura moderna da subjetividade, com sua crença na estabilidade e sua referência identitária, agonizante desde o final do século passado, estaria chegando ao fim? Não é tão simples assim: é que a mesma globalização que intensifica as misturas e pulveriza as identidades, implica também na produção de *kits* de perfis-padrão de acordo com cada órbita do mercado, para serem consumidos pelas subjetividades, independentemente de contexto geográfico, nacional, cultural, etc. Identidades locais fixas desaparecem para dar lugar a identidades globalizadas flexíveis que mudam ao sabor dos movimentos do mercado e com igual velocidade (ROLNIK, 1997, p. 19).

Segundo a autora, a não permissão do desassossego, a insuportabilidade dos vazios e a farmacologização, seja pelo narcotráfico ou pela indústria formal, são as

²⁶ Bento (2016) apresenta uma discussão sobre como do DSM-V, ao ser construído, transformou o antigo “Transtorno de Identidade de Gênero” em “Disforia de Gênero”, para designar características da transexualidade e da travestilidade, todas essas geopoliticamente organizadas. O DSM-V (APA, 2014) apresenta como critérios para a disforia de gênero uma forte incongruência entre o gênero expresso e aquele que foi designado por determinado tempo e com determinadas características e a presença de sofrimento significativo com prejuízo nas dimensões de trabalho, social, entre outras da pessoa. Na crítica de Bento (2016), uma das principais questões é a caracterização de sofrimento.

principais responsáveis pelo paradoxo entre “a desestabilização exacerbada de um lado e, de outro, a persistência da referência identitária” (ROLNIK, 1997, p. 20).

Cumpra desdobrar tal consideração:

Dois processos acontecem nas subjetividades hoje que correspondem a destinos opostos desta insistência na referência identitária em meio ao terremoto que transforma irreversivelmente a paisagem subjetiva: o enrijecimento de identidades locais e a ameaça de pulverização total de toda e qualquer identidade. Num polo, as ondas de reivindicação identitária das chamadas minorias sexuais, étnicas, religiosas, nacionais, raciais, etc. Ser viciado em identidade nestas condições é considerado politicamente correto, pois se trataria de uma rebelião contra a globalização da identidade. Movimentos coletivos deste tipo são sem dúvida necessários para combater injustiças de que são vítimas tais grupos; mas no plano da subjetividade trata-se aqui de um falso problema. O que se coloca para as subjetividades hoje não é a defesa de identidades locais contra identidades globais, nem tampouco da identidade em geral contra a pulverização; é a própria referência identitária que deve ser combatida, não em nome da pulverização (o fascínio niilista pelo caos), mas para dar lugar aos processos de singularização, de criação existencial, movidos pelo vento dos acontecimentos. Recolocado o problema nestes termos, reivindicar identidade pode ter o sentido conservador de resistência a embarcar em tais processos (ROLNIK, 1997, p. 21-22).

A identidade terá uma relação direta com a subjetividade: “o que vislumbramos da subjetividade é o perfil de um modo de ser – de pensar, de agir, de sonhar, de amar, etc. – que recorta o espaço, formando um interior e um exterior” (ROLNIK, 2002, p. 25). Através da comparação com a pele, que se dobra e divide o dentro e o fora do corpo, a subjetividade também recortaria espaços de interioridade e exterioridade. O problema, segundo Rolnik (2002), seria a crença no caráter estanque do interior:

É quando se acredita que dentro é um espaço dado cujo equilíbrio poderá ser encontrado, bastando para isso alguns truques; e no dia em que se conseguir esta proeza se terá a felicidade de ficar bovinamente instalado neste dentro para sempre (ROLNIK, 2002, p. 30).

Segundo tal perspectiva, no interior protegido e blindado da subjetividade surgiria a identidade, fixa e permanente. Com base na crença nesse mito é que surge o viciado em identidade:

O viciado em identidade tem horror ao turbilhão das linhas de tempo em sua pele. A vertigem dos efeitos do fora o ameaçam a tal ponto que para sobreviver a seu medo ele tenta anestesiá-lo: deixa vibrar em sua pele, de todas as intensidades do fora, apenas aquelas que não ponham em risco sua suposta identidade. Através deste recalçamento da vibratibilidade da pele, ou seja, dos efeitos do fora no corpo, ele tem a ilusão de desacelerar o processo. Mas como é impossível impedir a formação de diagramas de força, o estado de estranhamento que tais diagramas provocam acaba se reinstaurando em sua subjetividade apesar da anestesia. Este homem se vê então obrigado a consumir algum tipo de droga se quiser manter a miragem de uma suposta identidade (ROLNIK, 2002, p. 28).

Nesse contexto, emerge também o que Rolnik (2002) denomina ‘toxicomania de identidade’:

ela prolifera cada vez mais intensamente e em qualquer ponto do planeta - independentemente de país, classe social, sexo, faixa etária, cor de pele, raça, etnia, religião, ideologia, etc. Aliás o pertencimento a cada uma destas categorias é uma oportunidade para ceder ao vício de reivindicar uma identidade - vício considerado politicamente correto, beneficiando de amplo respaldo social (ROLNIK, 2002, p. 28).

Essa temática tem direta relação com a ‘internalização’ das normas e regulações abordada no início deste capítulo. É possível questionar, porém não afirmar, o quanto o vício identitário não é, ele próprio, uma bio ou necropolítica. Tais discussões remetem novamente às relações de saber-poder e ao quanto as próprias Políticas de Saúde constituem dispositivos de biopoder, pois se percebe que na relação estabelecida com os corpos surgem tentativas de regulação através dos discursos – enquadramento exclusivo em Homens e/ou Mulheres; delimitação de quais características são inerentes a cada uma dessas identidades e relegação a uma ‘condição’ LGBTI das demais possibilidades. Reafirma-se assim uma eterna oposição entre a *cis*-heteronormatividade e o *queer* (abjeto) para a construção de uma ordem social onde o *cis*-hétero não só é o normal, mas o natural, enquanto os demais são patológicos (MISKOLCI, 2009. SPARGO, 2017).

