

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Fernanda Zeloschi

Estilete, papel, dobras e corpos: colagens do binário de gênero em duas políticas de saúde do
Brasil.

JUIZ DE FORA

2025

Fernanda Zeloschi

Estilete, papel, dobras e corpos: colagens do binário de gênero em duas políticas de saúde do Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia. Linha de pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Perucchi

Coorientadora: Profa. Dra. Brune Coelho Brandão

JUIZ DE FORA

2025

Fernanda Zeloschi

Estilete, papel, dobras e corpos: colagens do binário de gênero em duas políticas de saúde do Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia. Linha de pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde.

Aprovado em: 11 de dezembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Juliana Perucchi (Orientadora)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Brune Coelho Brandão (Coorientadora)

Universidade Salgado de Oliveira (Universo)

Profa. Dra. Lara Brum de Calais

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte

Universidade Federal de Juiz de Fora

JUIZ DE FORA

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Zeloschi, Fernanda.

Estilete, papel, dobras e corpos : colagens do binário de gênero em duas políticas de saúde do Brasil / Fernanda Zeloschi. -- 2025. 203 f. : il.

Orientadora: Juliana Perucchi

Coorientadora: Brune Coelho Brandão

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

1. cisheteronorma. 2. saúde pública. 3. políticas públicas. 4. transfeminismo. 5. binário de sexo-gênero. I. Perucchi, Juliana, orient. II. Coelho Brandão, Brune , coorient. III. Título.

AGRADECIMENTOS

No exercício da autoria, perdi o fôlego incontáveis vezes; o que permanecia consistente era o compromisso em finalizar para ritualizar meus agradecimentos – esse movimento cheio de emoção. Agradeço primeiro à escrita e à leitura, hábitos que me fazem. E agradeço às palavras, por terem permanecido aparecendo no meu caminho, produzindo possibilidades de trabalho dentro da Psicologia.

Agradeço às orações das minhas amadas avós, Maria Rita e Teresinha, que me abençoam a seguir. E agradeço às forças que as atendem e abrem meus caminhos. Aos meus pais, por terem construído uma vida melhor juntos, e por escolherem que eu participasse dela, garantindo meu crescimento seguro e cheio de sonhos e amor; ao meu pai, Gino, que, com coragem e perseverança, me ensina sobre a magia da constância e do trabalho bem feito, respeitando e celebrando minhas escolhas tão inéditas; e à minha mãe, Mirce, minha grande companheira e amiga, que, com monumental gentileza, sempre será minha melhor professora, especialmente em matérias de amor. Ao João Pedro, pelo colo desapressado e pela companhia divertida; com você a esperança está sempre acesa. À Angelinha, pela presença, suporte e acalento, principalmente nos meses finais do mestrado.

Meu agradecimento aquecido às queridas professoras que tive em minha graduação, especialmente Margareth Guiga, Adriana Ventura e Daniela Mota, que me ensinaram a fazer Psicologia; e Lara Calais, a quem tenho a honra de especialmente agradecer por compor a banca deste trabalho, me orientando e apostando na dupla produção acadêmica e artística. Ao Conrado Pável, que me orientou a desobedecer às regras cafonas da escrita impessoal. À Tayná Saez, por me ensinar a ser e me dizer escritora. Às minhas amigas, Vi Mancini e Ut Smits, com quem partilho as doçuras e angústias da graduação e pós-graduação. E à Sarah Rocha, que me apoiou a enfrentar essa jornada.

Agradeço à Caroline, pela amizade acolhedora e leitura atenta. Sua presença me leva de volta à infância e de repente todos os medos cabem na palma da mão, porque você está aqui. À Fayane, por ter vindo. Quando o mundo fica pesado, imagino que estamos no carro, e a rádio toca the subway – chappell roan; sua presença-rio é tão poderosa quanto doce.

Agradeço à Kamilla, que acompanha meus passos e me auxilia a ritualizar os ciclos. À Mariana, por me auxiliar a atravessar os silêncios e me ensinar a *bruxar*; e agradeço a todas as bruxas que cruzam meu caminho; vocês sabem quem são.

Ao Centro de Referência LGBTQI+, projeto de extensão que tanto me ensinou. Aos colegas com quem partilhei o tempo do meu voluntariado por lá, principalmente Júpter Garajau

e Mayara Saraiva, de quem sinto saudades e vibro em torcida. À Brune Brandão, por ministrar um minicurso em 2018 que transformaria minha formação, por aceitar o convite a co-orientar este trabalho e pelos encontros efervescentes, escutas atentas e leituras gentis. Ao Marco Duarte, um enorme agradecimento por aceitar o convite para compor a banca de avaliação do meu trabalho, e acreditar que eu daria conta da tarefa.

À LAPSCOM, que renova meus votos na Psicologia politicamente comprometida, obrigada por compreenderem minhas ausências. À galera do estágio em pesquisa: Júlia, Wesley, Júlio, Amanda e Eduarda, cuja vontade de pesquisar e trabalhar me contagiou, agradeço a alegria dos encontros. Às colegas do Núcleo PPS, Thamiris, Yasmin e Letícia, pela partilha dos estudos, pela oficina de análise e troca de ideias que ampliaram meus horizontes. Ao Arthur, pela inspiração e companhia nesses anos de mestrado.

À professora Juliana Perucchi, por acolher essa pesquisa quando ela era não mais que um compilado de inquietações bastante desorganizadas, e topou essa orientação. Obrigada pela autonomia na condução do projeto, pelas leituras críticas que me ajudaram a adensar minhas discussões, e por embarcar nas minhas escolhas, confiante no resultado.

Agradeço à CAPES, pela bolsa concedida, e à UFJF, pelo ensino público de qualidade.

Agradeço, por fim, aos movimentos sociais LGBTQIAPN+. Em especial, às pessoas bissexuais, que ecoam o nosso manifesto. Obrigada por salvarem a minha vida.

“não quero que digas mulher / não quero que digas homem / quero que digas o nome / que escolhi para mim” (Mallmann, 2021, p. 53)

RESUMO

A presente dissertação teve como objetivo analisar os enunciados de "mulher" e "homem" em duas Políticas Nacionais: de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004) e de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH, 2009, atualizada em 2021). A pesquisa buscou descrever a emergência desses enunciados e investigar, pela lente interseccional, seus imbricamentos com a cisheteronorma e a binariedade de sexo-gênero, visando alargar a compreensão da noção de integralidade no SUS. A metodologia empregada foi qualitativa, de caráter descritivo, realizada em campo documental, utilizando a Análise do Discurso de Michel Foucault em diálogo com a Psicologia Social, os Estudos *Queer* e o Transfeminismo. A análise obteve como resultado a noção de que o binômio sexo-gênero opera historicamente, junto à branquitude e à colonialidade, regulando e estabilizando a cisgeneridade e a heterossexualidade, nas dimensões políticas de atenção integral à saúde. A PNAISM, apesar de ser uma conquista de reivindicações feministas, ainda mantém o foco central em normativas materno-infantis e no público branco, cisgênero e heterossexual. A PNAISH, cujo objetivo principal não dialoga com transformações das relações de gênero, mas com uma problemática financeira do Estado, centraliza a masculinidade hegemônica, branca, cisgênera e heterossexual e reafirma o papel de provedor da categoria "homem". A pesquisa concluiu que os enunciados de "mulher" e "homem" se sustentam por lógicas genitalistas e cisnormativas, permanecendo estáveis, ciscoloniais e pactuadas à branquitude, operando na marginalização das identidades e sexualidades plurais. A prática da colagem serviu como metáfora e culminou na produção de uma fanzine como produto informal de circulação dos resultados da pesquisa.

Palavras-chave: cisheteronorma; saúde pública; políticas públicas; transfeminismo; binário de sexo-gênero.

ABSTRACT

The research attempts to describe and analyze how these terms emerge in the National Policies. Through an intersectional lens, this paper discusses how the use of “woman” and “men” is intertwined with cisheteronormativity and sex-gender binary logic, aiming to broaden SUS’s comprehensiveness. The methodology was qualitative, descriptive, and based on documentary research, using Michel Foucault's Discourse Analysis in dialogue with Social Psychology, Queer Studies, and Transfeminism. The analysis showed that the sex-gender binomial operates historically, regulating and stabilizing cisgenerity, heterosexuality, whiteness, and coloniality in the political dimensions of comprehensive health care. Despite being an achievement of feminist demands, the PNAISM still maintains its central focus on maternal and child norms and on the white, cisgender, and heterosexual public. The PNAISH’s main goal is not to address changes in gender relations but rather the Sstate's financial problems. Thus, it is centered on hegemonic, white, cisgender, and heterosexual masculinity and reaffirms the role of the “man” as provider. The research concluded that the terms “woman” and “man” are supported by genitalists according to a cisnormative logic, remaining stable, ciscolonial, and aligned with whiteness, operating only to marginalize plural identities and sexualities. The practice of collage was used as a metaphor and led to the production of a fanzine as an informal product for circulating the research results.

Keywords: cisheteronormativity; public health; public policies; transfeminism; sex-gender binary.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1 – Diagrama do protocolo PRISMA.....	39
Figura 2 – Organização do arquivo.....	63
Figura 3 – Divisão temporal do arquivo, de 2004 a 2016.....	64
Figura 4 – Divisão temporal do arquivo, de 2017 a 2024.....	65
Figura 5 – Categorias de análise.....	67
Figura 6 – Capa e contracapa PNAISM.....	84
Figura 7 – Capa e Contracapa PNAISH.....	84
Figura 8 – Capa e contracapa PNAISM para análise.....	151
Figura 9 – Capa e contracapa da PNAISH para análise.....	159

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD: Análise do Discurso

APS: Atenção Primária à Saúde

ATSH: Área Técnica de Saúde do Homem

ATSM: Área Técnica de Saúde da Mulher

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS: Centros de Atenção Psicossocial

CFM: Conselho Federal de Medicina

DATASUS: Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde

DOU: Diário Oficial da União

DSS: Determinantes Sociais em Saúde

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis (termo utilizado nos documentos analisados; o termo atualizado é Infecções Sexualmente Transmissíveis)

ESF: Estratégia Saúde da Família

HIV/Aids: Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HSH: Homens que fazem Sexo com outros Homens

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros e outras identidades e sexualidades plurais

LGBTQI+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexo e outras identidades e sexualidades plurais

LGBTQIAPN+: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-binários e outras identidades e sexualidades plurais

LILACS Plus: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Coleção da Biblioteca Virtual em Saúde

MS: Ministério da Saúde

MST: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

MTST: Movimento dos Trabalhadores Sem-Teto

OMS: Organização Mundial da Saúde

PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PL: Projeto de Lei

PNAISM: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAISH: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNPM: Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

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

Política de Saúde da Mulher: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Política de Saúde do Homem: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PT: Partido dos Trabalhadores

Psol – SP: Partido Socialismo e Liberdade – São Paulo

SAPS/MS: Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde

SciELO Brasil: Scientific Electronic Library Online Brasil

SUS: Sistema Único de Saúde

Trans: Travestis, transexuais, transgêneres, pessoas transmasculinas e pessoas transfemininas

UBS: Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	13
2. Tesoura, cola e outras ferramentas: binariedade e cisheteronorma.....	21
3. Espalhar os materiais disponíveis na mesa: aspectos da saúde pública brasileira	30
4. Recortando papéis: o binômio mulher-homem na literatura científica	37
4.1 Primeiras observações.....	40
4.2 A lógica binária de sexo-gênero na literatura acadêmica	44
4.3 Sexo? Gênero? De que falam?.....	47
4.4 Das posições de sujeito que emergem	49
4.5. Como fica a questão da integralidade?	55
5. Dobras, rasgos, sobreposições e metodologias	58
5.1 Construção do arquivo	61
5.2 A análise discursiva	67
6. O corpo como a colagem: Análise de duas políticas generificadas de atenção integral à saúde	69
6.1 Para pisar devagarinho nesse campo de papel: análises introdutórias.....	70
6.1.1 Política de Saúde de Mulher, Política de Saúde de Homem: retomar textos políticos para avançar ou para retroceder?.....	71
6.1.2 Miscelâneas de princípios e diretrizes.....	84
6.1.3 Aparas, pontas, quinas: pedaços pontiagudos dos papéis	91
6.2 A gramatura do campo documental: investigações sobre o aporte conceitual das duas políticas.....	100
6.2.1 Mosaicos generificados	101
6.2.2 Para sentir a textura dos papéis: interseccionalidade como ferramenta	114
6.2.3 Tudo junto, na mesma colagem: determinantes sociais em saúde	118
6.2.4 Entre singulares e plurais, integralidade é possível sem interseccionalidade?..	121
6.3 Saúde nos palimpsestos binários: sexo-gênero como binômio repetido, rasurado, reinscrito	140
6.3.1 Diferenciação sexual e suas rasuras.....	142
6.3.2 Os recortes de mulher, a unidade de homem e as sobras dos papéis.....	152
7. Considerações finais ou colagens contra-binárias para ensaiar saúdes plurais.....	162
Referências	166
Anexo 1 – Fanzine diagramado para impressão	194
Anexo 2 – Fanzine em alta qualidade, página por página.....	195

1. Introdução

Nunca leio prólogos. Acho muito chatos. Se o assunto é tão importante, por que relegar ao paratexto? O que a pessoa que escreveu o livro está tentando esconder? (Machado, 2021, p. 9).

Prólogo. Início da obra, primeiras palavras, contexto para o restante do texto. Sem querer desrespeitar as normativas acadêmicas, chego à escrita da introdução desta dissertação pensando em modos de escrever um prólogo, embora eu saiba que é uma estrutura textual diferente da que nomeia este capítulo. Se em obras literárias, Carmen Maria Machado (2021) tem a impressão de que a introdução poderia ajudar quem escreve a esconder algo, percebo o prólogo desta dissertação como a tentativa de esvaziar os bolsos, as mãos e as palavras pomposas. A introdução é uma lacuna contra a ciência positivista e supostamente neutra, um respiro da autenticidade da autoria, a conversa honesta sem rodeios entre quem inicia a prosa e quem, pela leitura, dá seguimento a ela. O assunto é importante – nos demoraremos em extensas páginas nele. Porém, antes da densidade teórico-prática, vamos nos demorar um pouquinho no movimento da pesquisa.

Sem me esconder: sou uma mulher mineira, cisgênera, branca e vim de contextos que reconheço privilegiados financeiramente. No meio da graduação em Psicologia, comecei a trocar mais ideias com minha avó materna, Maria Rita. Ela, já bastante idosa, vinha com episódios que nos remetiam a um quadro demencial e, nas correrias de consultas e exames médicos, sem saber muito bem o que lhe oferecer, passei a escutá-la com mais atenção e tempo. Reclamações afiadas, medos cochichados, fofocas, comentários corriqueiros, histórias preciosas. Comecei a ouvir passagens sobre a mãe dela, minha bisavó, que havia sido uma parteira importante para a comunidade onde viveu. Além disso, ela era algo como uma curandeira, embora não se denominasse assim, receitando tratamentos caseiros aos enfermos, e era também uma fervorosa devota católica, sendo procurada por recém-mortos que lhe solicitavam missas em homenagem. O catolicismo daquele território não se assustava com pessoas que viam e ouviam os mortos. Em outros contextos e outros tempos, ela seria caçada.

As histórias da minha bisavó me acenderam um encantamento. Gosto da definição de Simas e Rufino (2020, p. 4) para o que é esse encanto: “é expressão que vem do latim *incantare*, o canto que enfeitiça, inebria, cria outros sentidos para o mundo”. Se encantar, assim, é se envolver nas tramas de vida de tal modo a se tornar inalcançável pela morte e permanecer desobediente aos manuais da vida liberal. Se encantar é deixar que essa noção de indivíduo-individualista perca o espaço do corpo e é, também, ressoar o brado anticolonial –

encantamento, portanto, contam os autores, aparece como política de vida.

Encantada, terminei minha graduação estudando bruxas e parteiras, intrigada com o silêncio da Psicologia diante dos acontecimentos originários e de resistência do ciclo menstrual, silêncio cúmplice às patologizações coloniais de processos sociais e emocionais relacionados às tensões pré-menstruais, gestações, menstruações e puerpérios. Nesses estudos, esbarrei nos espaços virtuais com um coletivo denominado “sagrado feminino”. Sem nos demorar muito, podemos defini-lo como um encontro de mulheres cisgêneras para ritualizar os ciclos naturais (dos próprios corpos, e da natureza, como as trocas de estações) e homenagear e honrar ancestrais. Sob a premissa biologicista, estes são coletivos formados majoritariamente por mulheres transexcludentes que reivindicam suas identidades a partir das experiências genitalistas e que endossam e reproduzem lógicas transfóbicas contra mulheres trans e travestis, homens trans, pessoas transmasculinas, e pessoas não-binárias. Além disso, são majoritariamente mulheres heterossexuais, que, por muitas vezes, reproduzem as lógicas conservadoras misóginas ao reafirmarem, na ladainha naturalizante do útero, o cuidado dos filhos, da casa e da família como um aspecto da “natureza feminina”.

Durante a graduação também me encantava tímida com os movimentos LGBTQIAPN+. Sigla longa, e que por vezes na escrita do texto encurtarei para LGBTQI+ ou LGBTQ+ sem, com isso, objetivar reduzir as pluralidades ou me referir a um tempo histórico específico, como ensina Sofia Favero (2022). Quando acontecer, será porque não estarei necessariamente me referindo a todas as identidades, ou simplesmente para acelerar nossa conversa. As letras referem-se a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros¹, Queer², Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-binárias e tantas outras identidades/sexualidades possíveis. Um leque colorido e refrescante frente ao tédio morno da cisgeneridade heterossexual compulsória. Se antes o léxico fazia já um sentido que eu não me sentia pronta a dar atenção, foi no curso da formação profissional que me compreendi uma

¹ Neste texto, quando eu estiver me referindo a experiências comuns às pessoas transexuais, travestis, transgêneras, transmasculinas e transfemininas, usarei o léxico Trans.

² O termo em inglês “*queer*” não tem uma tradução única para a língua portuguesa, e se aproxima de palavras como “estranho”, “esquisito” ou “peculiar”. Inicialmente, foi utilizado como ofensa às pessoas LGBTQ+ e um modo de ressaltar negativamente a diferença. Posteriormente, o termo passou a ser utilizado pelas próprias pessoas LGBTQ+, produzindo um giro na repetição da enunciação e passando a simbolizar as transições, transformações e travessias de corpos e identidades como possibilidade. Segundo Pereira (2012), *queer*, nesse sentido, refere-se a um campo amplo e diversos de estudos e teorias, mas também a um ato identitário (não à toa a sigla logo se expande para LGBTQ+), um movimento heterogêneo e um verbo. Movimento heterogêneo porque, embora partilhem de algumas reivindicações importantes e unam-se contra os binarismos e a heterossexualidade compulsória, também partilham discordâncias e divergências. No Brasil, o termo também é utilizado, mas, segundo o autor, novas gramáticas foram e vêm sendo desenvolvidas, expressando a diversidade cultural do nosso território, que também constitui as identidades dissidentes da cisheteronorma.

mulher bissexual.