A teoria *queer*, brevemente mencionada anteriormente, trouxe à cena, de uma forma geral, uma discussão crítica sobre as formas de poder, principalmente aquelas associadas ao biopoder e que fazem do corpo uma possibilidade de controle e regulação (PERES, 2011). Traz também uma estratégia pós-identitária e hiperidentitária, em que a outrora vergonha em face dos xingamentos seria transformada num recurso político, consistente em pensar as políticas públicas para além de identidades estanques e acabadas (SAMPAIO; GERMANO, 2014). O movimento *queer* foi pautado em ideias como as de Michael Foucault, que rompia com modelos anteriores:

os estudos *queer* se diferenciariam dos estudos de gênero, vistos como indelevelmente marcados pelo pressuposto heterossexista da continuidade entre sexo, gênero, desejo e práticas, tanto quanto dos estudos gays e lésbicos, comprometidos com o foco nas minorias sexuais e os interesses a eles associados. Cada uma dessas linhas de estudo tomariam, como ponto de partida, binarismos (masculino/feminino, heterossexual/homossexual) que, na perspectiva *queer*, deveriam ser submetidos a uma desconstrução crítica. *Queer* desafiaria, assim, o próprio regime da sexualidade, ou seja, os conhecimentos que constroem os sujeitos como sexuados e marcados pelo gênero, e que assumem a heterossexualidade ou a homossexualidade como categorias que definiriam a verdade sobre eles. (MISKOLCI; SIMÕES, 2007, p.10-11).

Miskolci (2011) ainda aponta que a Teoria *Queer* não seria uma superação dos Estudos Feministas ou dos Estudos Gays e Lésbicos, tampouco um descarte dos mesmos, mas uma forma a aliá-los à experiência de abjeção trazida pelo *queer*. Spargo (2017, p. 13), por sua vez, aponta para a importância de autores já apresentados, como Foucault e Butler, para o desenvolvimento dessa teoria que se configura não como “um arcabouço conceitual ou metodológico único ou sistemático, e sim um acervo de engajamentos intelectuais com as relações entre sexo, gênero e desejo sexual”.

Sobre as bases teóricas da teoria *queer*, recorremos a Miskolci (2011, p. 53):

É clara a adesão ao método desconstrutivista entre os *queer*, ou seja, o empreendimento de uma crítica cultural que busca evidenciar os aspectos obscuros, o papel do não-dito, dos pressupostos, na constituição das relações de poder na esfera do gênero e da sexualidade. De Foucault, os *queer* incorporaram a analítica do poder, daí em suas obras o poder não ser algo que se possui ou se delimita, mas que se exerce ou ao qual se é submetido em uma situação permanentemente dinâmica em termos históricos e culturais. Neste sentido, a mistura de Derrida e Foucault visa mapear o potencial de resistência interno a certos regimes de poder.

No Brasil, o *queer* entra primeiro pelo meio acadêmico, promovendo novos estudos e reflexões. Na disputa política, quem estava à frente era o movimento LGBTI socialmente organizado:

Foi no final da década de 1970 que a ditadura militar começou um processo gradual de abertura política, o qual criou condições para o florescimento desses novos atores políticos, os movimentos sociais. Como já dito, na década de 1980, a sociedade brasileira se deparou com o drama da epidemia de HIV/aids, bem em meio à redemocratização do país, quando o movimento sanitarista - formado por médicos provenientes das universidades e mesmo do MHB²⁷ - conseguiu adentrar no Estado, criando um ambiente mais acolhedor às demandas dos movimentos sociais e uma sensibilidade para a urgência instaurada pela epidemia. Assim, graças a este contexto, o movimento homossexual foi bem-sucedido no diálogo com o Estado para auxiliar na criação de nosso programa de aids (MISKOLCI, 2011, p. 59).

Assim, no Brasil, criou-se um movimento identitário que conseguiu estabelecer um diálogo com o governo, especialmente em função do HIV/AIDS. A chegada de uma teoria, como a teoria *queer*, que ‘desidentitariza’, é temida por alguns movimentos que, ao participar das construções históricas de direitos LGBTIs, visualizam o Estado como um parceiro e temem perder conquistas com o advento de um pensamento que criticaria sua própria construção. Assim, por mais que não faça muito sentido dizermos ‘nós LGBTIs’, uma vez que cada letra veicula

²⁷ Movimento Homossexual Brasileiro.

características e demandas de uma identidade específica, cria-se com isso uma noção de todo coeso e uniforme:

Ao empregar, neste contexto, frases como “a população LGBT”, membros do movimento, do Estado ou mesmo da academia ontologizam um grupo político histórico e socialmente delimitado como se fosse algo acabado e generalizado na experiência social cotidiana. Também tendem, talvez até mesmo contra sua própria intenção, a reduzir muitas sexualidades a apenas às oficialmente contempladas na sigla atual do movimento, deixando de reconhecer a existência de outras, com singularidades e demandas ainda por serem reconhecidas (MISKOLCI, 2011, p. 59).

Nesse contexto, o Estado passa a exercer um papel regulador e disciplinador, definindo identidades baseadas em sexualidade e gêneros estanques e em grupos de pertencimento (SAMPAIO; GERMANO, 2014). E não apenas isso: aqueles que são regulados dessa forma o são por medo de perder as conquistas que supostamente possuem. O Estado coopta a sociedade civil, poderíamos dizer de modo simplificador.