Durante os últimos anos da infância, dois eventos importantes aconteciam. Eu reconhecia que meu corpo chegava na frente em todos os lugares (Nabuco, 2025)³ porque eu era uma criança que ganhava curvas de uma mulher. E, em segundo lugar, eu imaginava que, assim como eu, as pessoas simplesmente se apaixonavam por outras pessoas. Embora eu tenha crescido nas normativas de gênero, elas não invadiram minha noção romântica-sexual, e eu acreditei, por anos, que bastavam, pelo menos, dois corpos para a paixão acontecer. É assim, mágica e infantil, a memória. Não havia qualquer diferenciação na minha percepção entre as crianças com quem eu brincava e trocava cartinhas. Quando a cisão da realidade me atingiu, passei anos tentando atender às lógicas binárias heteronormativas. O desconforto de ocupar um espaço apertado demais para o nosso corpo – a experiência do armário. Foram anos até entender. E depois de entender, anos até me orgulhar.

Embora a bissexualidade não componha esta pesquisa nos objetivos ou mesmo no problema que levanto, é só através da vivência bissexual que ela se torna possível. Quando cheguei ao mestrado, o plano era pesquisar vivências de pessoas que menstruam, entrelaçando a algumas políticas públicas de Saúde da Mulher, campo que vinha estudando com certa crítica após a graduação. Pessoas que pesquisam logo descobrem a efemeridade dos planos e passam a exercitar o músculo do desapego. A pesquisa se transforma algumas boas vezes antes de ser executada, justamente para que possa acontecer. Pessoas que menstruam, pessoas com útero e/ou vagina, corpos capazes de engravidar, corpos que sangram... Poderia mencionar muitas outras terminologias possíveis para o momento de chegada da pesquisa. No estudo dos direitos não-reprodutivos e, especialmente pela leitura de Maria Antonella Barone (2022) e de Ale Mujica Rodriguez (2019), compreendi que não poderia começar a pesquisa pela escolha do termo que melhor me parecia, à época, dar conta das múltiplas identidades e corporeidades. Acontece que um léxico abrangente não significa uma política pública abrangente, e o uso de um termo que nos pareça melhor não nos leva direto à garantia de direitos.

Por isso, voltei ao meu arquivo. Nele, guardo todos os documentos que acessei desde o dia um de pesquisa, desde textos políticos⁴ importantes e volumosos a capturas de tela de blogs. Já havia definido que, pelo menos em parte, a pesquisa seria realizada em campo documental. E, da mesma forma que vamos a campo empírico, nos encontrar com as pessoas,

³ OUTRA é uma pesquisa cênica feminista, sob direção de Letícia Nabuco e está disponível em temporada online no link: <https://www.youtube.com/watch?v=79pcEiheGiL>.

⁴ Com o termo “textos políticos”, me refiro a textos governamentais, textos que legislam no nosso país. Ou seja, despachos, decretos, portarias, leis, cartilhas, cadernos, diretrizes... E quaisquer documentos que instituem noções legais e garantam direitos.

sentir o cheiro dos lugares e nos envolver nos fluxos da realidade para então entender quais contribuições podemos oferecer através da pesquisa (Zanella, 2013), mergulhei nos documentos. Não encontrei, é evidente, os léxicos que via como possibilidades enunciativas. Nada de corpos *menstruantes*. “Mulher” e “homem” era tudo o que eu lia, especialmente no campo da atenção integral à saúde e nas normativas de planejamento familiar. Inclusive, “mulher” e “homem” eram nomeados segmentos populacionais numa importante portaria do Sistema Único de Saúde (SUS). Não se preocupe, em breve nos debruçaremos nesse assunto documental-metodológico com a devida atenção.

Assim, me vi com o binário de sexo-gênero nas mãos. Inquietações muitas me ocupavam: por que “mulher” e “homem”? Por que não outra categorização? Será que não há uma pluralidade dentro desses documentos? Mas o SUS não é pra todo mundo? O que constitui “mulher”? O que faz “homem”? E o que não os faz? Essas são as primeiras perguntas que anotei em meu diário de campo. Pelo letramento *queer*, me nomeando uma pesquisadora bissexual, reconheci a materialidade, por muitas vezes violenta, das lógicas binárias de organizar o mundo e a experiência humana. A pesquisadora Julia Shaw (2023, p. 119) explica que pessoas trans, pessoas não-binárias e pessoas bissexuais e pansexuais “(...) representam uma fluidez e uma destruição dos binários que deixam as pessoas desconfortáveis”, à medida que dissidem da cisgeneridade, rompendo com noções biologicistas de mulher-homem, e/ou da monossexualidade, rompendo com o binômio heterossexualidade-homossexualidade. Isso não significa, claro, que as experiências desses grupos populacionais são as mesmas – são múltiplas as abjeções e também múltiplas as agências. Estamos no país que mais mata pessoas trans no mundo⁵.

Nesse sentido, esta pesquisa não é um pensar-fazer neutro. A partir das contribuições de Donna Haraway (1995), compreendo que toda pesquisa é um compilado de acontecimentos cuidadosamente tecidos entre análises, teorias, reflexões e perguntas, investidos de experiências que antecedem o campo e transformam-se nele. Nem por isso, como coloca a filósofa feminista, é um ato menos responsável. Pesquisar sob a égide de uma neutralidade é, na verdade, redimir-se de qualquer responsabilidade científica, à medida em que já ultrapassamos a noção antiga de que pesquisas, para terem validade preservada, deveriam acontecer em condições laboratoriais. Pesquisar, em Psicologia, é envolver-se; portanto, assumir a localidade enquanto condição de possibilidade para o fazer científico é comprometer-

⁵ Segundo dossiê de 2025 da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), o Brasil tem os maiores números de transfeminicídios do mundo. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2025/01/dossie-antra-2025.pdf>

se com uma ciência ética e política, criticamente posicionada, bem como transfeminista e antirracista.

Novamente, voltaremos a essas denominações mais tarde neste texto. Porém, cabe um comentário introdutório: fazendo referência, mais uma vez, à pesquisa cênica guiada por Nabuco (2025), te pergunto: quantos anos você tinha quando descobriu que o feminismo não ia dar conta do serviço? Lutar contra a misoginia, sim, é claro. Mas se nos embrenhamos nas disputas de gênero e ignoramos as opressões às quais sofrem pessoas cisdissidentes, volta e meia reafirmaremos o pacto da ciscolonialidade branca (vergueiro, 2015) que também oprime, em outros modos, as mulheres cis, brancas e heterossexuais. Como afirma a pesquisadora Jaqueline Gomes de Jesus (2014), o universalismo do feminismo hegemônico só funcionaria se os privilégios fossem descartados; sabemos que essa ainda é uma utopia pura e simples, longe no horizonte. O transfeminismo, nas palavras da autora (p. 5), é uma

(...) linha de pensamento e de prática feminista que rediscute a subordinação morfológica do gênero (...) ao sexo (...), criticando-a como uma prática social que tem servido como justificativa para a opressão sobre quaisquer pessoas cujos corpos não estão conformes à norma binária homem/pênis e mulher/vagina (...).

Não deixa, entretanto, de atentar-se às interseccionalidades que produzem vivências e opressões bastante específicas, especialmente quando em contextos de colonialidade do poder (María Lugones, 2014) como é o caso da realidade brasileira, com os entrelaces de marcadores como raça, classe, gênero e território. Nesse sentido, antes de iniciarmos as solenidades da pesquisa, quando apresento objetivos e problemas e, devagar, vamos passeando pelos conceitos importantes (como estes que mencionei rapidamente acima), precisamos fazer dois acordos.

Em primeiro lugar, preciso partilhar uma preocupação. Vivemos tempos estranhos, em que mesmo as obviedades devem ser colocadas na mesa, à vista de todo mundo. Empreender uma pesquisa sobre políticas que fazem parte da estruturação do SUS pode confundir-se, quando os olhares estão desatentos, com uma crítica à existência desse Sistema. Quando em contato com pesquisadoras de outros países, torno a reconhecer a magnitude de uma saúde pública no nosso país, mesmo tão extenso territorialmente e diverso culturalmente, empreendida com esforços dos movimentos sociais desde a ditadura militar. Defender o SUS, como ecoa em algumas redes sociais, é “gostoso demais”⁶. No entanto, enquanto profissão que compõe as equipes multidisciplinares dos equipamentos de saúde pelo Brasil, a Psicologia se compromete com a constante transformação da saúde pública, para que ela permaneça alinhada

⁶ Veja mais sobre o slogan que se popularizou durante a pandemia em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2025/08/05/nao-pagar-e-chocante-gringos-lotam-redes-com-videos-apaixonados-pelo-sus.htm>

às demandas das populações e esteja eficiente no combate às desigualdades econômicas, raciais, de sexo-gênero e territoriais, alinhada às lutas democráticas antirracistas, feministas, anticapitalistas e anticapacitistas. Portanto, com esta pesquisa, pretendo reafirmar meu compromisso em defesa do SUS e contribuir na luta por saúde pública de qualidade para todas as pessoas, sem discriminações quaisquer. Nosso primeiro acordo: não sejamos simplistas. Criticar aspectos do Sistema Único de Saúde não significa defender seu encerramento, mas reconhecê-lo como complexo campo de disputas e manutenção de direitos, num país cuja democracia é jovem e o neoliberalismo, impiedoso. Em outras palavras, a defesa de um SUS para todas as populações no território brasileiro requer análises cuidadosas e críticas das estruturas e diretrizes desse Sistema – é, em parte, o que busco empreender com esta pesquisa.

Nosso segundo acordo: não cair nas armadilhas das respostas fáceis. Sobre o exercício do transfeminismo, Sofia Favero (2022) sugere nos afastarmos das lógicas de inclusão. Tarefa difícil a alguns setores da Psicologia, que historicamente se comprometeram a pensar modos de incluir grupos empurrados às margens sociais. Em outras palavras, ao dizer de caminhos/soluções fáceis, me refiro ao movimento de propor inclusões sem dimensionar a complexidade dos campos, das vivências, das subjetividades. Ao invés de incluir, Favero sugere infeccionar. Além disso, o verbo “infeccionar” me convida a cuidar da ânsia em encontrar logo as respostas, sensação comum às pessoas que pesquisam. Pesquisamos para responder às nossas perguntas, mas não só; neste trabalho, busco infeccionar alguns documentos políticos, trazendo-os para a análise, e busco auxiliar a infeccionar as cisheteronormatividades cafonas, binárias, conservadoras – como uma ferida na pele, pequena e latente, a incomodar. Sobre esse movimento de pesquisa mais preocupado em ecoar perguntas do que fechar respostas, Andréa Zanella (2013, p. 49) escreve:

Esses movimentos de olhar, recortar, cotejar, desmontar, remontar, analisar requerem relações estéticas pautadas em uma sensibilidade que possibilite não somente ver, mas fundamente olhar, *ad-mirar*, problematizar a realidade; sensibilidade para não somente estar, mas para viver intensamente e sensivelmente as possibilidades e os imprevistos que caracterizam todo e qualquer encontro com um outro. Sensibilidade, enfim, que mobilize para a procura de algumas respostas às perguntas que são feitas e para a proposição de tantas outras perguntas.

Portanto, vamos à pesquisa. Arquivo digital transforma-se em arquivo físico, de textura sulfite, alguns amontoados de papéis espalhados e empilhados na escrivaninha. Neste momento, anotei em meu diário de campo: a bagunça é similar ao que antecede a confecção de uma colagem. Embora constasse no plano primeiro (aquele que rapidamente iniciou uma dança de pequenas e grandes transformações) a ida a campo empírico, diante dos documentos reconheço a pequena fatia de tempo da qual disponho. A literatura acadêmica me sinalizou uma

lacuna pertinente, visto que as investigações acerca das políticas de saúde brasileiras não se atentaram ao binário “mulher” e “homem”.

Os enunciados acima nomeiam duas extensas políticas nacionais de saúde: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que foi publicada em 2004 e segue, até o momento da escrita dessa dissertação, em vigência sem revisões publicadas; e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que vigora desde 2009 e recebeu uma atualização em 2021. Entre leituras, revisão de literatura e andanças por esses papéis, uma pergunta ecoou e tornou-se guia: o que faz “mulher” e o que faz “homem” no contexto da atenção integral à saúde pública brasileira? A partir dela, algumas outras, menores, permaneceram anotadas no diário de campo, compondo a complexidade do campo adiante: quais são as condições de possibilidade para que estes documentos existam, exerçam poder e sigam em vigência? É mesmo possível pensar a saúde integral para corpos a partir do sexo? Ou seria do gênero? A PNAISM reconhece travestis e mulheres trans? A PNAISH, atualizada em 2021, está atenta às demandas de saúde dos homens trans e das pessoas transmasculinas?

A Política Nacional de Saúde Integral LGBTQ+ (PNSI LGBTQ+) compõe o arquivo digital e impresso e esteve no centro da escrivinha incontáveis vezes. Ao lado das outras duas Políticas, compreendo que minhas indagações são anteriores à PNSI LGBTQ+, que foi publicada em 2011 e vem, desde então, constituindo articulações municipais, estaduais e nacionais para a garantia e alargamento dos direitos em saúde de pessoas cuja identidade/sexualidade é cisheterodissidente. Essa Política discursa sobre o compromisso do SUS com o combate a quaisquer tipos de discriminações no acesso à saúde, o que me devolve ao binário “mulher” e “homem”: seriam a PNAISM e a PNAISH aliadas à luta ou campos de disputa a serem travadas? Além disso, mais uma anotação no diário de campo, frente os três documentos: os léxicos “mulher”, “homem” e “LGBT” aparecem separados, estruturando discursos em saúde distintos – mas o que é a lésbica, por exemplo, senão uma mulher? Pode a separação categorial dos documentos fragmentar as identidades e experiências das pessoas no acesso à saúde? É mesmo um mosaico, uma miscelânea de pequenas partes identitárias e partes corporais que compõem a cena da saúde.

Neste sentido, o presente trabalho objetiva analisar os enunciados de “mulher” e “homem” nas duas políticas públicas nacionais de atenção integral à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a PNAISM e a PNAISH. Objetivo descrever as emergências desses dois enunciados nos documentos e investigar como aparecem e acontecem os imbricamentos à cisheteronorma e à binariedade. Espero contribuir para alargar a compreensão da noção de integralidade no SUS, trabalhando para garantir os direitos à saúde pública e de qualidade para

todas as pessoas, especialmente aquelas historicamente marginalizadas.

Durante todo o processo do trabalho, além do diário de campo, também exercitei a prática da colagem. Além da dimensão afetiva que guardo das colagens, elas vinham aparecendo nos meus relatos de pesquisa como metáforas, imagens que me ajudavam a contar as percepções e compunham muitos dos processos aos quais eu começava a me debruçar. Estudando sobre seu surgimento, descobri que, na década de 1910, a técnica rompeu com a noção tradicional de arte ao deixar de trabalhar com as imagens inteiras e passar a brincar com suas partes, formando mosaicos de recortes, texturas e cores diferentes (Martins, 2007). A saúde como hoje conhecemos, cujas verdades ainda são majoritariamente produzidas pelo discurso biomédico, pode ser entendida como uma grande variedade de colagens. Fragmentos das carnes que, recortadas, passam a ser examinadas e tratadas pelas lógicas coloniais, modernas, do modelo biomédico; mosaicos de conhecimentos aprendidos com diversos povos, tomados pelo poder da medicina eurocentrada, resistindo pelas oralidades; e sobreposições de direitos conquistados e garantidos em tempos distintos.

Essa é uma pesquisa realizada integralmente no campo documental, porque a tarefa se apresentava extensa e o tempo se mostrava uma porta cada vez mais estreita. Entretanto, gostaria de finalizá-la não apenas com a produção da dissertação, mas com um outro produto que pudesse circular, tornando os resultados da pesquisa, debates nos variados grupos e espaços sociais. Um texto extenso tende a permanecer no meio acadêmico, e a pesquisa com políticas públicas tem como um dos objetivos reacender a população para a luta democrática por direitos (Mattos & Baptista, 2015). Depois de alguns meses com o campo documental estendido na escrivaninha, fui organizando-o em pastas antigas, formando mesmo um arquivo material, físico e com cheiro de tinta. Dentro de uma delas, encontrei algumas zines que havia recebido em congressos e eventos pela cidade.

Zine, ou fanzine, é uma produção de publicação independente e geralmente artesanal, não costumando ter muitas páginas e nem muitas tiragens. Pode abordar quaisquer assuntos e ser produzida com técnicas diversas, como desenho, pintura, bordado e colagem, seja digital ou manual (Alves, 2024). Ao longo da pesquisa, estruturei, em paralelo com este texto, uma minizine com oito páginas, cada uma medindo 10 cm x 7 cm, ilustrando com as colagens um resumo do que pude concluir com meu trabalho. As oito imagens principais são fotografias autorais, registradas durante o ano de 2025, e dizem de três eventos que aconteceram na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, de onde escrevo e pesquiso: a *Marsha* Trans, que aconteceu na rua Halfeld, no dia 29 de janeiro; a Parada LGBTQIAPN+, que ocorreu dia 23 de agosto, na principal avenida da cidade; e a primeira Copa Trans de Futsal, que ocorreu nos dias 20 e 21

de setembro, no ginásio municipal. Em anexo, está disponível a fanzine ampliada e a fanzine diagramada para impressão.

O presente trabalho está organizado com dois capítulos teóricos, a seguir: primeiro, discuto conceitos importantes à pesquisa, como a noção de sexo, gênero e da composição de um binômio inseparável sexo-gênero; e, em seguida, apresento conceituações do campo da saúde pública brasileira pertinentes à entrada nos documentos. O quarto capítulo é composto pela revisão de literatura que realizei para compreender as produções científicas acerca do universo do binário de gênero na/em atenção integral à saúde relativo à Política de Saúde da Mulher e à Política de Saúde do Homem. No capítulo cinco, estão elaborados aspectos metodológicos – adianto que esta pesquisa é qualitativa, de caráter descritivo, e aconteceu em campo documental a partir da Análise do Discurso (AD) de orientação de Michel Foucault, em interface com os estudos da Psicologia Social, dos Estudos *Queer* e do Transfeminismo. O sexto capítulo, dividido em três subcapítulos, guarda a análise discursiva da PNAISM (Brasil, 2004) e da PNAISH (Brasil, 2009). Seguem-se as considerações finais, referências e, em anexo, o produto para circulação informal.

2. Tesoura, cola e outras ferramentas: binariedade e cisheteronorma

*meu gênero sou eu
meu gênero é meu
mas se quiseres
te empresto
(Mallmann, 2021, p. 251)*

Para compreender a densidade dos versos acima, será preciso adentrar o campo dos estudos *queer* e, à medida que o fizermos, para além de desestabilizar a categoria gênero, a descolaremos da noção reducionista de sexo e passaremos a reconhecer sua estreita relação com o modo de vida colonial/moderno. A socióloga argentina María Lugones (2020) defende a tese de que a colonialidade produz processos de subjetivação e subjetividade binários, assim como fez anteriormente o peruano Aníbal Quijano (2005), porém enquanto o segundo intelectual compreendia unicamente as diferenças raciais no centro das dinâmicas coloniais-capitalistas, Lugones tensiona gênero, afirmando que não apenas a racialidade seria lida por uma lógica biologicista, hierárquica e eurocentrada, como também os marcadores de gênero.

Aprofundarei o diálogo com ambos os autores mais à frente; por ora, parece pertinente destacar apenas que a argentina (2020) defende uma perspectiva baseada na centralidade das sociedades latino-americanas e na crítica ao eurocentrismo e ao colonialismo epistemológico, ontológico e político que, segundo a autora, caracteriza as sociedades colonizadas. Dito de

outro modo, Lugones (2014) compreende a hierarquia dicotômica entre o humano e o não-humano como a dicotomia central da modernidade colonial. Antes de dialogar com essas reflexões, contudo, cabe definir o que se convencionou chamar de binário, que diz respeito à binariedade⁷, ou seja, à divisão exclusiva de algo em duas partes, que podem se complementar e/ou se opor, mas que essencialmente esgotam as outras possibilidades para além dessas duas partes.

Nas palavras de Lugones (2014, p. 936): “a dicotomia hierárquica como uma marca do humano também tornou-se uma ferramenta normativa para condenar os/as colonizados/as”. Os comportamentos e condutas das pessoas colonizadas e suas subjetividades estão sujeitadas à civilidade, subjugadas como aberrações. Ainda que não houvesse a compreensão do sexo dimórfico, a autora nos lembra que no limiar da modernidade, os animais eram diferenciados como machos ou fêmeas, e a ideia do sexo único colocava o macho na posição de perfeição, enquanto a fêmea seria sua inversão e deformação. Portanto, nas palavras da autora (p. 937): “hermafroditas, sodomitas, viragos e os/as colonizados/as, todos eram entendidos como aberrações da perfeição masculina”. Dessa base comum, desdobra-se o binarismo de gênero e sua própria hierarquização. Tais reflexões serão retomadas posteriormente no aprofundamento do diálogo com a autora.

A partir das reflexões de Berenice Bento (2017), socióloga brasileira e autora de *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*, podemos entender que a ciência leu duas possibilidades de configurações corporais: um corpo com pênis e testículos, par de cromossomos XY e produção de testosterona em relevância (dentre outras características marcantes); e um corpo com útero, vulva, ovários e mamas, par de cromossomos XX e produção de estrogênio e progesterona em relevância (dentre também outras características marcantes). A cultura, através das instituições de poder e da validação de verdade do discurso científico e do discurso médico, nomeou o primeiro corpo como homem e o segundo corpo como mulher; a estrutura binária se configura à medida que só se pode ser um ou outro. A eles, as sociedades produzem padrões comportamentais, sociais e performáticos, aos quais nomeamos como “gênero”.

Para a filósofa estadunidense Judith Butler (2022), gênero é algo que se faz, é uma série de performances, algo que se exerce, e, portanto, não se detém – e que, dentro das relações,

⁷ Estou optando pelo uso do termo “binariedade” porque os sufixos “idade”/“idade” relacionam-se com uma condição, com um estado. O termo “binarismo”, conforme outros textos utilizam, contém o sufixo “ismo”, que, apesar de apresentar-se inicialmente como um termo neutro, tende a dialogar mais com uma determinada ideologia.

pode sofrer processos de padronização e naturalização. A autora compreende e defende a capacidade disruptiva do gênero, uma vez que é através de sua produção que podemos rachar e esfarelar a norma que, por manuseio dele próprio, é instaurada. A chamada “ideologia de gênero” surge em meados da década de 1990 pela ala mais conservadora da Igreja Católica, principalmente pela influência dos papas João Paulo II (cujo pontificado ocorreu entre 1978 e 2005) e Bento XVI, seu sucessor, que veio a renunciar do papado em 2013. De acordo com o pesquisador Rogério Diniz Junqueira (2018), a elaboração do enunciado “ideologia de gênero”, importante na ofensiva antigênero, foi também mobilizada por grupos conservadores antifeministas e antiaborto, bem como homofóbicos e defensores das chamadas “terapias de conversão”, e grupos políticos localizados na ultradireita.

O estudo realizado por Maracci e Prado (2022) conjectura que a organização antigênero tem como pilar fundamental a ameaça à família tradicional, cisgênera, monogâmica e heterossexual, e tais reflexões já foram devidamente problematizadas por Preciado (2022), bem como as posições historicamente designadas a cada um dos sujeitos que constituem um casal: o homem como provedor e a mulher como reprodutora e cuidadora. Segundo os pesquisadores (Maracci & Prado, 2022), a chegada do alerta de uma suposta “ideologia de gênero” é abraçada por brasileiros católicos, mas também por uma boa parte da comunidade evangélica, alcançando o centro do debate político a partir de 2016 pelos pronunciamentos públicos do então parlamentar Jair Bolsonaro. Em 2018, sua eleição à presidência do país ocorreu graças à importante influência de sua mobilização antigênero.

Como bem afirma Junqueira (2018, par. 1), “a ‘ideologia de gênero’ existe, mas não é aquilo que você pensa que é”; na verdade, a naturalização da cisgeneridade e da heterossexualidade em detrimento da patologização de experiências dissidentes, de pessoas trans e não-binárias, bem como das sexualidades não-heterossexuais, em prol da defesa da família e da segurança das crianças é que se configura como ideologia. Essas articulações não defendem qualquer família, assim como não defendem qualquer criança, baseando-se na branquitude e nas crenças europeias, neoliberais e misóginas para sustentar o modelo familiar cisheteronormativo, em que violências são escondidas debaixo do tapete, inclusive violências contra as crianças⁸. Por estes contextos, estudos de gênero se tornam cada vez mais pertinentes na luta contra a ofensiva antigênero, do mesmo modo que se tornam cada vez mais perigosos⁹

⁸ A maioria dos casos de violência contra crianças e adolescentes acontecem em relações familiares. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/maioria-dos-casos-de-violencia-sexual-contras-criancas-e-adolescentes-ocorre-em-casa-notificacao-aumentou-83.ghtml>.

⁹ Donald Trump, em segundo mandato como presidente dos Estados Unidos, foi eleito a partir de campanhas contra pesquisas nas universidades com pautas políticas, sociais, ambientais, de gênero, raça e sexualidade; após

– para que sexualidades e identidades não sigam petrificadas em noções coloniais, racistas e misóginas e para a garantia dos direitos humanos para todas as pessoas; não somente de “cidadãos de bem”¹⁰.

“Gênero”, em certo sentido, faz relação com conjuntos socioculturais que devem ser performados pelas pessoas a partir do nascimento. Para o corpo nomeado como homem, uma série de padrões são atribuídos, como, por exemplo, o uso da cor azul em enxovais e itens infantis, o gosto por futebol e a agressividade em destaque, aos quais chamamos de masculinidade. Para o corpo nomeado como mulher, uma outra série de padrões são atribuídos, como o uso da cor rosa nas roupas e laços no cabelo, o gosto pelo cuidado e a docilidade em destaque, aos quais chamamos de feminilidade. Evidentemente, não objetivo esgotar os elementos que constituem ambas as categorias, ou mesmo discutir neste capítulo o modo como algumas características permanecem coladas a determinados corpos, mas apenas trazer exemplos do que as constituem no território sudestino brasileiro de onde escrevo, de forma que cada território determinará os elementos que irão compor os dois opostos. Gênero é, portanto, um “(...) dispositivo pelo qual a produção e a normalização do masculino e do feminino ocorrem junto às formas intersticiais hormonais, cromossômicas, psíquicas e performativas (...)” (Butler, p. 76, 2022), de modo que alguns aspectos biológicos são elencados para setorizar as populações, não apenas através deles mesmos, mas também das performances a eles coladas.

Apesar da rica produção de conhecimento e inflexão propostas por pessoas que desenvolvem os estudos *queer*, a pesquisadora Jaqueline Gomes de Jesus (2014, p. 8) afirma que

A compreensão das diferenças entre sexo e gênero ainda é demasiadamente teórico-acadêmica, significando isso que não foi apropriadamente absorvida e adaptada pela sociedade nos seus instrumentos legais e burocráticos. Essa lacuna se evidencia em detalhes expressivos, como o da exigência de identificação de sexo em crachás, controles de frequência, contracheques, entre outros documentos oficiais; o gênero, porém, é uma variável inutilizada, senão confundida com o próprio conceito de sexo.

Acontece que os aspectos de diferenciação sexual entre ambos os padrões corporais foram e seguem sendo objetos de estudos não apenas da ciência hegemônica eurocêntrica branca e burguesa, como também de algumas feministas, especialmente aquelas que

eleito, segue discursando contra o que nomeia como “agenda progressista” e ameaçando instituições como Harvard. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/informANDES-governo-trump-intensifica-campanha-contra-universidades-nos-eUA1>

¹⁰ De acordo com José Costa (2021), o termo “cidadão de bem” é uma figura de linguagem que toma força quando colocada como o antônimo de “bandido” e “vagabundo”, nomeações direcionadas às pessoas jovens, negras e pertencentes às classes mais baixas da sociedade. Junto à ofensiva antigênero, o termo é utilizado para fazer referência às pessoas brancas, de classes médias e altas, cisgêneras, heterossexuais, de religiões cristãs e cuja família guarda as tradições europeias.

compuseram a segunda onda do feminismo¹¹ e se dedicaram a estudar os modos pelos quais se poderia transformar as funções sociais atribuídas às categorias de masculino e feminino, desestabilizando características naturalizadas nos corpos nomeados por “homem” e “mulher”. Entretanto, para a professora Julie A. Greenberg (2002), ainda que alguns estudos contemporâneos da medicina e de outras áreas estejam apontando para a diversidade de combinações biológicas que escapam da padronização “homem” e “mulher”, prevalece a leitura binária dos corpos. Para a autora, isto invisibiliza pessoas intersexuais que, pela centralidade da leitura binária de sexo, podem passar por processos cirúrgicos no nascimento ou durante a vida para “definir um sexo” (e, junto dele, recebem a definição de um gênero), ou mesmo passarem anos de suas vidas lidando com condições físicas enquadradas como adoecimentos e que, na verdade, dizem da experiência da intersexualidade; e não estão esgotadas as possibilidades de apagamento e violência às pessoas intersexuais. Além disso, a definição exclusivamente biológica, médica e binária de sexo produz, para todos os corpos, identidades definidas sem passarem pela percepção da pessoa sobre si mesma.

É neste sentido que podemos afirmar que o gênero, ao ser atribuído no nascimento diante das características biológicas inteligíveis de um corpo, é, antes de tudo, um palpite sociocultural. As pessoas que se identificam com ele ao longo da vida identificam-se como cisgêneras – o prefixo “cis”, no latim, significa “deste lado”. Sexo e gênero do mesmo lado. Pode parecer que o palpite é simplesmente uma sugestão. Entretanto, quando tomamos a cisgeneridade como um conceito de análise, como faz a professora e pesquisadora Céu Cavalcanti (2016), a simples aposta do médico perante um bebê aparece dando outros contornos à realidade, muito mais estruturantes do que pareciam. Para a autora, a cisgeneridade oferece uma regulação dos limites entre a normalidade e a patologia, outro binário amplamente debatido no campo da Psicologia. O normal, nesse sentido, é protagonizado pelas vivências cisgêneras, de modo que todas as experiências locadas fora das margens do palpite seriam patológicas, anormais, adoecidas.

O conceito de normalidade não está dado na natureza dos corpos. Georges Canguilhem, em *O Normal e o Patológico* (2009), defende a tese de que as patologias só existem em relação a um conjunto de normas, estando às margens delas, de mesmo modo que os sujeitos só podem

¹¹ A ideia de ondas no feminismo é problematizada na tese da psicóloga e professora Conceição Nogueira (2017). Para ela, “ondas” trazem a ideia de que uma corrente ultrapassaria a outra e, portanto, não coincidiriam. E, pelo contrário, as teorias convivem e disputam, e as ondas apenas simbolizam mais a prevalência de alguns discursos em detrimento de outros. Portanto, sinalizo a predominância de um feminismo branco e burguês situado no que se nomeou a segunda onda do feminismo (situado entre os anos 1960 e os anos 1980), mas ressalto que as ondas coexistem, disputam, dialogam e constituem a complexidade dos debates feministas.

adoecer a partir do momento que funcionam em determinada normativa normalizada. Para o filósofo e médico francês, a ideia de saúde se relaciona mais com a capacidade de instituir normativas e/ou enquadrar-se a elas, não estabelecendo necessariamente relação com a fisiologia da dor. Nesse sentido, a coincidência entre o palpite do nascimento e o modo como o sujeito se identifica ao longo da vida, ou seja, a cisgeneridade, é tomada como natural à medida que parece ter sido dada pela natureza junto às estruturas anatômicas.

Da mesma forma que, portanto, produzimos científica e socialmente um limite entre o que é normal e o que é patológico, o fazemos com o que é uma identidade inteligível e o que é uma identidade ininteligível. Judith Butler, em *Problemas de Gênero* (2019), explica a relação intrínseca entre ambas as possibilidades de identidades, de modo que, para existir uma identidade inteligível, ou seja, a identidade cisgênera, é essencial que exista uma identidade ininteligível, ou como nomeia a autora, abjeta¹². As identidades com o prefixo “trans” (antônimo do prefixo “cis”, que também se origina do latim, significando “do outro lado” ou “além de”), sejam as transgeneridades ou as transexualidades, historicamente foram e ainda são¹³ lidas como ininteligíveis, abjetas e patológicas.

Sofia Favero (2022, p. 46) desenvolveu uma fórmula para ilustrar a relação entre os conjuntos “cis-trans” e “nomal-patológico”: “trans+doença/cis+saúde”. A abjeção aqui não está locada apenas nas experiências trans, mas na rarefação que sofrem as pessoas dissidentes da lógica cis-trans. Pessoas cuja identidade se dá por outras travessias, de não-binariedade e/ou de fluidez de gênero, pessoas que experienciam o “devir *boyceta*” (Zeca Carú de Paula, comunicação pessoal, 21 set. 2024), pessoas *cuir*, agênero, travestis e demais identidades políticas que rompem com o binário que pode atingir mesmo as identidades trans,

¹² “O ‘abjeto’ designa aquilo que foi expelido do corpo, descartado como excremento, tornado literalmente ‘Outro’. Parece uma expulsão de elementos estranhos, mas é precisamente através dessa expulsão que o estranho se estabelece.” (Butler, 2019, p. 230)

¹³ Em abril de 2025 foi publicada a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.427/2025 que atualizou as normas de atendimento para pessoas trans. O documento proibiu a prescrição de bloqueadores hormonais para crianças e adolescentes, exceto em situações de puberdade precoce ou adoecimento endócrinos, o que foi um grande retrocesso no campo dos direitos trans, visto que crianças e adolescentes são sujeitos plurais e diversos e suas experiências devem ser legitimadas e reconhecidas. Além disso, tardou a idade para acesso de procedimentos cirúrgicos, passando dos 18 para os 21 anos, tendo sido dificultado ainda mais o acesso para pessoas com diagnósticos de transtornos mentais, o que dialoga com a lógica manicomial. O aumento da idade para acesso de cirurgias apenas expõe estes sujeitos a maiores períodos de sofrimento. Proteger crianças e adolescentes é defender direitos trans e lutar pela garantia das pluralidades de identidades, inclusive no campo da saúde. A resolução havia sido suspensa em julho de 2025, após pressões dos movimentos sociais e de diversos grupos da sociedade civil, mas em outubro do mesmo ano voltou a vigorar por decisão do então Ministro do Supremo Tribunal Federal Flávio Dino. Veja mais em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/justica/noticia/2025-10/dino-mantem-resolucao-do-cfm-que-limita-tratamento-jovens-trans#:~:text=A%20decis%C3%A3o%20foi%20proferida%20no,em%20menores%20de%202018%20anos.>

especialmente nas legislações e práticas médicas, de forma que, ao sinal da não-identificação com o gênero atribuído ao nascimento, se estabelece um aparato farmacológico-sociocultural para que a transição seja realizada de modo que se torne imperceptível, física e esteticamente, reestabelecendo a normalidade binária, conforme afirma Céu Cavalcanti (2016). A cisnorma não tolera perturbações, de modo que “(...) a transexualidade é (...) um trauma... no registro cisgênero” (Favero, 2022, p. 55).

viviane v. (2015), em sua dissertação de mestrado em Cultura e Sociedade, chama este sistema cuja normativa binária e cisgênera opera de *cistema*, sinalizando que, embora a cisgeneridade seja pouco chamada ao debate, conforme também sinaliza a psicóloga Sofia Favero (2022), ela serve para estruturar os modos de vida ocidentais e modernos, que a naturalizam junto com a binariedade, como se o binário de gênero estivesse, em algum momento, dado pela natureza. Importante lembrar que, embora historicamente tenha se atentado para os padrões corporais aos quais se nomeou “homem” e “mulher”, é muito mais extensa a pluralidade de existências humanas, como já foi sinalizado por Julie A. Greenberg (2002). viviane v. (2015) ainda alerta para a constituição política e sociocultural das identidades, acenando para a responsabilidade de realizar uma análise da cisgeneridade no contexto ocidental que esteja atenta às epistemologias e metodologias colonialistas.

Retomemos as contribuições de Maria Lugones (2020), as quais apenas comentei no início do capítulo. Em seu texto *Colonialidade e gênero*, a autora articula gênero e raça à colonialidade, de modo que qualquer controle sobre ambos os aspectos não ocorre fora do jogo colonial. Segundo Heloisa Buarque de Hollanda (2020, p. 18),

Enquanto o colonialismo denota uma relação política e econômica de dominação colonial de um povo ou nação sobre o outro, a colonialidade se refere a um padrão de poder que não se limita às relações formais de dominação colonial, mas envolve também as formas pelas quais as relações intersubjetivas se articulam a partir de posições de domínio e subalternidade de viés racial.