Tenho enfatizado que as Políticas de Saúde LGBTI se dão como uma correlação de diferentes forças, o que exerceu influência no estabelecimento de diferentes identidades, baseadas nas sexualidades e nos gêneros. Além da teoria *queer*, outros movimentos ajudam a antever o futuro do entendimento das políticas. Um deles é o Transfeminismo:

O transfeminismo reconhece a interseção entre as variadas identidades e identificações dos sujeitos e o caráter de opressão sobre corpos que não estejam conforme os ideais racistas e sexistas da sociedade, de modo que busca empoderar os corpos das pessoas como eles são (incluindo as trans), idealizados ou não, deficientes ou não, independentemente de intervenções de qualquer natureza; ele também busca empoderar todas as expressões sexuais das pessoas transgênero, sejam elas assexuais, bissexuais, heterossexuais, homossexuais ou com qualquer outra identidade sexual possível (JESUS; ALVES, 2010, p. 14).

Segundo as autoras, pensar em um feminismo transgênero é criticar o cissexismo e a ideia da divisão binária dos sexos em concordância com um binarismo de sexos biológico. Além disso, elas apontam que o feminismo de base biológica falhou em “reconhecer plenamente o gênero como uma categoria distinta da de sexo” e “para o entendimento dos corpos e das relações sociais entre homens e mulheres” (JESUS; ALVES, 2010, p. 13).

A PNSILGBT (BRASIL, 2013) surgiu posteriormente às demais, mas não teve reflexos na PNAISM (BRASIL, 2004), nem mesmo em uma revisão, tampouco na PNAISH (BRASIL, 2008). Além disso, nos planos nacionais de enfrentamento ao HIV/AIDS, mulheres trans e travestis encontram-se em planos separados, pois, com

apoio em entendimentos médicos-biológicos e não em entendimentos subjetivos e sociais, travestis são consideradas homens e lhes é negado o reconhecimento como mulheres. (SAMPAIO; GERMANO, 2014. BROILO; AKERMAN, 2015). Nota-se também que homens heterossexuais não estão contemplados em nenhum dos planos. Isso corrobora a visão tanto do Homem *cis*-heterossexual como hegemônico e invulnerável, presente na construção da PNAISH, quanto a perpetuação da ideia de que ISTs são possibilidades apenas em práticas não-heterossexuais.

Apesar desse aparente ‘não diálogo’ entre os documentos, uma característica que se apresenta em todas as políticas é a questão das violências. No que tange à população LGBTI, reiteramos ser o Brasil o país que mais mata (BRASIL, 2013), e tal fato é apresentado por Faria (2018) como um problema de saúde pública. Mas ele não é exclusividade nossa.

Enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina (BRASIL, 2004, p. 25).

Quando se aborda o modo como a violência atinge diferentes gêneros, a PNAISM aponta que a demanda por recursos para o atendimento é maior para Homens, assim como é maior a sua mortalidade, enquanto que a da Mulher seria mais frequente, mas causaria mais morbidade. É importante que se ressalte que aqui se fala de um documento com mais de 15 anos e que não abrange a discussão contemporânea do feminicídio assim como das consequências da lei Maria da Penha. Mas a PNAISH, de certa forma, corrobora a vulnerabilidade do homem:

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres (BRASIL, 2008, p. 11).

Santos e Nardi (2014) já apontavam que o Homem é atendido por duas Políticas de Saúde, em função da violência: a PNAISH ou a Política de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade. Nos casos em que o Homem é o agressor, seja de Mulheres ou de outros Homens, ele pode ser privado de liberdade e seu acesso a saúde será então diferente.

Mas a preocupação das Políticas com relação à violência não tem vínculos apenas com a Saúde e bem-estar dos tutelados. A preocupação em fazer viver tem, aqui, um caráter econômico e financeiro ainda mais explícito:

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por

meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis (BRASIL, 2008, p. 5).

Homem é bruto, só vai ao médico em último caso; afinal, ele não pode ficar indo no médico todo dia. Quem faz isso é Mulher, que é frágil, delicada, que é quem tem a função de cuidar – do marido, dos filhos, dos pais, dos sogros. Os ditos estereótipos de gênero continuam em ação. Perspectivas de masculinidade, de gênero masculino, são trazidas aqui para auxiliar no entendimento do fenômeno masculinidade e violência. Ainda precisamos do Homem fera, do Homem bestial e bruto? Aquele que não só não chora, mas cuja única emoção que consegue (pode) expressar é a raiva, através da violência? Que masculinidade queremos e qual construímos com tais políticas públicas de saúde? Faria *et al.* (2020, p. 251), ao analisar as representações de violência entre LGBTIs, apontam que:

a violência parece se manifestar primordialmente por formas não físicas (psicológicas, simbólicas, verbais) do que materiais, e isso dificulta a responsabilização do agressor pelo ato. Essa difusibilidade da violência, que deixa marcas, mas não impressões digitais, imputa a todos e, portanto, a ninguém, a necessidade de rever posicionamentos, atitudes e a ressarcir danos causados às vítimas.

Dessa forma, fica evidente que a questão da violência não se resolve apenas ampliando cuidados de saúde e canais de denúncia, mas demanda que outras áreas da sociedade sejam acionadas, pois “não é possível pensar a violência como inevitável – como em um jogo, é possível construir estratégias para lidar com regras violentas” (FARIA ET AL., 2020, p. 254). Essa é outra questão na qual parece que não se está rumando exatamente a favor do que se pretende nas Políticas, uma vez que em boa parte dos estados e municípios brasileiros a simples menção da palavra ‘gênero’ em outras áreas, como os planos de Educação, causa turbulentos embates nas câmaras. Uma suposta ‘ideologia de gênero’ que visa ‘homossexualizar’ as crianças é a justificativa de determinados grupos conservadores e religiosos, enquanto a intenção das políticas seria a promoção de uma educação que previna violências.

O que se pode perceber até agora é que há, nas políticas examinadas, um viés ainda biologicista, apesar das discussões de gênero que se dizem presentes. A visão cis-heteronormativa, falocêntrica e reprodutivista é a tônica das políticas,

gerando e propagando binarismos e exclusões através dos discursos, e suas biopolíticas de fazer viver e deixar morrer.

E O QUE PODE SE TIRAR DE TUDO ISSO?

*E quanto mais dor recebo,
Mais percebo que sou indestrutível
(Indestrutível – Pablo Vittar)*

Quando apresentei para o professor orientador, lá em 2014, a primeira versão do que depois viria a ser meu primeiro artigo publicado (BROILO; AKERMAN, 2015) a devolutiva dele foi ‘Tá chato’. Possivelmente. Mas eu não queria perder nada do que estava pesquisando, cada detalhe eu achava que era essencial. Tão fascinado o tema tinha me deixado. Agora, quando apresentei para amigos e colegas uma ‘versão’ final dessa dissertação, ouvi a mesma coisa. Mas dessa vez não sei. Eu adoro essa ‘dirce’²⁸! Cada chatice, cada referência colada na outra, cada descrição de documento, cada nota de rodapé. Até a menção ao telegrama para o Lula eu gosto. Mas sim, algumas partes não são das mais floridas e eu não elucubrei o tanto que eu poderia em algumas partes. Optei pela formalidade e descrição (não tanto a discricção). Mas fiz alguns ajustes. Para que tivesse mais ‘a minha voz’, como disse uma amiga.

Você viu as epígrafes do início da dissertação e de cada capítulo? Não? ‘Tá, eu espero! Então, como dizia Belchior, “Ano passado eu morri”. A pandemia foi adoecedora (pra mim e pra quase todo mundo), mas não só pelo vírus (que eu contrái). Por estar no Brasil. Por estarmos nesse (des)governo. Por ser pesquisador de questões sociais em meio a esse apocalipse. Por olhar pra minha pesquisa e ver que ela não vai salvar o mundo. Por ver que o meu adoecimento não vai mudar o mundo. Por ver que nada fazia muito sentido, e que desistir de tudo era uma opção bem viável. Por isso, naquela noite em outubro de 2021, na qual a lâmina fria ‘assediava’ meu pulso, me pedindo ‘faz!’, eu morri.

Mas eu morri de um jeito diferente. Eu morri para o que eu vinha fazendo. Eu pedi ajuda. Eu voltei para meu lar de coração. Eu desisti de salvar o mundo e eu desisti de fazer dessa dissertação meu evangelho. Eu olhei pra mim, olhei pra ela, e disse: ‘isso não tá nos fazendo bem, vamos terminar?’. Sentamos e conversamos. E para quem planejava ter morrido até o próximo aniversário, defender sua dissertação

²⁸ Apelido carinhoso para dissertação.

uma semana antes é um grande feito. Retomando Belchior, ainda não posso dizer que ‘esse ano eu não morro’, mas há um desejo de vida. Há uma cura em processo. Como diz uma outra cantora que não citei, mas de quem gosto muito, ‘a cura não acontece em linha reta’. Nem essa dissertação aconteceu! Cada capítulo, cada uma das epígrafes foi um choro, foi um processo de olhar para mim no mundo e saber que eu estou indo, mesmo não sabendo bem pra onde. E talvez ela esteja um pouco chata mesmo, pois eu também estou.

Em 2016 foi a primeira vez que fui para um evento na UERJ, sobre ‘Psicologia LGBT’, e a primeira vez que apresentei algo em um evento. Lá, ouvi alguém (quase certeza que sei o nome, mas não vou chutar pra não errar) dizer: “Eu não quero falar POR, eu quero falar COM”. Relembrar disso também foi muito importante durante o processo de pesquisa. Eu sou um homem, cisgênero, branco. Eu sou fruto direto do processo de tentativa de branqueamento do Brasil, nascido de descendentes de alemães e italianos no interior do Rio Grande do Sul (o único ‘preconceito’ que sofria era que meu olho era verde e não azul). O que me salvou foi ser bicha! E mesmo assim, como aponto desde o início, muitos privilégios me acompanham. “Pelo menos eu não sou como...”. Mas como contribuir com a discussão e o rompimento de desigualdades sociais que se interseccionam no Brasil se eu sou ‘só’ gay? Aí eu me dei conta de outra coisa, que também me libertou. A única contribuição que posso dar é falar de mim, é dar a minha visão sobre o assunto, e falar onde eu sou ouvido, onde meu lugar de privilégio me carrega (porque algumas vezes eu não preciso nem caminhar). Eu não posso fazer muito, além de falar junto.

E aí que usar nomes renomados com outros nem tanto na pesquisa me faz sentido. Boa parte do tempo passei me culpando: ‘não vou conseguir ler tudo’, ‘Butler é muito difícil’, ‘eu não sei escrever Foucault sem errar, depois de dois anos’, entre outras. Porque há muita coisa sendo produzida! Para o bem ou para o mal, não creio ser possível, pelo menos não sob o manto da pressão auto imposta no mestrado, ler tudo o que se produz hoje sobre Gênero, Sexualidade e temáticas afins, sem esquecer os ‘clássicos’ e ‘bambambãs’. Em um determinado momento, optei por usar o que eu tinha. Eu conseguia dizer o que eu queria. Eu conseguia ser entendido. ‘Nas férias eu leio o resto’. E o compromisso dessa dissertação, como vinha dizendo em cada trabalho que foi apresentado nesse período, é somar ao arcabouço teórico. Tenho plena segurança em dizer que não respondi tudo. Mas estou aqui, junto.