Para Lugones (2020), raça e gênero são significados a partir de um modo de poder capitalista, eurocêntrico e global, tendo, as suas invenções, proporcionado giros de dominação nos territórios cuja história conta de um processo de colonização, de modo que as dinâmicas trabalhistas, por exemplo, passam a ser racializadas e generificadas, estabelecendo divisões que favorecem homens cisgêneros, brancos e burgueses. Há, portanto, um aspecto hierárquico no binário homem/mulher, bem como no binário racial brancos/não-brancos. Com “não-brancos”, importante pontuar, me refiro às pessoas negras, pardas, indígenas, e asiáticas¹⁴, optando por

¹⁴ Me refiro não apenas às pessoas asiáticas cuja origem ou descendência venha do Leste Asiático, mas também me refiro às pessoas cujas raízes estão no Oriente Médio e sul da Ásia. Portanto, são pessoas asiáticas amarelas,

um termo que coloque em foco a branquitude e seu pacto de apagamento às pessoas que dela dissidem, conforme nomeia Cida Bento (2022). Mas é importante problematizar também que, se onde há poder há resistência, então haverá formas de resistir a tais apagamentos e impor a agência em confronto à abjeção. Em um texto de 2003, Lugones introduz o conceito de “subjetividade ativa” para definir o agenciamento de quem resiste a múltiplas opressões e, nas palavras da autora: “(...) cuja subjetividade múltipla é reduzida pelas compreensões hegemônicas/compreensões coloniais/compreensões racistas-gendradas até o ponto de apagar qualquer agenciamento. É o pertencimento dela a comunidades impuras que dá vida a seu agenciamento” (Lugones, 2014, nota de rodapé número 9).

Paul B. Preciado (2022, p. 17), filósofo e escritor, afirma que “as sexualidades são como as línguas: sistemas complexos de comunicação e reprodução da vida, constructos históricos com genealogias e inscrições bioculturais em comum”. Nesse sentido, a colonização impôs aos povos originários, entre muitas outras violências e apagamentos, uma linguagem sexual única: a heterossexualidade. Do mesmo modo que os corpos passam a ser lidos pela capacidade de produzir óvulos ou espermatozóides, passam a ser “(...) colocados dentro de uma cadeia de produção e reprodução da família fordista” (2022, p. 22), de modo que a divisão do trabalho, no contexto capitalista, eurocêntrico e global, passa a ser feita a partir do binário de gênero e raça e da heterossexualidade compulsória (Adrienne Rich, 1980/2003)¹⁵: homens (cis, brancos) vão ao trabalho e mulheres (cis, brancas) permanecem em casa, reproduzindo e cuidando da prole.

O binário normal/patológico também estabelece relação com o binômio heterossexualidade-homossexualidade, de modo que, historicamente, a sexualidade hetero está para a normalidade do sujeito, enquanto a sexualidade homo está para a patologia. Nesse sentido, sexualidades que contrariem a monossexualidade, como a assexualidade, a bissexualidade e a pansexualidade, sofrem a rarefação e se tornam abjetas à medida que pouco são mencionadas, lidas e estudadas. A abjeção aparece de modos variados na experiência monodissidente: no caso da bissexualidade, por exemplo, emerge na possibilidade da discriminação tanto de grupos heterossexuais como de grupos *queer*, na menor probabilidade

mas também pessoas asiáticas marrons, cuja identidade permanece no não-lugar no contexto brasileiro majoritário. Veja mais em: <https://medium.com/@arielstrauss/invisibilidade-marrom-f4e1415e004b>

¹⁵ O conceito de heterossexualidade compulsória é de Adrienne Rich (1980/2003) e ajuda a reconhecer a heterossexualidade não como uma sexualidade neutra ou mesmo como uma “escolha”, mas como parte do regime político e social imposto, centralmente, às mulheres. Nesse sentido, a heterossexualidade é a normativa vigente que deslegitima outras orientações sexuais, manipulando as possibilidades de desejos, afetos e vida.

de saída do armário, na internalização da bifobia e na maior dificuldade de estabelecer vínculos com pessoas LGBTQ+, como afirma Julia Shaw (2023).

Retomando Maria Lugones (2020), podemos afirmar que a colonialidade é a principal responsável por tornar uma unidade o sexo-gênero, colando o gênero à anatomia e produzindo, mesmo no binário excludente homem-mulher, uma lógica de dominação, em que mulheres cisgêneras teriam seus corpos analisados a partir do padrão de homens cisgêneros e suas funções socioculturais designadas de modo verticalizado, a serviço deles. Para a autora, categorias dominantes de “homem” e “mulher” também são disfuncionais no sentido racial, uma vez que não são capazes de captar as opressões e lógicas exploratórias às quais as mulheres cisgêneras não-brancas enfrentam, por exemplo. E, nas palavras da autora (2014, p. 939): “Diferentemente da colonização, a colonialidade do gênero ainda está conosco; é o que permanece na intersecção de gênero/classe/raça como construtos centrais do sistema de poder capitalista mundial”.

A cisgeneridade é um dispositivo, conforme concluiu o pesquisador José de Almeida Filho (2022). Para Michel Foucault (2009), um dispositivo se refere a um engendramento tecnológico de estratégias de poder. Como ensina Sueli Carneiro (2023), a operacionalização de um dispositivo produz diversos efeitos e, dentre eles, o efeito de uma binariedade dicotômica entre dois polos, sendo um positivo e outro negativo. A socióloga oferece como exemplo a noção binária de normal e patológico, e aqui podemos pensá-la na dicotomia produzida pela medicina entre cisgeneridade e transgeneridade, em que o primeiro se configura como polo positivo, normal, e o segundo, como polo negativo, patológico. Portanto, quando abordarmos dispositivos, estaremos nos referindo à noção foucaultiana, que produz através de discursos e tecnologias de saber/poder, nas palavras de Carneiro (2023, p. 28) um núcleo de “(...) uma nova identidade padronizada, e, fora dele, uma exterioridade oposta, mas essencial para a afirmação daquela identidade nuclear”.

Ao curso do seu trabalho, Almeida Filho (2022) reconheceu a operação do dispositivo da cisgeneridade em instâncias legislativas, fazendo valer corpos cisgêneros para o esporte, enquanto as transgeneridades, transexualidades e demais dissidências da cisnorma enfrentam proibições no âmbito esportivo do Brasil. Assim, a cisgeneridade pode também ser operacionalizada para fazer ver e fazer falar, exercendo funções estratégicas nas relações de poder (Sousa & Carvalho, 2017).

Em mesmo sentido, Preciado (2022, p. 37) afirma que a heterossexualidade é, também, um dispositivo, produzindo “(...) feminilidade e masculinidade que opera[m] por divisão e fragmentação do corpo”, de modo que as práticas em saúde podem facilitar este processo, a

partir da lógica biomédica que fragmenta o corpo em várias partes a serem examinadas e a população em variados setores identitários. Para o pensador, ocorre um processo sociopolítico de bioescritura, à medida em que determinados órgãos passam a ser inscritos numa suposta neutralidade sexual que serve à naturalização da heterossexualidade. Pênis/próstata e vagina/útero, anatomias lidas como sexuais, reforçam uma noção cisgênera, porque são conectados por teorias científicas às identidades naturalizadas de homem e mulher, e uma noção heterossexual, uma vez que estão naturalizados como opostos complementares por saberes médicos e cristão-religiosos.

A cisheteronorma binária, portanto, é um conjunto de tecnologias sociopolíticas coloniais/modernas, que centraliza o casal homem-mulher nas normativas políticas e econômicas das populações ocidentais, utilizando a família como dispositivo de controle, conforme afirma Foucault (2008b). A feminista comunitária Julieta Paredes (2014) propõe um giro nessa representação, destituindo a família de sua importância e centralizando a comunidade nas organizações sociais, conforme muitos saberes originários, e não é a única a sugerir modos decoloniais de rompimento com a binariedade de sexo-gênero. No curso desta pesquisa, manteremos a noção da cisgeneridade como dispositivo no campo das políticas públicas, sendo, para nós, importante categoria de análise. Deixamos para trás as dimensões biologicistas e reducionistas de sexo-gênero, compreendendo, a partir de agora, gênero como performance e sexo como uma produção nosográfica, não como elemento dado pela natureza. Com atenção à ofensiva antigênero, nos demoraremos, no capítulo a seguir, nos modos de funcionamento da saúde pública brasileira, especialmente no que tange a atenção integral, e em quais contextos são estruturadas as normativas em saúde aqui analisadas.

3. Espalhar os materiais disponíveis na mesa: aspectos da saúde pública brasileira

*“um útero é do tamanho de um punho
num útero cabem cadeiras
todos os médicos couberam num útero
o que não é pouco”
(Angélica Freitas, 2017, p. 59)*

No Brasil, a década de 1980 é marcada pelo período de redemocratização do país, tendo ocorrido junto à reforma sanitária – movimento constituído por diversos grupos da sociedade, especialmente trabalhadores e trabalhadoras da saúde e da assistência social, e que reivindicava a saúde como direito de todas as pessoas. Até então, o acesso a esses serviços acontecia por vias privadas, por meio dos vínculos trabalhistas, contratação de convênios, ações assistencialistas pontuais da previdência social e ações de filantropia (Menicucci, 2014). O

movimento sanitaria alcança sua principal reivindicação na publicação da Constituição Federal de 1988, quando, dentre os direitos assegurados à população brasileira, passa a constar também o direito universal à saúde. O lançamento do documento fez um aceno ao que viria à vigência dois anos depois: a chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080, 1990), que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito do território brasileiro, tendo como princípios norteadores a universalidade, a equidade e a integralidade.

O direito universal à saúde foi defendido por diversos documentos e movimentos até a constituição do SUS, como é o caso, por exemplo, da Declaração de Alma-Ata, assinada internacionalmente em 1978, de forma que a construção de uma saúde pública no Brasil, apesar de pioneira, não aconteceu descolada de seu tempo, tendo sido um processo resultante de diversos movimentos e marcos históricos que extrapolam as fronteiras brasileiras. Nesse sentido, o princípio da universalidade visa garantir o acesso às práticas de saúde para todas as pessoas no território brasileiro, independentemente de seus vínculos empregatícios (como ocorria no país anteriormente) e garantindo o acesso democrático ao cuidado de si. Projetar e efetuar o direito universal à saúde tornou e segue tornando essencial a ampliação dos serviços para os diversos territórios do Brasil, visando o desenvolvimento de novos programas e ações (Paim & da Silva, 2010).

A equidade, por outro lado, não aparece nos primeiros documentos federais relacionados ao SUS. O termo mencionado, à época, é “igualdade”, passando a ser substituído no final da década de 1990. Por mais que, em um senso comum, possam ser consideradas sinônimos, as duas palavras relacionam-se com campos diferentes: enquanto igualdade remonta à garantia de acesso igualitário entre os desiguais, o que não necessariamente significa reduzir ou extinguir as desigualdades, equidade relaciona-se com a necessidade de desenvolver ações diferentes para atender desiguais, de modo a produzir mudanças efetivas nos contextos sociais. A adoção da equidade como princípio dialoga com leituras em saúde das coletividades, e não mais apenas das individualidades, reconhecendo que, em um primeiro momento, as ações do SUS podem não ter se atentado às inequidades, especialmente em relação ao direcionamento de verbas (Barros & Sousa, 2016).

O princípio da integralidade, apesar de constituir o SUS desde o seu início, o que vimos não ter ocorrido com a equidade, pode ser considerado o mais desafiador dos três (Paim & da Silva, 2010; Kalichman & Ayres, 2016). O conceito tem sua complexidade, em parte, guardada pelas muitas possibilidades de compreensão do que se considera integral, podendo se referir: à integração das ações em saúde, produzindo uma lógica que atravesse desde as ações de promoção às ações de tratamentos e recuperações de saúde; às ações de continuidade em

saúde, conectando todos os níveis de atenção; à atuação de profissionais do SUS, de forma que os sujeitos sejam compreendidos nos aspectos biológicos, psicológicos e enquanto sujeitos sociais, históricos, territorializados e coletivos; e às ações de diálogo e articulação aos outros setores públicos de modo que a integralidade do sistema dialogue com a complexidade da construção de subjetividade e possa contribuir para a transformação social, especialmente atenta aos determinantes sociais de saúde (Paim & da Silva, 2010).

Nesse sentido, cabe refletir acerca do uso da integralidade na nomeação e constituição de políticas públicas em saúde no âmbito nacional e, para isso, antes compreender de quais modos se dão a construção destes documentos. No momento da escrita desta dissertação, estas políticas estão organizadas e instituídas por meio da Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017, responsável pela “consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde”. Constam no corpo do documento as políticas de saúde divididas em seções, a saber: “seção I: das políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da saúde”; “seção II: das políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde”; “seção III: das políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais”; e “seção IV: das políticas de promoção da equidade em saúde”.

Para Mattos e Baptista (2015, p.19), organizadores da obra *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*, “as políticas governamentais são desenhadas a partir de conflitos e debates entre grupos e sujeitos, expressando interesses em disputa e um dado modo de construção social”. Portanto, o texto de uma política é o retrato do momento histórico de sua constituição, a ser reproduzido, atendido, contorcido, transformado e alterado pelas práticas que se derem a partir dele, afinal, a execução de uma política também é resultante das disputas de poder. Dessa forma, uma pesquisa estritamente documental não pode mapear as alterações dos textos políticos no momento de suas implementações práticas, bem como não é capaz de captar quais são os produtos do contato de sujeitos sociais com os enunciados governamentais. Então, o que pode uma pesquisa documental no campo das políticas públicas em saúde?

A análise de documentos políticos pode, em primeiro plano, devolver um texto ao seu tempo, reconhecendo quais foram os contextos histórico-sociais que o produziram, colocando em foco as condições de possibilidade e as regras que o tornaram possível e mantiveram-no em vigência. Através deste trabalho, é possível identificar quais foram as implicações sociais que culminaram na resposta governamental, compreendendo as disputas na arena política em foco, em detrimento de tantas outras que não estiveram ao centro naquele momento. Nesse sentido, pode também ser um trabalho que almeje as margens dos papéis, identificando grupos sociais que permaneceram excluídos, cujos direitos seguem ameaçados ou sequer foram ainda

legislados. É, portanto, o trabalho de “analisar o poder em ação” (Mattos & Baptista, 2015, p. 24).

Historicamente, a psicologia se articulou ao campo das políticas públicas por meio do oferecimento de conhecimentos produzidos a partir de grupos privilegiados, de maioria branca, masculina, cisgênera e de classes média e alta, estabelecendo os limites da normalidade e do patológico a partir desses parâmetros, que viriam a servir para a produção de legislações e políticas estatais. A tomada do compromisso ético-político da psicologia brasileira passa a se tornar mais latente a partir da década de 1980, junto à redemocratização do país e à chamada crise da psicologia social¹⁶, viabilizando o aumento de psicólogas e psicólogos compromissadas(os) ao trabalho em prol não mais da manutenção das lógicas de opressão, mas de sua liquidação. Passa-se a reconhecer a potencialidade do campo das políticas públicas para “(...) intervir nos mecanismos socio-econômicos que articulam as estruturas de injustiça”, compromisso ao qual o psicólogo espanhol/salvadorenho¹⁷ Martín-Baró (1996, p. 22) chamou atenção. É nesse sentido que podemos pensar, portanto, o trabalho da psicologia junto aos documentos políticos como a possibilidade de impedir que a poeira descansa nos papéis, caindo no esquecimento, e volte ao debate público, para serem colocadas frente a frente com as reivindicações históricas e latentes dos movimentos sociais.

Retomemos a discussão da integralidade como princípio do SUS. Na já mencionada Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017, é possível reparar que alguns documentos aparecem com o nome “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde” e outros são intitulados como “Política Nacional de Saúde Integral”. Embora pareçam sinônimos, especialmente quando realizamos a leitura dos textos completos, as duas formas de nomeação guardam a complexidade da temática da integralidade. O termo “atenção integral à saúde”

¹⁶ A crise da Psicologia Social, que aconteceu em países europeus durante a década de 1960, chegou ao Brasil na década de 1970, durante a ditadura militar. Ela é caracterizada pelas problematizações que parte da classe profissional passa a fazer em relação às teorias produzidas – passaram a reconhecer que aquilo que se estudava e se praticava estava, na verdade, distante da realidade social de atuação. Especialmente nos países latino-americanos, o estranhamento era fomentado pelo uso das ideias europeias em nossas sociedades, de forma que aquilo que se lia parecia distante daquilo que se vivia. A crise da Psicologia Social diz do momento histórico em que profissionais da psicologia social passam a romper com as lógicas europeias do saber e passam a buscar modos de produção das próprias teorias, de modo territorializado e atento às demandas dos próprios povos (Silva, 2019).

¹⁷ Ignacio Martín-Baró foi um psicólogo social e padre jesuíta nascido em 1942 na Espanha, mas dedicou seu trabalho e vida ao povo de El Salvador, país que passou a residir na década de 70 para continuar sua formação. Devido ao seu importante trabalho e engajamento social junto à população do país, foi erradicado salvadorenho. Viveu no território durante a guerra civil (financeiramente influenciada pelos Estados Unidos) e no contexto dela veio a ser brutalmente assassinado em 1989. Antes disso, militou contra a neutralidade no fazer-pensar psicologia, defendendo formações e atuações territorializadas, especialmente na América Latina, que enfrentou diversos processos de colonização (Santos e Passos, 2024).

parece dizer respeito à integralidade das ações, da atenção, no sentido de uma uniformidade nas ações de prevenção, promoção, avaliação, tratamento e recuperação, bem como no sentido de uma uniformidade e indissociabilidade de todos os níveis de atenção em saúde (primário, secundário, terciário e quaternário). Já o termo “saúde integral” parece se relacionar mais com a integralidade do sujeito, daquele que detém ou carece de saúde, no sentido da indissociabilidade dos aspectos biopsicossociais, históricos, comunitários, territoriais e coletivos, bem como no sentido da integralidade de toda a rede pública, extrapolando as políticas de saúde porque compreende-se os diversos determinantes sociais em saúde, como é o caso, por exemplo, do direito à moradia, saneamento básico, segurança alimentar e outros, que além de reconhecermos enquanto condições básicas para a saúde humana, são direitos assegurados por políticas da assistência social, e não direta ou exclusivamente do campo da saúde.