E sim, escolhas foram feitas. É preciso pensar mais sobre essa temática. É preciso dizer sobre o que eu não disse. Sobre como o gênero aparece em outras políticas, que não foram objeto dessa pesquisa. Em Políticas que citei aqui, mas que não tive como incluir, por inúmeros motivos. Em outras tantas que ainda estão por aí. É preciso pensar isso no posto de Saúde, na Estratégia de Saúde da Família, na Gestão do Trabalho em Saúde, etc. É preciso pensar em como o gênero afeta o acesso e a permanência de quem usa o SUS, mas também de quem trabalha nele. É preciso interseccionalizar mais o tema, com recorte de raça/etnia, trabalho, renda, idade, geopolítica, e muito mais. Coisas que você que está lendo pode também pensar. Eu estou aqui para (fazer) questionar!

No final das contas, o que as Políticas demonstram fazer é basear a Saúde em gêneros binários, *cis* e heterossexuais, para fins reprodutivos, quando se falam de Mulheres e Homens, principalmente. A PNAISM não simplesmente ‘descreve’ a Mulher brasileira. Ela a cria! Com objetivos, com dados, com indicadores, com perfis. O mesmo para a PNAISH e o Homem. E olha que eu apenas fiquei no discurso das políticas. Em nenhum momento acessei a caixa de Pandora que é o financiamento do SUS.

Reforçam-se lugares comuns da Mulher para a maternidade e o cuidado e do Homem para o trabalho e a agressividade. E com quem não cabe em uma dessas caixinhas, faz o que? “Bom, não dá pra deixar de atender né? Faz assim, pensando na equidade, que todos devem ter acesso de acordo com suas particularidades, vamos criar uma política para os ‘outros’. Homem que não é tão Homem, Mulher que gosta de Mulher, aqueles que a gente achava que era ‘A’, mas é ‘O’. Ah! E aí, a gente diferencia, se o ‘usar o pau’ é Travesti, se ‘quiser tirar’ é Mulher trans. Não que seja sempre assim, mas a gente cria esse critério pra atender. E sempre lembra eles sobre IST, que isso é coisa deles²⁹.”

A integralidade do atendimento precisa levar em consideração uma série de aspectos sobre gênero (e sexualidade), para sair dos lugares comuns, dos estereótipos e dos preconceitos. E não adianta ficar só na formação em ‘ciências da saúde’, porque quem vai tratar com desrespeito ou barrar o acesso da pessoa não-hegemônica no ‘postinho’ ou na emergência é a linha de frente, com seu ‘terceirizado’, agentes comunitários de saúde, entre outros. Lembro que um dos

²⁹ Não é uma conversa real, mas poderia ser.

primeiros homens trans com quem conversei, nos idos de 2015 (sim, é recente), estava com dor de dente, mas não iria a um serviço de Saúde para não ter que “passar por tudo aquilo”.

O que apresentei aqui é um pedaço, um ínfimo do que precisamos discutir. E é uma discussão urgente, pois nos próximos anos, assim que acabar o desgoverno e voltarmos a ter uma democracia (que assim seja!), precisaremos retomar, rever e lutar por isso. Pois hoje, o que se encontra nessas Políticas são os elementos para a estruturação, permanência e manutenção de um “Cis-tema Único de Saúde”. É preciso, urgentemente, ‘*trans-formar*’ o SUS para efetivar a universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, Rafael *et al.* A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4599-4604, Dec. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204599&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>.

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar *et al.* Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, Set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300015&lng=en&nrm=iso. Acessado em 28 de janeiro de 2021.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. Máquina de fazer machos: gênero e práticas culturais, desafio para o encontro das diferenças. IN: MACHADO, CJS., SANTIAGO, IMFL., and NUNES, MLS., orgs. **Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2010. 256 p. ISBN 978-85-7879-038-7.

_____. O descarado, a cara-metade, o rosto: Michel Foucault e a análise de discurso do movimento homossexual. **Cadernos Discursivos**, v. 1 n. 1, p. 1 - 20, 2014. (ISSN 2317-1006 - online). Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/595/o/1Durval_Muniz_de_Albuquerque_J%C3%BAnior_Dossi%C3%AA.pdf . Acesso em 20 de janeiro de 2021.

ALMADA, Alisson Bueno Ferreira de; GUERRA, Ana Paula Vieira; MATTOS, Clarisse da Costa Rocha. AS INTERAÇÕES ENTRE MILÍCIA, SOCIEDADE E ESTADO: caso Muzema. **Jornal Eletrônico Faculdades Integradas Vianna Júnior**, v. 11, n. 2, jul-dez. 2019, p. 1-17. Disponível em: <https://www.jornaleletronicofivj.com.br/jefvj/article/download/722/715/1390>. Acesso em 23 de março de 2022.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANTRA. **Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021** / Bruna G. Benevides (Org). – Brasília: Distrito Drag, ANTRA, 2022. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2022/01/dossieantra2022-web.pdf>. Acesso em 27 de fevereiro de 2022.

ARAN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1141-1149, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SBvq6LKBYBTWNR8TLNsFdKkj/abstract/?lang=pt>. Acesso em 27 de fevereiro de 2022.

ARAUJO, Mércio Gabriel de *et al.* Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 682-689, Dec. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400682&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 jan. de 2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140097>.

BAHIA, Ligia. **Aula 9: As relações entre o público e privado**. Curso Saúde e Ciência em Tempo de Pandemia, Projeto Saber comum, UFRJ. 27m42s, 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=418RiUrT7A0>. Acesso em 26 de novembro de 2020.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Lílíana da; (org.). **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-Intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

BATISTA, Karina Barros Calife; SCHRAIBER, Lília Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00140017, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000805011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 de novembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00140017>.

BENTO, Berenice. Politizar o abjeto: entre os femininos e os feminismos. IN: MEDRADO, Benedito; GALINDO, Wedna (orgs.). **Psicologia social e seus movimentos: 30 anos de ABRAPSO**. 1. ed.–Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011P. 357 – 372. Disponível em: https://www.dropbox.com/s/lhfvrrj7lw6a8xf/livro-abrapso-2011_11-outubro.pdf?dl=0. Acesso em 26 de fevereiro de 2022.

_____. Disforia de gênero: geopolítica de uma categoria psiquiátrica. **Revista Direito & Práxis**. Rio de Janeiro, Vol. 07, N. 15, 2016, p. 496-536. Acesso em 26 de fevereiro de 2022. DOI: 10.12957/dep.2016.25170.

_____. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? **Cadernos Pagu** [online]. 2018, n. 53 [Acessado 27 Fevereiro 2022], e185305. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/18094449201800530005>>. Epub 11 Jun 2018. ISSN 1809-4449. <https://doi.org/10.1590/18094449201800530005>.

BEZERRA, Juliana da Fonseca; *et al.* Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, 31(1), 2018. Acesso em 27 de fevereiro de 2022. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6544>

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero** – Feminismo e Subversão da Identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. **Quadros de Guerra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1ª edição. 2015.

BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em 26 de novembro de 2020.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 26 de novembro de 2020.

_____. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 26 de novembro de 2020.

_____. **LEI Nº 9.313, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 16 de novembro de 2020.

_____. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação; 2004a, 32 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. Acesso em 23 de janeiro de 2022.

_____. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids – Brasília: 2007, pp.32. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf. Acesso em

28 de janeiro de 2021.

_____. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids – Brasília: 2007a, pp.37. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_epidemia_aids_hsh.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: 2008, pp. 40. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

_____. **PORTARIA Nº 1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009,** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

_____. **PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em 27 de fevereiro de 2021

_____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp., 2013, pp. 36. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em 30 de novembro de 2020.

_____. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM.** Presidência da República, Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em 19 de fevereiro de 2021.

_____. **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017:** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2017. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 16 de novembro de 2020.

BROILO, Rodrigo; AKERMAN, Jacques. Políticas Públicas de Saúde para a População LGBT no Brasil: Identidades sexuais e novas zonas de exclusão. **Revista Cadernos de Gênero e Diversidade**, UFBA, 2015, volume 1, n.º 1, p. 232 – 250.

Disponível em

<https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/13571/11004>. Acesso em 28 de janeiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.9771/cgd.v1i1.13571>

BROILO, Rodrigo. Revisitando Políticas Públicas brasileiras de saúde para a população LGBT: o modelo identitário e suas novas zonas de exclusão. In: RAMOS, Marcelo Maciel; NICOLI, Pedro Augusto Gravatá; DUARTE, Bárbara Almeida.

Saberes em movimento: perspectivas teóricas, de militância e

representatividade em gênero e sexualidade: anais do II Congresso de

Diversidade Sexual e de Gênero – 1ª edição internacional - BeloHorizonte: Initia Via, 2017, volume 4, p. 224 – 230. Disponível em:

<http://nebula.wsimg.com/c178d93cacc8adb61fef3daa8ad43b?AccessKeyId=25925B62BCD48962BA9E&disposition=0&alloworigin=1>. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

_____. "Ser-Trans" e Políticas Públicas de Saúde para LGBTs: Um olhar fenomenológico-existencial. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 14, n. 13, 2021, p. 327-348. Disponível em:

<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/12098>. Acesso em 27 de fevereiro de 2021. <https://doi.org/10.31560/2595-3206.2021.13.12098>

CARDOSO, Michelle Rodrigo; FERRO, Luís Felipe. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2012, n.º 32 (3), p. 552-563. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282024793003>>. Acesso em 27 de janeiro de 2021.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de jan. de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>.

CASTEL, Robert. A propriedade social. In: CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1995, p.345-414.

CESARO, Bruna Campos De; SANTOS, Helen Barbosa dos; SILVA, Francisco Norberto Moreira da. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**. 2019, v. 42, e119. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>>. Acesso em 11 janeiro 2021. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>.

COIMBRA, C. (1995). Os caminhos de Lapassade e da Análise Institucional. **Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense**, 7(1), 52-80.

COLLING, Leandro. A igualdade não faz o meu gênero – Em defesa das políticas das diferenças para o respeito à diversidade sexual e de gênero no Brasil. **Contemporânea**, v. 3, n. 2 p. 405-427, Jul.–Dez. 2013. Disponível em <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/149/85>. Acesso em 02 de dezembro de 2021.

CORREIA, Adélia Delfina da Motta S., *et al.* (Org.). Modelo assistencial em saúde: os modelos assistenciais no Brasil. In: **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Campo Grande, MS: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. (Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. v. 2, un. 1, mod. 4, p. 124-132).

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v., n. 1, p.171-188, jan.2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 de maio de 2021.

DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira *et al.* Política de atención a la salud del hombre en Brasil y los retos de su implantación: una revisión integrativa. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 32, p. 381-413, oct. 2013. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400024&lng=es&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

FARIA, Mateus Aparecido de. **A luta é coletiva, mas a resistência é individual?** Violências vivenciadas e estratégias de enfrentamento construídas pela comunidade universitária de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e outras identidades. 2018. 184 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34205>. Acesso em 29 de março de 2021.

FARIA, Mateus Aparecido de *et al.* Representação de violência para a comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais universitárias: estudo à luz da Análise do Discurso Crítica. **Cadernos De Linguagem E Sociedade**, 21(2), 240–259, 2020. <https://doi.org/10.26512/les.v21i2.31849>

FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismos em Duelo. **Cadernos Pagu**, 2001/02: (17/18), p. 9-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n17-18/n17a02>. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

FERTONANI, Hosanna Patrig *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2015, v. 20, n. 6, pp. 1869-1878. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. Acessado em 19 de fevereiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

FONTES, Wilma Dias de *et al.* Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300020>.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal. 1990, 9ª edição.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola. 1999, 5ª edição.