De acordo com Paim e Silva (2010), a primeira vez que a integralidade foi utilizada para intitular uma ação governamental no Brasil foi em 1984, com o lançamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que visava romper com as lógicas exclusivamente materno-infantis¹⁸ que dominavam as ações em saúde até aquele momento. Segundo os autores, a integralidade, naquele contexto, tinha relação com a ampliação do sujeito para seus contextos familiares e identitários, reconhecendo, no cuidado em saúde, aspectos para além da capacidade de gestar, e incluindo também o desenvolvimento da autonomia desses sujeitos. Para Cecília Mesquita (2008), alguns movimentos feministas¹⁹ acendiam a urgência da atenção às pautas dos direitos sexuais e reprodutivos, que vinham ampliadas desde a década de 1960, quando a pílula contraceptiva chega ao país, e ganharam novos contornos de emergência na década de 1970, quando os procedimentos de esterilização foram realizados em larga escala durante a ditadura militar, principalmente na população negra.

¹⁸ As lógicas materno-infantis referem-se às lógicas voltadas à pessoa gestante, ao pré-Natal, ao momento do parto e ao período de amamentação e puerpério, bem como à saúde do feto e posteriormente do bebê no nascimento e nos primeiros meses de vida. No Brasil, desde a década de 1940 se desenvolvem políticas voltadas às mães e suas crianças, de modo que o campo de saúde da mulher foi, até a década de 1980, pensada estritamente como campo de saúde da mãe. Dizemos de lógicas materno-infantis porque são modos de enxergar determinados os corpos, modos estes que, mesmo após o PAISM, podem seguir habitando o campo das políticas públicas e da saúde como um todo (Santos Neto et al., 2008).

¹⁹ Em outros momentos do texto, o termo “movimentos feministas” será utilizado desta forma, no plural. Mais sobre isso será elaborado a frente, mas, em primeiro momento, é relevante pontuar que, de acordo com psicóloga e professora Conceição Nogueira (2017), referir-se a uma ideia de unidade, de movimento feminista, é insuficiente. O desenvolvimento de teorias feministas vem acontecendo ao longo da história de modo concomitante, mas não necessariamente em estreito diálogo. Grupos podem produzir, sobre a mesma palavra, diferentes correntes ideológicas – como é o caso, por exemplo, do feminismo branco liberal, pretensiosamente desatento às relações raciais e aos efeitos do liberalismo na população. Portanto, dizer “movimentos feministas” é também uma forma de fazer um aceno à complexidade de teorias, práticas e relações que os compõem.

É importante pontuar que este evento não foi isolado: segundo Ariana Santos (2021), a história da saúde é estruturada por pilares racistas, tendo os estudos das últimas décadas do século XIX e das primeiras décadas do século XX sido realizados a partir de teorias de degeneração da raça. A saúde enquanto ciência e prática foi historicamente relacionada com ideologias eugenistas contra populações não-brancas, realidade não tão distante da atualidade. Uma pesquisa realizada em 2011 e 2012 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e analisada por Leal et al. (2017), concluiu que as inequidades raciais no que tangem às violências obstétricas eram múltiplas e frequentes. Gestantes não-brancas tinham menor frequência nas consultas de pré-natal, recebiam menores doses de analgesia e ocitocina durante os partos, além de realizarem menos partos cesarianas, quando em comparação com pessoas brancas.

Em 2004, o PAISM é substituído por uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), documento que segue vigente até o ato da escrita deste trabalho. Se na década de 1980 o objetivo era escapar das lógicas materno-infantis, a PNAISM abre o leque da integralidade para abordar diversidades de raça, cultura, orientação sexual, classe, religião e território, perpetuando o discurso do compromisso com o rompimento com as lógicas materno-infantis. A garantia dos direitos reprodutivos também dialoga com a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Conhecida como a Lei do Planejamento Familiar, o documento legisla a chamada “regulação da fecundidade” (art. 2º), elencando proibições (em torno, por exemplo, das práticas de esterilização e aborto) e garante o direito da “mulher, homem ou casal” (art. 2º) às práticas de atenção integral à saúde, especialmente em relação à: concepção e contracepção, pré-natal e parto, e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)²⁰ e cânceres.

O direito do homem à saúde e à integralidade demoraria mais alguns anos para se tornar política pública nacional. Em 2008, é publicado o texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e em 2009 a Portaria nº 1944, de 27 de agosto de 2009 a instituiria no âmbito do SUS. Mais à frente abordaremos o contexto em que ambas as políticas surgem, bem como as forças que as movimentaram e seus desdobramentos.

Por ora, é importante abordar a temática dos direitos sexuais e reprodutivos, porque aparecem como pautas centrais em ambas as políticas, na seara do planejamento familiar. A pesquisadora Moraes (2023) sugere o uso do termo “direitos-sexuais-e-reprodutivos”, como um

²⁰ É relevante pontuar que, ao curso do presente trabalho, utilizei a sigla “DST” para preservar as terminologias utilizadas nos documentos analisados. Desde 2016, o termo mais utilizado é IST, sigla para Infecções Sexualmente Transmissíveis. A substituição ocorreu porque “doença” se refere à presença de sintomas. Entretanto, infecções como HIV podem ser silenciosas, sem sintomas, e ainda assim contagiosas, de forma que IST poderá, portanto, informar as populações acerca da prevenção mesmo quando não aparentarem quadros de adoecimento.

aceno à inseparabilidade dos enunciados e das práticas que acabam condensadas em um só conjunto de ações, que prevalecem muito mais dizeres e direitos reprodutivos do que sexuais, muito mais biologicistas do que sócio-históricas, numa lógica misógina e colonial/moderna que estabelece a família a partir do modelo cisgênero e heterossexual.

Nesse sentido, cabe resgatar o que o filósofo Michel Foucault abordou em sua aula de fevereiro de 1978 (2004), quando arguiu sobre o problema da população no exercício de governar. Na ocasião, Foucault menciona a aparição da família no cenário econômico-político como um segmento interno à população, mas não menos importante, uma vez que

Quando se quiser obter alguma coisa da população quanto ao comportamento sexual, quanto à demografia, ao número de filhos, quanto ao consumo, é pela família que se terá efetivamente de passar. (...) E é de fato a partir de meados do século XVIII que a família aparece nessa instrumentalidade em relação à população: serão as campanhas sobre a mortalidade, as campanhas relativas ao casamento, as vacinações, as inoculações, etc. (Foucault, 2004, p. 139).

No campo da saúde brasileira, os “direitos-sexuais-e-reprodutivos” (Morais, 2023) são constantemente apresentados pelo enunciado do planejamento familiar (como é o caso da lei mencionada parágrafos acima), embora saibamos que o acesso a métodos contraceptivos, por exemplo, não é feito apenas por grupos familiares, mas por sujeitos em exercícios diversos da sexualidade. Da mesma forma, esse acesso não necessariamente relaciona-se com uma ideia de planejar família, porque pode nada ter a ver com o aspecto reprodutivo, como é o caso da prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), que é incentivada pela distribuição gratuita de preservativos internos e externos²¹ no SUS.

Retomando Michel Foucault (2004), podemos acompanhar, ao longo dos séculos, desde o feudalismo ao neoliberalismo, a passagem de um governo do território para um governo das massas. A este modo de governar que se utiliza não mais das fronteiras físicas, mas das instituições, estatísticas, estratégias e dispositivos para controlar sua população, o filósofo nomeou “governamentalidade”. Não mais interessa apenas o poder estatal, mas essencialmente o controle das condutas sociais, cujo interesse nos modos de vida dos indivíduos mira a organização da população para o desenvolvimento político, econômico e social.

Nesse sentido, a governamentalidade verá nos corpos, territórios a serem geridos e controlados; tecnologia que Foucault (2008b) nomeia de biopolítica, esta racionalidade que faz com que alguns vivam, enquanto deixa que outros morram. Não pensamos aqui em modos de

²¹ O uso dos léxicos “preservativo interno” e “preservativo externo” é feito em substituição aos antigos termos “preservativo feminino” e “preservativo masculino” na intenção de eliminar a marcação de gênero.

poder individualizantes, encerrados na anatomia individual, mas em modos de poder das massas: nas taxas de natalidade e mortalidade, na prevenção e tratamento de doenças e infecções transmissíveis, na distribuição gratuita de vacinas. Quando uma política pública passa a vigorar no Brasil, especialmente aquelas da saúde, se faz a gestão da vida – é o exercício da governamentalidade e sua tecnologia de biopolítica. Da mesma forma, o texto político pode estar enunciando quais grupos populacionais terão acesso àqueles direitos, enquanto deixam de fora outros grupos, fazendo a manutenção da vida para alguns e deixando que outros permaneçam às margens, à própria sorte. Exemplo disso é o Decreto nº 10.989, de 8 de março de 2022, que instituiu o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual. Ao curso do texto político, apenas mulheres foram mencionadas. Portanto, pessoas com outras identidades que experienciavam a menstruação seguiriam sem acesso gratuito aos absorventes. No ano seguinte, após a troca de governo, o decreto foi revogado e no momento da presente pesquisa vigora o Decreto nº 11.432, de 8 de março de 2023, que promove a dignidade menstrual sem marcar gênero, garantindo que “todas as pessoas que menstruam” (art. 2º) poderão acessar os cuidados básicos em saúde menstrual, incluindo absorventes distribuídos gratuitamente pelo SUS.

A política não está só: a produção da ciência também é o exercício do poder (aspecto que tratarei com maior atenção no capítulo do método) e também pode ser feita para servir à tecnologia da biopolítica. Resgatemos as reflexões de Ariana Santos (2021) acerca da raça. Até as primeiras décadas do século XX, a ciência produzia conhecimentos a partir da patologização e marginalização de pessoas e povos negros, indígenas e asiáticos, das ideias racistas e eugenistas. Fazer viver a branquitude, deixar morrer os outros corpos. Assim, segue a revisão da literatura, a fim de compreender o que tem sido produzido no campo científico acerca das políticas aqui analisadas, quais saberes estão circulando nesse campo das pesquisas em saúde e a partir de quais lógicas de poder.

4. Recortando papéis: o binômio mulher-homem na literatura científica

*“É este o meu nome
Quando não me chamas”
(Ana Martins Marques, 2021, p. 71)*

Diante do objetivo de analisar os enunciados “mulher” e “homem” nas produções de saúde pública, especificamente nos documentos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Brasil, 2004) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (Brasil, 2009), foi apropriado realizar uma investigação na literatura

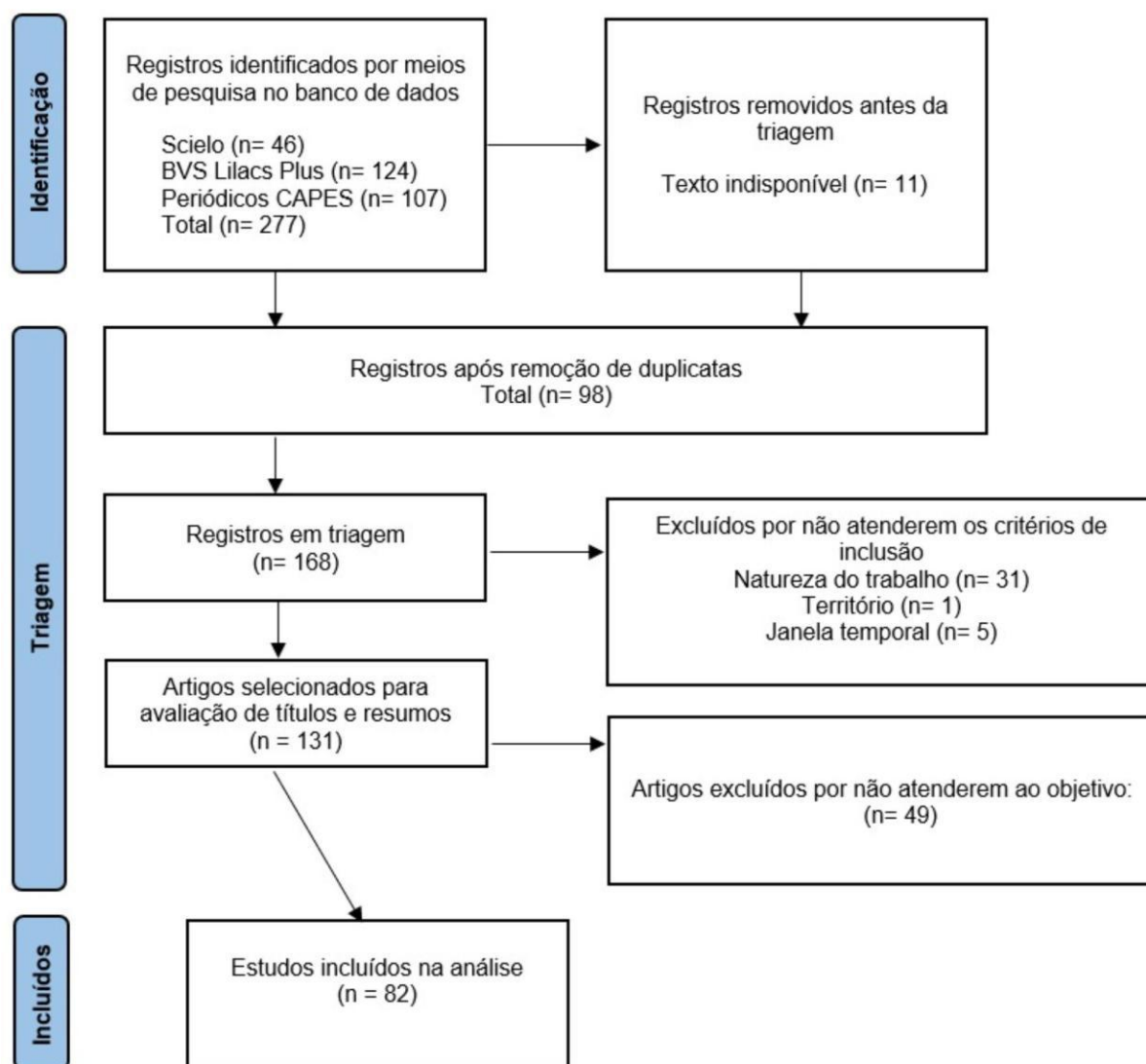
acadêmica para compreender as produções científicas acerca do universo do binário de gênero na/em saúde. Nesse sentido, realizei uma revisão sistemática por meio do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) – metodologia que permitiu identificar e organizar as publicações científicas acerca da PNAISM e da PNAISH ao longo dos seus anos de vigência – e cujo percurso se dá, de acordo com Galvão e Harrad (2015), por identificação, triagem e seleção do material. A revisão objetivou, portanto, compreender como são abordados os enunciados “mulher” e “homem” nos estudos sobre as duas políticas, analisando quais posições de sujeito são produzidas no âmbito da saúde acerca dos dois enunciados e investigando se os estudos atentam-se para o rastro da cisheteronormatividade binária na produção de saúde dos corpos.

As buscas foram realizadas em dois momentos, no intervalo dos meses de novembro de 2024 a janeiro de 2025, fazendo uso de três plataformas: *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo Brasil), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (utilizando exclusivamente a “Coleção LILACS Plus”), e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Em primeira instância, foi realizado um reconhecimento panorâmico das publicações, com os descritores já divididos em dois eixos: “saúde da mulher”, “saúde do homem”, “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” e “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” configurando o primeiro eixo de busca, e “cisheteronorma”, “cisgeneridade”, “cisgênero”, “binaridade”, “binário”, “heterossexualidade” e “LGBT” configurando o segundo eixo. O operador booleano *AND* foi utilizado para combinar os descritores do eixo um com os pertencentes ao eixo dois de modo pré-definido. Este primeiro contato indicou que os dois primeiros descritores (“saúde da mulher” e “saúde do homem”), apesar de selecionarem publicações numerosas e bastante interessantes à análise, não se limitavam às análises dos dois textos políticos (PNAISM e PNAISH) cujo enfoque era a prioridade para alcançar os objetivos. Nesse mesmo sentido, é importante pontuar que a decisão por excluir esses dois descritores não apenas ocorreu pelo/para o afinamento das buscas, como também se justifica pelo pré-determinado tempo para a conclusão desta pesquisa. Portanto, no segundo momento da busca, foram excluídos os descritores “saúde da mulher” e “saúde do homem” e o arquivo de publicações acadêmicas foi confeccionado com as combinações pré-determinadas entre os dois eixos de descritores, resultando no total de 16 buscas, a partir das combinações entre “eixo um” e “eixo dois”, em cada uma das plataformas mencionadas.

O resultado total das buscas realizadas nas três plataformas foi de 277 artigos. A descrição de cada etapa está detalhada na Figura 1, abaixo. Foram elencados como critérios de

inclusão que os textos fossem: apenas artigos em português e referentes ao contexto brasileiro, cuja publicação data de 2004, ano de publicação da PNAISM, a 2024. As ferramentas de cada base de dados foram utilizadas de acordo com estes critérios; na BVS, optou-se pela busca na coleção *Lilacs Plus* (cujo foco é as publicações da área da saúde na América Latina e Caribenha) e pela ferramenta de filtragem de publicações que contivessem os descritores no resumo. Já no primeiro momento, foram excluídos os artigos cujos textos estivessem inacessíveis por erros nas plataformas, que fossem pagos ou que estivessem disponíveis de modo incompleto por qualquer razão. Os títulos e resumos dos artigos pré-selecionados foram lidos e todos aqueles que abordassem unicamente a perspectiva da pessoa usuária foram excluídos, uma vez que não permitiriam acessar o que as/os profissionais e documentos de saúde produzem sobre “mulher” e sobre “homem” a partir da PNAISM e da PNAISH. Por fim, foram selecionados 82 artigos para análise.

Figura 1 – Diagrama do protocolo PRISMA



Fonte: Elaborado pela autora, com base no protocolo PRISMA (2020).

4.1 Primeiras observações

A maioria das publicações selecionadas foram feitas por profissionais de áreas da saúde, sendo 12 da saúde pública, nove da psicologia, seis da medicina, 38 da enfermagem, 14 da saúde coletiva e uma das ciências farmacêuticas. Apenas um artigo é das ciências sociais e um das ciências humanas, áreas que dialogam com o campo da saúde. Quanto à natureza, predominam pesquisas qualitativas, usando-se de documentos, revisões bibliográficas, ensaios e relatos de experiência. Dentre os instrumentos utilizados em campo empírico, o mais comum foi a entrevista semiestruturada, além de observação etnográfica, observação não-participante e também participante, diário de campo e aplicação de questionário. Por fim, as populações

participantes das publicações foram profissionais da saúde pública, sendo alguns, gestores, e outros, profissionais de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Estratégia Saúde da Família (ESF). Apenas uma pesquisa aborda a perspectiva tanto de trabalhadores quanto de usuários (Moura et al., 2014).