_____. **História da Sexualidade I: Vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal. 1999a, 13ª edição.

_____. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Petrópolis: Editora Vozes. 1999b, 20ª edição.

_____. **Em defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005, 1ª edição, 4ª tiragem.

_____. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008, 1ª edição.

_____. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a, 1ª edição.

GASPODINI, Ícaro Bonamigo; JESUS, Jaqueline Gomes de. HETEROCENTRISMO E CISCENTRISMO: CRENÇAS DE SUPERIORIDADE SOBRE ORIENTAÇÃO SEXUAL, SEXO E GÊNERO. **Revista Universo Psi**, Taquara, 2020, 1(2), 33-51. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/343384299_Heterocentrismo_e_ciscentris mo_Crenças_de_superioridade_sobre_orientacao_sexual_sexu_e_genero. Acesso em 29 de março de 2022.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 103-112, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2002.v18suppl0/S103-S112/pt>. Acesso em 16 de novembro de 2020.

HEMMI, Ana Paula Azevedo; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; REZENDE, Mônica de. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 30, n. 03, 2020,

e300321. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>>. Acesso em 11 de janeiro 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>.

JESUS, Jaqueline Gomes de; ALVES, Hailey. Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais. **Revista Cronos**, v. 11, n. 2, 28 nov. 2012. Disponível em: <https://www.periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2150>. Acesso em 27 de fevereiro de 2022

LAURENTINO, Arnaldo Cezar Nogueira. **Políticas públicas de saúde para população LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.– Rio de Janeiro, 2015. 92 f. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12194>. Acesso em 23 de janeiro de 2021.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, Oct. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>.

LIMA, Fátima. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000400003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 27 de fevereiro de 2022.

LIMA, Junior Cesar França (org.). **Dicionário de Empresas, Grupos Econômicos e Financeirização na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2019, 2ª edição.

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. Junho 2008. Vol. 17, nº 2, p. 11-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso>. 28 de janeiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>.

LOPEZ, Silvia Brãna; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 743-752, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300020>.

LOURAU, René. **René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. Organização de Sônia Altoé. São Paulo: Hucitec, 2004, 289 p.

MARTINS, Alberto Mesaque; MALAMUT, Bernardo Salles. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.429-440, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2013.v22n2/429-440/pt>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Valéria Guimarães. Atenção à Saúde (verbetes). In: FIOCRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em 19 de fevereiro de 2021.

MBEMBE, Achille. Necropolítica (ensaio). **Arte & Ensaios**, revista do ppgav/eba/ufrj, n. 32, dezembro 2016, p. 122-151. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/download/8993/7169>. Acesso em 20 de fevereiro de 2021.

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, Apr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 de novembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 39, p. 403-429, Dec. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332012000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 de janeiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332012000200014>.

MELLO, Luiz; MAROJA, Daniela; BRITO, Walderes. Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil: Um Mapeamento Crítico Preliminar. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**. UFSC. 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277347233_ARQUIVO_PPLG BT-FG2010.pdf. Acessado em 27 de janeiro de 2021.

_____. Políticas Públicas para População LGBT no Brasil: apontamentos gerais de uma pesquisa inacabável. In: MELLO, Luiz (org.). **Políticas Públicas para a população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar**. Relatório de pesquisa. Goiânia: UFG, Faculdade de Ciências Sociais, Ser-Tão, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade. p. 21-60, 2010a.. Disponível em: https://portais.ufg.br/up/16/o/Texto_2_-_Geral_-_versao_final.pdf. Acessado em 28 de janeiro de 2021.

MELLO, Luiz *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 9, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

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

_____. Não ao sexo rei: da estética da existência foucaultiana à política queer. In: SOUSA, L.; SABATINE, T; MAGALHÃES, B. (Orgs.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011, p. 47-68. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/foucault_book.pdf>. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

_____. **Teoria queer: um aprendizado pelas diferenças**. Belo Horizonte, Autêntica, 2012.

MISKOLCI, Richard; SIMÕES, Júlio Assis. Apresentação. **Cadernos Pagu**, Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero Pagu-UNICAMP, n. 28 p. 9-19, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de janeiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332007000100002>.

MOURA, Erly Catarina de; LIMA, Aline Maria Peixoto; URDANETA, Margarita. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2597-2606, Oct. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000009>.

MOREIRA, Deborah Souza; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. A (IN) EXISTÊNCIA POSSÍVEL ENTRE A REGULAÇÃO DA MEDICINA E A TUTELA DO DIREITO. In: **Anais do V Seminário Internacional Desfazendo Gênero**, online, 2021. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/79191>. Acesso em 27 de fevereiro de 2022.

MOREIRA, Deborah Souza; BROILO, Rodrigo; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. “I” DE “INCORRETO”: NOTAS SOBRE PESSOAS INTERSEXO EM DOCUMENTOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE NORMATIVAS MÉDICO-JURÍDICAS NO BRASIL. In: **Anais do V Seminário Internacional Desfazendo Gênero**, online, 2021. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/79190>. Acesso em 27 de fevereiro de 2022.

MOREIRA, Deborah Souza; BROILO, Rodrigo. Quando a casa é o armário: Implicações da Pandemia de COVID-19 sobre a população LGBTI. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2022. (No prelo).

MOZER, Isabele Torquato; CORREA, Áurea Christina de Paula. Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 578-585, Dec. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400578&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140082>.

MULLER, Rita Flores; BIRMAN, Joel. Negociando saberes e poderes: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Sociedade Brasileira de Urologia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 703-717, Sept. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000300703&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000011>.