É importante descrever também as observações feitas das temáticas publicadas ao longo da extensa janela temporal de vinte anos. A primeira publicação, de Guareschi et al. (2007), aborda a PNAISM e problematiza o aborto enquanto um assunto comumente vinculado ao feminino²². Tal produção é da área da psicologia e, embora date da década de 2000, apresenta a temática ainda em discussão, sem grandes avanços, e tida como um dos objetivos da luta feminista: garantir melhores condições de vida e de aborto às pessoas que não desejam gestar. No ano seguinte, a pesquisa de Lima e Moura (2008) menciona a PNAISM para falar exclusivamente da assistência ao pré-natal de grávidas. É também neste ano publicado o primeiro artigo, de Melo et al. (2008), que menciona a PNAISH, à época em construção no Ministério da Saúde.

Em 2009, são publicadas duas pesquisas (Medeiros & Guareschi, 2009; Souto, 2009) que refletem sobre a perspectiva de gênero²³ na busca pela integralidade na saúde da mulher a partir da PNAISM. Além disso, Carrara et al. (2009) publicam uma análise da construção da PNAISH, recém publicada, contextualizando os tensionamentos de sua formulação. Nos dois anos seguintes, segue o estudo documental da PNAISH (Barboza & Rocha, 2010) e iniciam-se as pesquisas de campo na implementação da política de saúde do homem com as publicações encontradas de dois relatos de experiência (Bonito et al., 2010; Fontes et al., 2011).

Entre os anos de 2012 e 2014, foram encontradas 22 publicações (Knauth et al., 2012; Leal et al., 2012; Gomes et al., 2012; Moura et al., 2012; Silva et al., 2012; Pinheiro & Couto, 2012; Martins & Malamut, 2013; Separavich & Canesqui, 2013; Lopez & Moreira, 2013; Carvalho et al., 2013; Modena et al., 2013; Mozer & Côrrea 2014; Ramalho et al., 2014; Moreira et al., 2014; Araújo et al., 2014; Teixeira et al., 2014; Souza et al., 2014; Moura et al., 2014; Brito et al., 2014a; Brito et al., 2014b; Matoso, 2014) sendo a maioria referente a pesquisas de campo empírico que buscavam, dentre outros objetivos, mapear como se dava a implementação da PNAISH em determinados territórios. Os textos abordam diferenças entre a saúde de homens e a saúde de mulheres, abordando a PNAISH em comparação com a

²² Termo utilizado pelas autoras do artigo.

²³ Em ambos os documentos, a perspectiva de gênero utilizada não faz menção às pessoas trans, intersex e não-binárias, mantendo a cisgeneridade enquanto norma não-dita.

PNAISM, a ideia de masculinidade hegemônica²⁴ e o “privilégio”²⁵ dos direitos à saúde de mulheres e crianças.

Entre 2015 e 2018, não foram encontradas pesquisas que abordassem a PNAISM – ao abordarem a PNAISH, os 18 artigos (Toneli & Müller, 2015; Sousa et al., 2015; Faria et al., 2015; Ribeiro et al., 2015; Carneiro et al., 2016; Macêdo et al., 2016; Silva et al., 2016; Corrêa & Mozer, 2016; Aguiar et al., 2016; Scussel & Machado, 2017; Alves et al., 2017; Santos et al., 2017; Vago Daher et al., 2017; Barreto et al., 2018; Cesaro et al., 2018; Fontoura Junior et al., 2018; Magalhães et al., 2018) mencionavam mulheres a título de comparação com os homens no acesso à saúde. Além disso, este período aparece marcado pelos estudos de campo empírico com equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), identificando persistência do modelo biomédico e outras dificuldades na implementação plena da PNAISH, que vinha acontecendo majoritariamente por ações episódicas. Em 2019, foram encontrados quatro estudos (Vasconcelos et al., 2019; Pereira et al., 2019; Santana et al., 2019; Vieira et al., 2019) e há um deles sobre a PNAISM e sua implementação ainda parcial (Santana et al., 2019) e outro em que o binário de gênero e a “incistência”²⁶ no modelo de saúde aparecem (Vieira et al., 2019), os quais serão debatidos com maior atenção adiante.

Nos últimos cinco anos, 29 artigos foram encontrados (Hemmi et al., 2020; Lima et al., 2020; Oliveira et al., 2020; Lima & Aguiar, 2020; Rocha et al., 2020; Ferreira et al., 2020; Queiroz et al., 2020; Berbel & Chirelli, 2020; Souto & Moreira, 2021; Nobre & Aires de Freitas, 2021; Pereira, et al., 2021; Sousa et al., 2021; Lima et al., 2021; Alves et al., 2022; Souza et al., 2022; Rodrigues et al., 2022; Lima et al., 2022; Rosa & Cabral, 2023; Teles, 2023; Rodrigues et al., 2023; Barbosa et al., 2023; Silva et al., 2024; Lemos et al., 2024; Silva et al., 2024; Lopes et al., 2024; Barbosa de Sousa et al., 2024; Freitas et al., 2024; Godoi & Facio Junior, 2024; Menezes et al., 2024), sendo a maioria de campo documental ou revisão bibliográfica e apenas três abordando a PNAISM – arguindo sobre a visão reducionista do documento acerca da saúde de mulheres. Análises críticas foram realizadas em torno da perspectiva genitalista²⁷ da saúde com perspectiva de gênero e, novamente, foi notificada a

²⁴ Conceito que adiante será elaborado de acordo com o aprofundamento da revisão.

²⁵ Termo utilizado pelos autores do texto (Teixeira et al., 2014)

²⁶ Insistência no sigiloso e exclusivo foco na cisgeneridade, na cisonormatividade velada.

²⁷ “Genitalista” ou “genitalismo” refere-se às definições biomédicas que partem da genitália para nomear um corpo, definir práticas de saúde para ele e produzir uma série de discursos sobre ele que passam a normatizar o que dele é esperado socialmente. A partir das contribuições de Rodriguez e Anzini (2020), um corpo com mamas, útero e vagina, por exemplo, é chamado “mulher” ao nascimento e passa a ter que corresponder a uma série de expectativas nele depositadas: modos de se portar socialmente, com quem se relacionar e ter filhos, por exemplo. Para o modelo biomédico, a saúde deste corpo parte da saúde do útero e da vagina, sendo a ginecologia a especialidade que, portanto, mais ficará responsável por vigiá-lo.

dificuldade de implementar a PNAISH. É importante lembrar que em 2021, através da Portaria GM/MS Nº 3.562 (Brasil, 2021) a PNAISH sofreu uma importante alteração no corpo de seu texto. No entanto, não foram encontradas pesquisas que mencionassem aspectos desta mudança que ocorreu durante a pandemia de COVID-19 e o governo do então presidente Jair Bolsonaro, cujo período de gestão foi marcado por retrocessos no campo da saúde (Mendes et al., 2023), deixando de lado a perspectiva de gênero, mesmo aquela ainda cisnormativa e binária que dissesse respeito aos direitos das mulheres cis, como analisam as autoras Kyrrillos e Simioni (2022).

Desde o início dos registros das buscas, já era evidente o grande número de pesquisas cujo foco principal era a PNAISH em detrimento de estudos que se debruçassem sobre a PNAISM. Nem por isso, entretanto, foram tão discrepantes as produções sobre os enunciados “mulher” e “homem”, uma vez que o primeiro foi, frequentemente, utilizado para fins de comparação em relação ao segundo. Esta é uma percepção que corresponde à sugestão de Toneli e Muller (2015) de que pensar a saúde de mulheres dá condição de possibilidade para pensar a saúde de homens.

Antes de iniciarmos o aprofundamento da revisão, cabe mencionar algumas primeiras impressões que ocorreram ainda na etapa dos registros, que consistiu no armazenamento de todos os resultados e, concomitante, o preenchimento de uma tabela. Muitos dos estudos encontrados a partir do descritor “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, que foram excluídos por não abordarem a política em foco, apenas mencionarem-na, relacionavam “mulher” centralmente às vivências da maternidade, à saúde de crianças e às temáticas de cuidado, o que dialoga com as constatações de Machado e Penna (2022); ainda que as temáticas das diversidades venham ocupando mais espaços políticos, as autoras afirmam que o enunciado “mulher” segue, com frequência, relacionado em primeira instância à “mãe” e “cuidado”. Estas ainda são, muitas vezes, as posições reservadas às mulheres nas práticas e espaços de saúde. Nesse mesmo sentido, a paternidade também apareceu entre os artigos excluídos, porém junto a ela, os termos “câncer de próstata”, “acidentes automobilísticos” e “atividade física” vinham em destaque em diversos estudos. Além deles, o termo “autocuidado” – enquanto uma prática de saúde – apareceu apenas relacionado aos homens.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) (Brasil, 2011) e a saúde de pessoas LGBTQIA+²⁸ foram enunciados

²⁸ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, transgêneros e travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais. O símbolo “+” diz respeito às múltiplas identidades de gênero e orientações sexuais, para além destas representadas pelas abreviações.

que emergiram em buscas acerca da PNAISM ou relacionadas às temáticas de “saúde da mulher”, mas apenas um artigo que aborda vivências *queer* foi encontrado nas buscas com descritores relacionados ao enunciado “homem”. O autor do mesmo (Matoso, 2014) reflete sobre a ausência de diversidade no documento da PNAISH, que menciona homens gays apenas uma vez, em uma breve linha. Entretanto, é contraditório: ao mesmo tempo que conclui que a masculinidade hegemônica carrega consigo homofobia, se refere à saúde das travestis fazendo uso incorreto do pronome.

Por fim, cabe sinalizar que, tanto na parcela de incluídos quanto de excluídos, não houve artigos que abordassem centralmente questões de raça e/ou classe. Essa observação se faz importante não apenas porque será debatida adiante no tópico que dispõe sobre as posições de sujeito, como também e principalmente porque os dois marcadores sociais são determinantes em saúde reconhecidos pela PNAISM e pela PNAISH. Além disso, a partir do estudo de *Dispositivo de Racialidade*, de Sueli Carneiro (2023), compreendo que o racismo é um campo de poder produtivo que historicamente estrutura, dentre outras tantas áreas, o saber biomédico – cujo rastro é marcante e ativo em nosso modo de fazer/pensar saúde pública. Nesse sentido, a ausência de monitoramentos centrado raça e classe é relevante para entendermos de quais maneiras a produção científica segue se aliançando à lógica colonial e de dominação na produção de saúde. Cabe problematizar as intrínsecas relações entre o sistema de gênero moderno/colonial com a colonialidade do poder, racializando as populações enquanto condição necessária de existência (Lugones, 2020). Assim, o corpo simbolicamente, a partir da matriz colonial eurocêntrica, se racializa e generifica em função das engrenagens coloniais que atravessam a construção das sociedades modernas – e suas políticas públicas.

4.2 A lógica binária de sexo-gênero na literatura acadêmica

A maioria dos artigos incluídos para a análise partem do lugar comum em relação às noções de sexo e gênero: referem-se a machos e a fêmeas, diferenciando-os pela capacidade de produzir espermatozoides ou óvulos, e nomeiam homens e mulheres pela perspectiva exclusivamente genitalista. Portanto, a organização de grande parte dos artigos se dá pela ótica binária de gênero. Por sua vez, o binômio masculino-feminino atua como plano de fundo das argumentações que veremos no curso da revisão, produzindo uma saúde constantemente comparativa e reduzindo às duas possibilidades a noção de gênero. Judith Butler (2022, p. 77), importante filósofa das teorias *queer*, argumenta que “(...) o binarismo do masculino e do feminino vem esgotar o campo semântico do gênero”, de forma que, ao produzirem sobre a saúde de mulheres e a saúde de homens sem instalarem problematizações acerca de ambas as

posições de sujeito, estes estudos não abrem espaço para pensar outros modos de saúde, outros corpos e identidades cuja saúde é/deve ser direito. A partir da perspectiva colonial, percebe-se que, conforme Lugones (2020, p. 13) aponta, “o dimorfismo sexual serviu, e serve, à exploração/dominação capitalista global eurocêntrica”. E como, em alguma medida, as instituições democráticas e construções de políticas públicas reforçam esses ideais colonizatórios e apagam as dimensões interseccionais necessárias para o debate.

A lógica binária de sexo-gênero impreterivelmente traz consigo a cisgeneridade que pende no plano de fundo da noção em saúde produzida pela setorização populacional de homem-mulher. viviane v. (2015, p. 61) define a cisgeneridade como as “(...) identidades de gênero naturalizadas – ao ponto de sequer serem nomeadas”, de modo que, ao abordar a saúde de homens e mulheres, também veremos que a maioria dos artigos não menciona de quem propriamente falam: os discursos abarcam pessoas trans, intersexuais e não-binárias ou apenas as atingem com a violência silenciosa do *cistema*²⁹, produzindo saúde, mais uma vez, sob a translúcida luz da cishnorma?

Na mesma direção, cabe ainda nomear a heterossexualidade pouco mencionada nos 82 artigos analisados, conforme adiante aprofundaremos. Em *O Manifesto Contrassexual*, Paul Preciado (2022, p. 37) afirma que “o sistema heterossexual é um dispositivo social de produção de feminilidade e masculinidade que opera por divisão e fragmentação do corpo (...)”. Assim, o binômio cishnormativo masculino-feminino é também heteronormativo, à medida em que, ao deixar de enunciar as pluralidades romântico-sexuais, um texto parte inexoravelmente da heterossexualidade como normativa.

Nesse sentido, cabe abordar os estudos que produziram reflexões com a cisheteronorma no radar. Pereira et al. (2019) abordam a PNAISH em seu texto de 2009 reconhecendo que uma política pública tem a capacidade de fazer valer determinadas normativas sobre os corpos para exercer controle sobre as populações, o que coaduna com a biopolítica e a ideia de governamentalidade de Michel Foucault (2004). Neste caso, os autores do artigo afirmam que “(...) gênero passou a ser utilizado como ferramenta para avaliar políticas públicas e auxiliar na redução de desigualdades identificadas (...) entre homens e mulheres” (Pereira et al., 2019, p. 134), questionando a própria organização dos comportamentos no binômio homem-mulher que, concluem os autores, não dá conta de todos os determinantes em saúde.

²⁹ O termo é utilizado por viviane v. (2015) para mencionar o sistema sociocultural cishnormativo, que coloca a cisgeneridade no centro da noção de normalidade, enquanto vivências trans e não-binárias são marginalizadas e patologizadas.

A partir de Vieira et al. (2019), autores/as de outro artigo incluído na revisão, pode-se refletir sobre a possibilidade de a cisgenderidade estar sendo apresentada, pelas políticas em saúde de homens e mulheres, como a única possibilidade de vida. Seriam os corpos cis os únicos cujo direito à saúde (pela autoidentificação de “homem” ou “mulher”) é resguardado? As pessoas trans, segundo os autores e as autoras, passaram a acessar o SUS unicamente pelo processo transexualizador. É importante lembrar que, diferente da PNAISH e da PNAISM, o processo transexualizador vigora pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (Brasil, 2013) e é, portanto, um ato administrativo passível de suspensão simplória quando em comparação com as políticas nacionais.

Mesmo que os documentos políticos reconheçam alguma pluralidade de homens e mulheres, mencionando raça e classe, por exemplo, para Pereira et al. (2019), a PNAISH tende a reforçar o viés heteronormativo na saúde, falando mais de algumas masculinidades do que outras – o que, para os autores, também produz sobre as feminilidades. Toneli e Muller (2015) seguem por uma direção similar ao realizarem uma análise do discurso do mesmo texto político. As autoras concluem que, para que fosse possível falar da saúde de homens, foi primeiro preciso falar da saúde das mulheres. O binômio cisheteronormativo homem-mulher apareceu como um importante produtor de lógicas de saúde dos homens: diversos textos reconheceram que o documento da PNAISH foi e é articulado à PNAISM (Carrara et al., 2009; Toneli & Muller, 2015; Mozer & Corrêa, 2014; Separavick & Canesqui, 2013; Lima et al., 2020; Melo et al., 2008). Além disso, ao investigarem a implementação da PNAISH, autores e autoras utilizaram a PNAISM como parâmetro, mencionando o ampliado acesso de mulheres (cisgêneras, embora não mencionem) à APS em detrimento ao acesso de homens (Sousa et al., 2015; Macêdo et al., 2016; Silva et al., 2024; Scussel & Machado, 2017; Adamy et al., 2015; Araújo et al., 2014; Teixeira et al., 2014; Souza et al., 2014; Moura et al., 2014; Ribeiro et al., 2015; Brito et al., 2014a; Pinheiro & Couto, 2012; Lima et al., 2020; Ferreira et al., 2020; Rodrigues et al., 2022; Lima et al., 2022; Lima et al., 2021; Berbel & Chirelli, 2015).

Ao curso da revisão, pude concluir que o enunciado “homem” é constantemente relacionado ao enunciado “mulher”. O contrário, entretanto, não ocorre. Ainda na seara dos paralelos, a saúde “da mulher” aparece como uma obrigatoriedade para a UBS enquanto a saúde “do homem” aparece em episódios, optativa, quando é possível de ser exercida (Ribeiro et al., 2014). Segundo Sousa et al. (2015), os profissionais em saúde acabam por fortalecer a dicotomia homem-mulher, comparando o serviço que oferecem para ambos os públicos. Pesquisas empíricas incluídas na revisão apresentaram essa comparação como um dos resultados das conversas com profissionais.

Dois estudos oportunizam uma reflexão sobre o protagonismo em saúde dentro do binômio homem-mulher. Durante as análises, tive a impressão de que ao enunciado “mulher” mais discursos de saúde eram produzidos. Alguns artigos nomearam essa centralidade como “privilégio” (Teixeira et al., 2014), equiparando mulheres a crianças e idosos na prioridade à saúde. Entretanto, Silva et al., (2024) sugerem que, enquanto a “saúde da mulher” se constitui como uma área, um departamento e/ou um setor, o sujeito “homem” acessa a saúde geral, que é produzida para todos. Enquanto fazia a leitura do estudo de Ribeiro et al. (2014), que também abordava essas setorizações de mulheres, crianças e idosos, me lembrei da escritora Annie Ernaux que, em *A escrita como faca e outros textos* (2023), um compilado de entrevistas concedidas pela autora, é questionada sobre a possibilidade de fazer parte de uma “literatura feminina”. Ela nega. Ernaux defende que não há coisa como tal e que este tipo de pontuação mantém os homens como detentores da “literatura”, uma vez que a eles nunca é designada uma posição como “literatura masculina”. Ao enunciarem que homens acessam a saúde que já existe, a saúde “para todos”, Silva et al. (2024) me convidaram a perguntar: se surgiu a necessidade de setorizarmos a “saúde da mulher”, e ela segue ocupando destaque junto à “saúde da criança” e a “saúde dos idosos”, de quem é a “saúde”?

4.3 Sexo? Gênero? De que falam?

Ao curso da análise dos artigos selecionados, um outro binômio importante começava a tomar forma. Este, em especial, irá comigo ao campo documental. Não é nada inédito ou uma grande descoberta para a ciência; pelo contrário, é um antigo conhecido das pesquisadoras e pesquisadores das teorias *queer* e estudos de gênero. O binômio sexo-gênero. Em sinônimo a ele, podemos nomear o binômio anatomia-subjetividade, e cabe pontuar: com anatomia, me refiro às partes do corpo que sofrem efeitos de poder das tecnologias sociais binárias de gênero de organização e controle populacional, como elucida Preciado (2022); podemos mencionar útero, mamas, ovários, vagina, próstata, pênis. Estas anatomias, de acordo com o autor, são historicamente foco do poder biomédico e a elas são atribuídas significações e naturezas: um corpo com vulva é uma mulher; uma mulher se relaciona com homem, que por sua vez é dotado de um pênis. Assim, construímos e realizamos a manutenção do que chamamos de diferença sexual.

O gênero, por outro lado, é um dispositivo pelo qual lutamos para tomar, mas é majoritária e historicamente tomado e controlado por modos biomédicos, binários, coloniais, racistas e conservadores, que o colam ao sexo, transformando-o em seu correspondente

cultural/comportamental/social do sexo. Um corpo com útero e vulva é identificado como mulher (sexo) que expressa e performa feminilidade (gênero).

Em estreito diálogo com esta binaridade, grande parte dos artigos trataram a perspectiva de gênero, a noção de gênero, como “(...) apenas a matriz do ‘masculino’ e do ‘feminino’” (Butler, 2022, p. 76), ignorando as múltiplas possibilidades de ser e estar no mundo. A ideia de masculinidade hegemônica foi amplamente abordada e rastreada em estudos, e embora não se tenha mencionado uma “feminilidade hegemônica”, também se produziu sobre os aspectos socioculturais ditos “femininos”. A discussão acerca do que se produziu enquanto posições de sujeito será abarcada no próximo subtópico; por agora, me pareceu importante evidenciar que, embora se fale de corpo, também se falou de aspectos sociais, culturais e territoriais, encerrando-os majoritariamente no binômio masculino-feminino, deixando por debaixo dos tapetes o pilar da cisnormatividade que mantém o binário funcionando. E para Souto e Moreira (2021), autores de um dos artigos analisados, a perspectiva de gênero tem sua importância alocada na capacidade de questionar a naturalização biológica de uma suposta diferença entre “homem” e “mulher”.

Embora muito tenha se falado dos aspectos comportamentais e sua relação com a presença e ausência de saúde, também muito se abordou a saúde das genitálias, às quais foi designado o termo “saúde reprodutiva”. O texto de Guareschi et al. (2007) afirma que, àquela época, mesmo com o lançamento da PNAISM e suas perspectivas emancipatórias, as mulheres ainda carregavam sozinhas a responsabilidade pelo planejamento familiar. Rosa e Cabral (2023) constatam que a PNAISM, além de apresentar dados apenas de mulheres férteis (entre 10 e 49 anos) e basear-se na divisão das etapas da vida pela capacidade reprodutiva³⁰, também abordava a mulher enquanto heterossexual, de família e mãe. Para as autoras, o foco da PNAISM continua sendo a saúde reprodutiva, embora busque romper com essa visão reducionista. É importante mencionar que apenas um dos artigos abordou a saúde (física e mental) de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais, apontando que as práticas são ainda heteronormativas e há despreparo da equipe de enfermagem para atendê-las (Barbosa de Sousa et al., 2024).

Com relação à PNAISH, as pesquisas encontradas não dizem diferente: a abordagem é majoritariamente genitalista, tanto nas análises documentais quanto nas análises de implementações (Knauth et al., 2012; Nobre & Aires de Freitas, 2021; Barreto et al., 2018;

³⁰ Segundo as autoras, a PNAISM divide a vida de mulheres pelas etapas baseadas na reprodução: puberdade, idade fértil e climatério, quando as ovulações cessam.

Carrara et al., 2009; Martins & Malamut, 2013; Hemmi et al., 2020; Mozer & Corrêa, 2014; Rodrigues et al., 2023; Araújo et al., 2014; Moura et al., 2014; Silva et al., 2012; Alves et al., 2022; Vago Daher et al., 2017; Aguiar et al., 2015; Carvalho et al., 2013; Modena et al., 2013; Ferreira et al. 2020; Carneiro et al., 2016). É interessante pontuar que grande parte dos textos não usaram o termo “saúde reprodutiva” para se referir ao enunciado “homem”, como ocorreu com o enunciado “mulher” – a preferência foi por “foco na genitália”, “foco no aparelho genital masculino” e “dimensão urológica”. Embora, conforme pontuado por Leal et al. (2012), a centralidade fosse a saúde urológica, Silva et al. (2024) constataram que nas redes de saúde pesquisadas havia ginecologista, mas não urologista, de forma que as ações de saúde reprodutiva, prevenção de IST, gestação não-planejada e cânceres desses sujeitos eram episódicas (Gomes et al., 2012; Silva et al., 2024; Faria, 2015; Vasconcelos et al., 2019; Rodrigues et al., 2023; Lima et al., 2021).

4.4 Das posições de sujeito que emergem

Neste tópico, chego, finalmente, ao centro do objetivo da revisão: entender o que se tem produzido cientificamente sobre os enunciados “homem” e “mulher” em relação às políticas nacionais de atenção integral à saúde. Associados a eles, também apareceram os enunciados “masculino” e “feminino”, como já elucidei. Há três localidades diferentes de produção desses discursos: os próprios documentos políticos, à medida em que são analisados; quem os analisa, que, além de fazerem falar sobre eles, também os interpretaram; e os profissionais e as profissionais de saúde da APS ou de sua gestão entrevistados.

Apesar de a PNAISM aparecer como possibilidade de redução de disparidade (Silva et al., 2024), em análise do documento e de sua implementação, Guareschi et al. (2017) relacionam o enunciado “mulher” com a responsabilidade exclusiva do que ocorre nesses corpos – sendo a única posição de sujeito que produz algum planejamento familiar. Rosa e Cabral (2023) e Medeiros e Guareschi (2009) relacionam “mulher” a um corpo, uma anatomia, capaz de reproduzir, o que encontra a argumentação de Preciado (2022, p. 149), quando o autor afirma que “(...) a ‘reprodução sexual’ aparentemente confinada à natureza e ao corpo das mulheres, está contaminada desde o começo pelas tecnologias culturais (...)”. Por Lima e Moura (2008), o texto é relacionado majoritariamente à posição materna e no mesmo sentido, Teles (2023) e Freitas et al. (2024) abordarão o enunciado para falar sobre a vivência de grávidas. Para Lopes et al. (2024), a política também aparece relacionada ao reconhecimento de diversidades, mas, na graduação de profissionais da enfermagem, ainda se limita ao ensino de aspectos da mortalidade materna, contracepção, cânceres, IST e abortamento. Nas

instituições de ensino pesquisadas, não eram abordadas heterogeneidades com relação ao enunciado “mulher”, de forma que este referia-se, portanto, a um corpo branco com útero e mamas, urbanizado, heterossexual e em vivência em liberdade. Apesar disso, para Teixeira et al. (2024), Souza et al. (2014) e Moura et al. (2014) há uma priorização de produção de saúde da mulher, que segue sendo o centro da saúde pública, especialmente pelo foco no que Alves et al. (2022, p. 438) nomeou como “(...) binômio mãe-bebê”.

Para Vago Daher et al. (2017), ao “feminino” é guardada a naturalização do manuseio da carne, e Lima et al. (2022) sugerem que o corpo com útero-peito é o mais acostumado à exposição à medicina. Estes achados coadunam com o que Elisabeth Vieira explora em *Medicalização do corpo feminino* (2002). Apesar da visão binária de gênero, nomeando o corpo com útero, ovários, vulva e mamas como corpo feminino, a autora afirma que este foi, ao longo da história, interesse central da medicina ocidental e moderna. Além de ter sido reduzido à sua biologia e à uma suposta natureza reprodutiva e do cuidado, foi e segue sendo objeto de estudo importante aos interesses capitalistas enquanto o corpo capaz de reproduzir a mão-de-obra. Como afirma Souza et al. (2022, p. 14), “(...) com as mulheres há acompanhamento desde sempre”.

A partir das problemáticas levantadas por Elisabeth Vieira, podemos entender, junto ao (longo) histórico monitoramento do corpo com útero-peito, que esse acompanhamento não se dá descolado do contexto social, econômico e político. O investimento no acompanhamento dos processos biológicos deste corpo, em detrimento de outros corpos, tem raízes nos interesses político-econômicos de monitorar, compreender e controlar o funcionamento biológico da carne capaz de gestar. Enquanto a construção das masculinidades, em especial a masculinidade hegemônica, é relacionada muito mais à razão e mente, raciocínio e lógica, a construção de feminilidades é estruturada pelo viés biologicista. Segundo Butler (2019, p. 75), “(...) corpo e natureza são considerados como a facticidade muda do feminino, à espera de significação a partir de um sujeito masculino oposto”.

Há um outro enunciado que aparece repetidamente em relação ao enunciado “mulher”: cuidado. Ao reconhecer a repetição dessa temática, me lembro do trecho inicial do poema “*Women holding things*”, de Maira Kalman (2022): “*What do women hold? / The home and the Family, and the children, and the food / The friendships, the work, the work of the world and the work of being human (...)*”³¹. Os corpos que ocupam essa posição de sujeito seguram,

³¹ “O que as mulheres seguram? / A casa e a família, e as crianças, e a comida / As amigas, o trabalho, o trabalho do mundo e o trabalho de ser humano” (tradução nossa).

abraçam, carregam e enlaçam³². Para Silva et al. (2024), o cuidado relaciona-se quase exclusivamente com o enunciado “mulher” e produz, nas sujeitas que ocupam essa posição, sobrecarga e disparidade, além de ocuparem uma posição universal de cuidado (Modena et al., 2013). Pode ser o cuidado dos companheiros (Vago Daher et al., 2017; Rocha et al., 2020), da família (Lima et al., 2020), dos filhos (Rocha et al., 2020) – de todo modo, o cuidado é visto como feminino no espaço de saúde básica (Barbosa et al., 2023). Para Brito et al. (2014a) e Brito et al. (p. 74, 2014b), esse feminino é culturalmente entendido como portador de “(...) docilidade, delicadeza e paciência”, o que faz com que sejam, portanto e nessa lógica social, as sujeitas melhor preparadas ao cuidado.

Apesar da ausência de racialização nos debates dos autores, podemos ler, na ideia de um feminino dócil, sensível e sutil, a aliança à branquitude numa produção de conhecimento racista. Historicamente, as mulheres negras foram majoritariamente representadas e lidas como agressivas, enquanto as mulheres brancas recebiam maior tolerância social, como escreve bell hooks (2019a). Fato este que está intrínseco à saúde pública, espaço em que às mulheres negras gestantes podem ser ofertadas menores quantidades de anestesia local e dosagens de ocitocina (Leal et al., 2017), muitas das vezes a partir de uma visão de que, relacionada à agressividade, à ausência de delicadeza, corpos negros deveriam suportar maiores níveis de dor. Aqui podemos pensar na racialidade, enquanto dispositivo, conforme Sueli Carneiro (2022, p. 61) defende, operando junto ao biopoder com “(...) função subalternizadora dos seres humanos segundo a raça”.

Além disso, nos adjetivos de Brito et al. (2014a), autores do artigo analisado, podemos ler o gênero (no caso, na produção de um tal feminino) segundo sua produção normativa, que opera sobre corpos que se nomeiam femininos, regulando-os para serem dóceis, delicados e pacientes. Nesse sentido, Judith Butler (2022, p. 87) pontua que

Se o gênero é uma norma, isso não significa que funcione como um modelo do qual os indivíduos procurem se aproximar. Em vez disso, é uma forma de poder social que produz o campo inteligível dos sujeitos e um dispositivo pelo qual o binarismo de gênero é instituído.

Retomando a discussão das posições de sujeito emergentes nos artigos analisados, Rodrigues et al. (2022) concluem que as unidades de saúde não apenas poderiam preparar as mulheres para que elas cuidassem dos homens, como são, elas mesmas, feitas por mulheres. Diversos artigos se referem à UBS onde realizaram as pesquisas como espaços “feminilizados” e embora alguns não expliquem o que querem dizer com isso (Vasconcelos et al., 2019; Moreira

³² Possíveis traduções para o verbo “hold”, do inglês.

et al., 2014; Souza et al., 2014; Moura et al., 2014; Rocha et al., 2020; Barbosa et al., 2023), outros dizem que isso se dá, pelo que se contou, por três razões (Sousa et al., 2015; Alves et al., 2017; Santos et al., 2017; Brito et al., 2014b; Modena et al., 2013; Pinheiro & Couto, 2012): 1) a presença constante de usuárias, 2) o cuidado sendo percebido culturalmente como algo do “feminino” e 3) a presença majoritária de mulheres profissionais da saúde e campanhas e ações continuadas direcionadas a este “feminino”.

Por outro lado, o enunciado “homem” foi amplamente associado à noção de masculinidade hegemônica (Pereira et al., 2019; Nascimento et al., 2014; Rodrigues et al., 2023; Magalhães et al., 2018; Alves et al., 2017; Santos et al., 2017; Côrrea & Mozer, 2016; Ribeiro et al., 2014; Modena et al., 2013; Souza et al., 2022; Matoso, 2014). A partir de Connell e Messerschmidt (2013), podemos nos referir, ao usar este conceito, a um padrão de ações realizadas por homens cisgêneros, majoritariamente brancos e heterossexuais que faz perseverar a dominação em relação às mulheres. Como afirma Sofia Favero em seu *Psicologia Suja* (2022, p. 38), gênero, aqui referenciado pelo padrão hegemônico de um certo modo de masculinidade, não é algo que se tem, mas “(...) algo que nos torna quem somos, ou seja, gênero e sexualidade como modos de subjetivação”. Nesse sentido, faz agir uma série de normativas a partir das quais os sujeitos podem ser lidos como masculinos, o que também diz respeito à relação que se estabelece com a saúde.

Alguns artigos abordam aspectos socioculturais determinantes em saúde que podemos elencar como composições dessa masculinidade hegemônica (Nascimento et al., 2014; Moreira et al., 2014; Teixeira et al., 2014; Lopez & Moreira, 2013; Magalhães et al., 2018; Alves et al., 2017; Santos et al., 2017; Côrrea & Mozer, 2016; Modena et al., 2013; Souza et al., 2022; Lima et al., 2022; Queiroz et al., 2020), mas é importante alertar para a tendência à generalização que uma boa parte dos artigos estudados carregam. Quando se referem aos homens, alguns reconhecem as pluralidades da categoria (Cesaro et al., 2018) e outros parecem referir-se menos às diversidades. Neste segundo caso, Separavick e Canesqui (2013), Rodrigues et al. (2023) e Aguiar et al. (2015) sugerem que a saúde, para a categoria “homem”, relaciona-se com a prática de atividade física e consulta médica em emergências, uma vez que, segundo Silva et al. (2024, p. 2), há uma “(...) resistência masculina” da categoria, que se considera invulnerável. Em espaços de saúde primária, são geralmente acompanhantes, não usuários (Leal et al., 2012). Além disso, homens não costumam ter comportamentos considerados saudáveis (a partir da ótica biomédica) (Araújo et al., 2014; Souza et al., 2014) e buscam, com frequência, automedicação (Barbosa et al., 2023) ou vão à APS para buscar medicamentos (Moura et al., 2014). O autocuidado nem sempre está presente na rotina desses sujeitos (Fontes et al., 2011),

bem como seria tradição o homem não se cuidar e não ser tocado pela medicina (Vago Daher et al., 2017), tendo, por vezes, uma “(...) masculinidade incontrolável”³³ (Pinheiro & Couto, p. 51, 2012). Foi também associado o tabagismo (Silva et al., 2012), o sedentarismo e o alcoolismo como riscos associados à masculinidade (Scussel & Machado, 2017)³⁴.

Especificamente em relação ao texto e contexto de lançamento da PNAISH, Martins e Malamut (2013) sugerem que a categoria “homem” não estava empolgada ou desejando a política. Nesse sentido, Barreto et al. (2018) apontam para fragilidades no encontro de homens na saúde e outros textos sinalizam que a PNAISH é, ao fim e ao cabo, uma política vazia de sujeito (Gomes et al., 2012; Toneli & Muller, 2015). Enquanto a PNAISM foi constituída a partir dos movimentos sociais de resistência feminista, a PNAISH é recebida com a chamada “resistência masculina” (mencionada no parágrafo anterior), se provando indesejada pela sua população alvo.

Se em relação ao enunciado “mulher” vimos a repetição do enunciado “cuidado”, em relação ao enunciado “homem” também constatei um enunciado com aparição frequente: “trabalho”. Para muitos autores e autoras (Knauth et al., 2012; Martins & Malamut, 2013; Nobre & Aires de Freitas, 2021; Sousa et al., 2015; Mozer & Corrêa, 2014; Leal et al., 2012; Vasconcelos et al., 2019; Scussel & Machado, 2017; Oliveira et al., 2020; Moreira et al., 2014; Alves et al., 2022; Santos et al., 2017; Aguiar et al., 2015; Brito et al., 2014; Menezes et al., 2024; Barbosa et al., 2023; Lima et al., 2021; Berbel & Chirelli, 2015), os homens não vão às UBS porque o horário de funcionamento delas é o mesmo da jornada de trabalho deles. Cesaro et al. (2018) refletem sobre a visão cultural machista, argumentando que um homem adoecido pode ser lido por seus companheiros e companheiras de trabalho, bem como por superiores, como alguém que não quer trabalhar. Além disso, Ramalho et al. (2014) chamam atenção para a inflexibilidade das leis trabalhistas em relação às questões de saúde, o que dialoga com a lógica biomédica no contexto neoliberal de um corpo capaz de produzir ininterruptamente e de modo linear. Apenas os textos de Nascimento et al. (2014), Souza et al. (2014) e Lima et al. (2020) relacionaram não apenas o enunciado “homem” ao trabalho, como também o enunciado “mulher” – porém os dois últimos artigos argumentam que, ainda assim, o cuidado está mais articulado à segunda categoria do que o trabalho. Ainda cabe dar luz à rarefeita menção à classe social: apenas Rodrigues et al. (2022) elucidam que os homens cujo trabalho é colocado acima

³³ O artigo não explicita o que diz respeito a esse enunciado.