NUH – NÚCLEO DE DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA LGBT. **Projeto transexualidades e saúde pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans no Brasil. Relatório descritivo.** Belo Horizonte, 2015, p. 01-109. Disponível em: <<http://www.nuhufmg.com.br/homens-trans-relatorio2.pdf>>. Acesso em 26 de janeiro de 2021.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Lílíana da. Apresentação. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Lílíana da; (org.). **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-Intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2010.

PAULON, Simone Mainieri. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de fevereiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000300003>.

PELBART, Peter Pál. Por um Corpo vivo: Cartografias biopolíticas. In: LOBOSQUE, Ana Marta (org.) **Caderno Saúde Mental 2.** Seminário Universidade e Reforma Psiquiátrica: Interrogando a distância, Belo Horizonte: ESP-MG, 2009, v. 2, p. 25-38. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental-2.pdf>. Acesso em 24 de fevereiro de 2021.

PEREIRA, Jamile; KLEIN, Carin; MEYER, Dagmar Estermann. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 132-146, June 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de janeiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170836>.

PERES, William Siqueira. Travestis: Corpos Nômades, sexualidades múltiplas e direitos políticos. In: SOUSA, L.; SABATINE, T; MAGALHÃES, B. (Orgs.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011, p. 69-104. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/foucault_book.pdf>. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

PERILO, Marcelo; PEDROSA, Cláudio. Certos sujeitos, determinados desejos: das políticas de saúde para a população LGBT no Brasil. **Anais do Congresso Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**, 23 a 26 de agosto de 2010, p. 1-8. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278270277_ARQUIVO_Perilo ePedrosa,Saude,FG9.pdf>. Acesso em 16 de agosto de 2019.

PERILO, Marcelo; PEDROSA, Cláudio; MELLO, Luiz. 2010. Entre a aids e a integralidade: travestis, transexuais, bissexuais, lésbicas e gays nas políticas públicas de saúde no Brasil. In: MELLO, Luiz (org.). **Políticas Públicas para a população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar**. Relatório de pesquisa. Goiânia: UFG, Faculdade de Ciências Sociais, Ser-Tão, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade. p. 213-256. Disponível em: https://portais.ufg.br/up/16/o/teste_para_impress__o_sa__de.pdf. Acessado em: 28 de janeiro de 2021.

POGREBINSCHI, Thamy. **Conferências Nacionais e Políticas Públicas para grupos minoritários**. Texto para discussão – 1741. IPEA - Rio de Janeiro, junho de 2012, p. 1-48. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1741. Acesso em 30 de novembro de 2020.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Caixa de ferramentas para uma atitude histórico-crítica na pesquisa-intervenção. **Rev. Polis e Psique**, 2015; 5(2): 6 – 31. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/download/53288/34786>. Acesso em 23 de fevereiro de 2021.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; FRANCISCO, Alessandro (2016). Foucault nas lutas estratégicas no campo da saúde. **Revista Ecopolítica**, São Paulo, n. 15, mai-ago, pp. 37-55. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/29471/20570>. Acesso em 16 de novembro de 2020.

ROLNIK, Suely. Toxicômanos de identidade. Subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, Daniel (org.). **Cultura e subjetividade. Saberes Nômades**. Campinas: Papirus, 1997; pp.19-24

_____. Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, Daniel (org.). **Cultura e subjetividade. Saberes Nômades**. 3ª edição. Campinas: Papirus, 2002, p. 25-34. Disponível em:

<https://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/viagensubjetic.pdf>. Acesso em 20 de fevereiro de 2021.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. *Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas*. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, Ano I - Número I - julho de 2009, p. 1 -14. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>. Acesso em 16 de agosto de 2019.

SAMPAIO, Juliana Vieira; GERMANO, Idilva Maria Pires. Políticas públicas e crítica queer: algumas questões sobre identidade LGBT. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 de janeiro de 2021.

SANTOS, Helen Barbosa dos; NARDI, Henrique Caetano. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 931-949, Sept. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300931&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000300014>.

SANTOS, Paloma Araújo Côrtes dos; SOUZA, Antônio Vital Menezes de; SANTOS, Vinicius Silva. O conceito de Implicação em Práticas da Análise Institucional. In: **V Colóquio Internacional “Educação e Contemporaneidade”**. São Cristóvão – SE, 21 a 23 de setembro de 2011, ISSN 1982-365. Disponível em: <http://educonse.com.br/2011/cdroom/eixo%2014/PDF/Microsoft%20Word%20-%20O%20CONCEITO%20DE%20IMPLICaO%20EM%20PRaTICAS.pdf>. Acesso em 14 de fevereiro de 2021.

SCHWARZ, Eduardo. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2581-2583, Oct. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000004>.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, June 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>.

SPARGO, Tamsin. **Foucault e a teoria queer / Seguido de Ágape e Extase: Orientações pós-seculares**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017, 100 p.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, v. 10, n. 22, p. 161-182, 2008. Disponível em https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950. Acesso em 19 de fevereiro de 2021.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador. Vol. 16, nº 39, p. 11-24. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18743/12116>>. Acesso em 30 de novembro de 2020.

TONELI, Maria Juracy Filgueiras; MULLER, Rita Flores. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e suas engrenagens biopolíticas: o uso do conceito de gênero como regime de luzes. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 195-202, Dec. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922015000300195&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de janeiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1477>.

VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2011, n. 21 [4], p. 1451-1467. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n4/a14v21n4.pdf>. Acesso em 30 de novembro de 2020.

ZOCCHÉ, Denise Antunes de Azambuja et al. Percepções de enfermeiros acerca da integralidade da atenção à saúde feminina. **Revista de Enfermagem UFPE** on line, [S.l.], v. 11, n. 11, p. 4758-4766, out. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231219/25235>. Acesso em 16 de novembro de 2020. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231219p4757-4766-2017>.