³⁴ Cabe lembrar que, ao se referir os riscos à masculinidade, o texto não diz de aspectos genéticos ou biológicos de um corpo lido como masculino, mas sim de corpos que performam uma certa normativa de masculinidade e que, portanto, podem performar hábitos e desenvolverem riscos associados ao tabagismo, sedentarismo e alcoolismo.

da saúde são, comumente, de classes sociais mais baixas, não podendo correr riscos de perderem o emprego e enfrentando condições precárias de trabalho, muitas vezes com a ausência dos próprios direitos.

A repetição da temática trabalhista remete ao que Preciado (2022) analisa em uma de suas mais recentes obras: o núcleo da divisão do trabalho na sociedade capitalista moderna. Para o autor, esta divisão ocorre de modo binário, se aliançando ao binômio masculino-feminino: homens produzem, mulheres reproduzem. Homens trabalham, mulheres cuidam. Assim se (re)cria a cadeia de (re)produção estruturada sob a organização sexual da sociedade, sendo a saúde importante no processo de manutenção do controle dos corpos.

O marcador social de raça, por outro lado, é escasso nos documentos arquivados e inclusos na revisão. Ainda que tanto o texto da PNAISM como o texto da PNAISH reconheçam o racismo como determinante em saúde, apenas Separavick e Canesqui (2013) ressaltam que não apenas homens morrem mais do que mulheres, como os homens negros morrem duas vezes mais do que os homens brancos. Nesse sentido, Cida Bento em *O pacto da Branquitude* (2022), reflete sobre a aliança do capitalismo à racialidade, produzindo lógicas de produção que reforçam uma supremacia branca em detrimento do esfrelamento de direitos trabalhistas às pessoas negras, às quais são reservados os trabalhos braçais, que mais apresentam riscos à saúde ou mesmo as categorias mais inferiores e menos valorizadas e assalariadas em ambientes trabalhistas. Além disso, Rodrigues et al. (2022) pontuam que não é qualquer homem que produz a violência responsável pelas mortes, mas sim homens cisgêneros, heterossexuais e brancos. Por fim, apenas Teles (2023) menciona a ausência de monitoramentos da implementação da PNAISM no que tange à população negra.

É relevante ressaltar a cisnormatividade escondida no binômio homem-mulher com o trabalho de Rodrigues et al. (2022), sendo o único a desassociar o enunciado “mulher” da obrigatoriedade de uma vagina, bem como “homem” da inerência de um pênis, ao falar da PNAISM e da PNAISH. Aqui, me pergunto o que dá condição de possibilidade para que nós, comunidade científica, falemos quase exclusivamente sobre homens e mulheres, gozando das normativas cisgêneras e ignorando as categorias identidade(s) de gênero, orientação sexual, raça, classe e outras. Nesse sentido, Sofia Favero (2022) afirma que o discurso psiquiátrico (aliado ao biomédico) vai produzir dois binômios constantemente usados nos espaços de produção de saúde: cis-saúde e trans-doença; e quantos mais binômios não exercem lógicas para a Psicologia e outros campos de saber produzirem saúde? Ao curso desta revisão, venho reconhecendo a construção de dois enunciados monumentais (homem e mulher), cada um com suas características normais e patológicas que nós categorizamos. Quanto mais produzimos

sobre os dois enunciados por uma perspectiva cisnormativa, maior se faz o vão entre eles, onde permanecem às sombras as pessoas que dissidem do binário de gênero e da heterossexualidade (ou da monossexualidade, em menor número). Pessoas cuja PNSI LGBT (Brasil, 2011) procura atender porque, para muitas delas, a identidade “mulher” e “homem” poderá ter sido negada pelas diretrizes em saúde da PNAISM e PNAISH, ainda que se proponham integrais. O que se prova uma árdua tarefa, porque “Se tem algo que o contexto brasileiro nos mostra, (...), é que a ‘incoerência’ entre sexo, gênero e sexualidade acionou pilares civilizatórios ao extermínio da diversidade” (Favero, 2022, p. 56).

4.5. Como fica a questão da integralidade?

A revisão permitiu um amplo panorama da dimensão da integralidade em relação aos dois documentos, mas este não é um quadro simples; são muitos os desafios. Começamos pelas equipes de saúde que fizeram parte daqueles estudos de campo empírico. Na região pesquisada por Souza et al. (2022), não havia mapeamento de demandas e as ações aconteciam descoladas da realidade do território. Nos estudos guiados por Moura et al. (2012), Teixeira et al. (2014) e Teles (2023) foi percebida uma lacuna importante no monitoramento dos dados e Sousa et al. (2021) sugere que tenha ocorrido um processo de descontinuidade de ações no território pesquisado. Além disso, Ramalho et al. (2014) refletiram sobre o desinteresse que identificaram na gestão da APS pesquisada; os gestores não se compromissaram com a implantação da PNAISH.

A ausência de capacitação apareceu repetidamente nos achados, referindo-se majoritariamente à PNAISH, que muitas vezes, a equipe desconhecia por completo (Silva et al., 2024; Leal et al., 2012; Silva et al., 2024; Ramalho et al., 2019; Scussel & Machado, 2017; Oliveira et al., 2020; Moreira et al., 2014; Teixeira et al., 2014; Souza et al., 2014; Silva et al., 2013; Alves et al., 2017; Santos et al., 2017; Côrrea & Mozer, 2016; Aguiar et al., 2015; Souza et al., 2022; Barbosa et al., 2023; Lima et al., 2021; Berbel & Chirelli, 2015). Por isso, a política era implementada apenas em campanhas pontuais (Gomes et al., 2012; Silva et al., 2024; Vasconcelos et al., 2019; Lima et al., 2020). Não restaram dúvidas de que as equipes em saúde não estão preparadas para agir de acordo com as diretrizes das políticas, ou mesmo que o processo de implementação do documento é trabalhoso. No entanto, é importante refletir sobre as condições de trabalho de profissionais da saúde que, muitas vezes, enfrentam jornadas sobrecarregadas e ausência de investimentos nas pautas, como foi possível verificar no estudo de Rosa e Cabral (2023). As autoras afirmam que a PNAISM teve uma importante redução de verbas após a Rede Cegonha entrar em vigência.

Por outro lado, Gomes et al. (2012) concluem que se têm lidado mais com as doenças do que com a categoria “homem”, o que dialoga, mais uma vez, com a lógica biomédica, especialmente com o câncer de próstata, como afirmam Carneiro et al. (2016). Para Brito et al. (2014b), o maior desafio da PNAISH vinha sendo justamente incluir os sujeitos lidos nesta categoria, argumentando que os mesmos não são chamados a ocupar o protagonismo da política. Se para os sujeitos urbanizados já não há ocupação da posição, para a população rural há ainda mais dificuldade de acessar os direitos garantidos na PNAISH (Fontoura Junior et al., 2018). Barbosa et al. (2023), autores de um estudo atual, reafirmaram que, mesmo com quinze anos do lançamento da política, eram poucos os avanços de sua implementação.

Em relação à PNAISM, as ações também não se encontram totalmente estruturadas. De acordo com Pereira et al. (2021), há foco em atenção obstétrica, planejamento familiar e combate à violência doméstica e sexual. Mas isso não significa que a integralidade está implementada – as ações dizem respeito ao foco em uma vivência materno-infantil, conforme também evidenciaram Guareschi et al. (2017). Não há plena implementação da saúde integral para a categoria “mulher”, uma vez que esta não é lida fora da janela fértil³⁵ (Rosa & Cabral, 2023) e, mesmo nela, há desigualdades entre mulheres no acesso à saúde (Silva et al., 2024), especialmente quando se identificam os marcadores de raça e classe. Além de mulheres fora da janela fértil enfrentarem menor acesso aos serviços de saúde, a pesquisa de Goes e Nascimento (2013) sinalizou que, acima dos 50 anos, mulheres negras enfrentavam maior dificuldade no acesso às consultas e exames preventivos em saúde quando comparadas com mulheres brancas. A integralidade não se encontra porosa apenas nos serviços que a PNAISM oferece, priorizando uns em detrimento de outros, mas principalmente no complexo modo de fazer/pensar saúde no país, em que as desigualdades tendem a não integrarem análises, monitoramentos e planejamentos de ações, de forma que, mesmo quando novos espaços são inaugurados, parcelas específicas da população-alvo continuam a encontrar barreiras de acesso. As autoras da pesquisa (2013, p. 578) afirmam que “por intermédio do racismo, as desigualdades são causadoras de doenças e agravos que resultam nas iniquidades raciais em saúde”, o que confirma que, enquanto não se produzir saúde antirracista, não se terá sinal de integralidade atingida.

O modelo de saúde dominante na APS ainda é o biomédico, conforme alguns estudos pontuaram (Santana et al., 2019; Scussel & Machado, 2017; Adamy et al., 2015; Lima &

³⁵ O que também faz aparecer a cisnormatividade atuando. Portanto, podemos concluir que apenas mulheres cis com útero e ciclos ovulatórios estão sendo lidas por grande parte das ações da PNAISM.

Moura, 2008; Teixeira et al., 2014; Vago Daher et al., 2017; Ribeiro et al., 2014), o que também impede a plena implementação de um conjunto de ações que se pretende integral. Para Mozer e Côrrea (2014), há uma disputa entre a ordem biomédica e a ordem psicossocial nos fazeres da PNAISH, mas os resultados da revisão me permitem sugerir que o mesmo ocorre com a PNAISM. Podemos relacionar esse atrito (biomédico-psicossocial) com o binômio sexo-gênero: por um lado, a equipe deve produzir saúde para genitálias; por outro, deve produzir saúde para um conjunto de normativas nomeadas masculinidades ou feminilidades, mapeando o que constitui cada uma delas. Esse desafio apareceu nos resultados da revisão, uma vez que os artigos ora falavam sobre anatomia, ora sobre aspectos socioculturais; e os relacionavam como se sua junção fosse um acontecimento da natureza.

Se para Souto (2008) o maior obstáculo da integralidade de homens e mulheres seria justamente o binômio masculino-feminino, mesmo a perspectiva de gênero se apresentando como ferramenta de conquista de direitos de saúde por parte da luta feminista, sugiro que este seja um dos maiores obstáculos da integralidade na saúde pública brasileira como um todo. A presente revisão e pesquisa surgem do desconforto perante os textos políticos que separam “saúde da mulher”, “saúde do homem”, “saúde de LGBT” e “saúde da população negra”, setorizando diferentes conjuntos de ações sob corpos igualmente diversos. Algumas perguntas emergentes no início do processo de revisão seguem latentes, guiando os próximos passos da pesquisa, como, por exemplo, o que, portanto, seria “saúde da mulher”, se não saúde das mulheres lésbicas, ou das mulheres trans, ou das mulheres negras (enunciadas em outros documentos de modo centralizado)?

Podemos refletir sobre a implementação da PNAISM e da PNAISH, da forma como vêm ocorrendo ao longo dos anos, refletirem em reforços às posições de gênero que mantêm mulheres (cis, em grande parte) em relações de cuidado, homens (cis, em grande parte) em dinâmicas estritamente trabalhistas e pessoas dissidentes à cisnormativa à margem das práticas de saúde, muitas vezes isoladas na vigência do processo transexualizador. Conforme foi discutido, são múltiplos os fatores que tornam uma política parcialmente implementada, principalmente porque falamos também de condições trabalhistas de trabalhadoras e trabalhadores do SUS, mas somadas às ausências de monitoramentos e análises atualizadas, funciona a perpetuação das violências, exclusões e lacunas no acesso à saúde. Enquanto a PNAISM, e os estudos sobre ela, têm precisão sobre os corpos e os sujeitos para quem vigoram, a PNAISH carece ainda não apenas de ações continuadas, mas propriamente de um público.

A partir desta revisão, podemos concluir que o gênero, a leitura de gênero e a perspectiva de gênero (termos utilizados por diversos textos analisados), enquanto forem

limitados ao binômio homem-mulher (ou suas variações), não serão suficientes para tecer os modos de fazer/pensar integralidade efetiva na saúde brasileira. O viés biomédico-sociocultural, fraturado ou em mosaico, não dará conta das pluralidades de ser e estar no mundo, bem como uma visão cisnormativa binária da categoria gênero quando diante da emergência de fazer vigorar saúde integral para todas as pessoas. Por fim, retomo o que Sofia Favero (2022) alertou: nas disputas pela categoria “gênero”, não podemos deixar a cisgeneridade passar, de novo e de novo, livre e invisível, operando ativamente debaixo de nossos sapatos, sob nossa silenciosa autorização.

5. Dobras, rasgos, sobreposições e metodologias

*anunciar nossa chegada
nossa permanência
e nunca mais
nossa morte
(Mallmann, 2021, p. 281)*

Para empreender a análise dos enunciados “mulher” e “homem” nas políticas nacionais de saúde do SUS, é imprescindível descrever o trajeto metodológico pelo qual se pretende caminhar. Este estudo é de abordagem qualitativa, tendo caráter exploratório e descritivo, trabalhando com temáticas ainda pouco investigadas pela Psicologia – na intersecção entre políticas públicas, saúde e teorias *queer*, são poucas as produções desta área de saber que se debruçam a investigar os discursos que estruturam alguns dos modos de fazer/pensar práticas e tecnologias adotadas no sistema de saúde pública brasileiro, especialmente no que diz respeito à desnaturalização da cisgeneridade e à desnaturalização de lógicas binárias sistemática e historicamente instituídas na sociedade brasileira.

É importante pontuar que a pesquisa aqui empreendida dialoga mais com o modo de fazer-pensar-sentir ciência enquanto invenção, e não como prescrição, como sugere a professora Andréa Vieira Zanella (2013) – se preocupa mais em problematizar e estranhar aspectos historicamente naturalizados e menos em dar contornos nosográficos aos modos de subjetividade. Assim, busca estar em constante rompimento com o modelo eurocentrado de produzir ciência; ao invés de sustentar a neutralidade, opta pela localidade da produção de saberes, conforme orienta Donna Hawaray (1995) para uma ciência feminista. Além disso, busco romper com o movimento de distanciamento proposto pelo modelo hegemônico de ciência – um estudo deve estar próximo ao seu contexto social, especialmente um estudo acerca da garantia de direitos de grupos historicamente marginalizados.

Nesse sentido, não são óbvios os mapas dos caminhos a seguir, mas mantenho, enquanto primeira bússola, *O papel do Psicólogo*, texto de Martín-Baró (1996) que convida à reflexão sobre o comprometimento da nossa classe profissional. Historicamente, não estivemos ao lado dos povos oprimidos, especialmente em contextos latino-americanos. O autor nos convida a fazer um giro, deixando de atuar apenas nos processos subjetivos e passando a refletir sobre os “(...) mecanismos socio-econômicos que articulam as estruturas de injustiça” (p. 22). Um dos modos de fazê-lo é reconhecendo a importância da garantia de direitos através de políticas públicas e passando a questioná-las no modo como são produzidas, mantidas através dos anos, guardadas na gaveta e desmanchadas. Quais são as forças que as sustentam, desmantelam ou as atualizam?

O feminismo interseccional poderá auxiliar na busca por respostas à pergunta acima, uma vez que a lente da interseccionalidade permite realizar análises críticas acerca da complexa teia de marcadores sociais que, no contexto brasileiro, emergem e são lidos de modos desiguais. Dentre eles, podemos mencionar gênero, raça e classe (mas não só, o que será abordado ao curso da análise), uma tríade bastante central nos modos de organização social do Brasil. A subjetividade é estruturada a partir das experiências proporcionadas pelos marcadores sociais, de modo que, na tessitura atual, uma pessoa cisgênera e branca, por exemplo, tem sua experiência atravessada pelo privilégio da cisgeneridade e da branquitude (Collins, 2022). O mesmo pode não ocorrer com pessoas não-brancas e/ou queer, que estarão expostas às estruturas ciscoloniais racistas da sociedade brasileira (Lugones, 2020).

O trabalho com documentos não se resume ao simples manejar dos papéis. A pesquisa documental requer, como afirma Cellard (2008), lidar com a postura por vezes imprecisa dos papéis, de forma que este se configura um trabalho cuidadoso não apenas de busca e acesso aos materiais, bem como de reconstituição socio-histórica dos contextos que os formam. É importante ressaltar que trabalhar com documentos não se limita a apenas um tipo deles, mas à constituição de um arquivo organizado e composto com diversos dados coletados em diversas fontes, conforme afirma a professora Juliana Perucchi (2008).

Para adentrar o campo documental, que em breve será propriamente descrito, cabe introduzir a metodologia de análise elencada: a análise do discurso foucaultiana. Michel Foucault (2008a) constitui, em *A Arqueologia do Saber*, o procedimento metodológico da sua análise do discurso. Para que seja compreendida, é relevante que façamos, antes, uma incursão nas ideias deste autor.

Foucault é conhecido, por muitos, como um filósofo do poder. Isto porque sua definição de poder é estruturante em seu modo de pensar e em toda a sua bibliografia: poder aqui será

entendido não como algo que se detém, como a figura de um rei que governa solitário e imune. O poder não está encerrado numa posição política, tampouco está personificado em uma pessoa ou instituição específica. Para o filósofo (2021), o poder é exercido nas relações, em toda e qualquer relação humana, e produz posições de sujeito que o exercem – posições vazias, a serem ocupadas por um sujeito em um determinado tempo, em relação a outro(s) sujeito(s). O poder, portanto, se exerce, se opera; é ação, movimento, e não se limita ao controle de um grupo, ou a uma lógica repressiva; o poder, sobretudo, está em constante circulação e tem efeitos produtivos.

O discurso, segundo o pensamento de Foucault (2008a), pode ser entendido tanto como um efeito de poder como também como instrumento de poder. De todo modo, discurso é entendido como um acontecimento no âmbito da linguagem, um produto possível apenas dentro de relações. Configura-se como discurso, portanto, um conjunto de práticas que podem extrapolar uma frase falada ou escrita – a arquitetura, os gestos, os espaços, as imagens, as posturas corporais podem ser discursos se ocorrerem a partir de um conjunto de regras que proporcionam sua imersão em detrimento de outras tantas possibilidades.

É preciso estar pronto para acolher cada momento do discurso e sua secreta presença no jogo de uma ausência sempre reconduzida. É preciso estar pronto para acolher cada momento do discurso em sua irrupção de acontecimentos, nessa pontualidade em que aparece e nessa dispersão temporal que lhe permite ser repetido, sabido, esquecido, transformado, apagado até nos menores traços, escondido bem longe de todos os olhares, na poeira dos livros. Não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso trata-lo no jogo de sua instância. (Foucault, 2008a, p. 28)

Nesse sentido, para iniciar a entrada em campo documental, foi preciso realizar o que Michel Foucault nomeia como trabalho negativo. Para se colocar diante de acontecimentos discursivos, neste caso os que dizem respeito aos enunciados “mulher” e “homem” no campo da saúde pública, foi preciso desconhecer certezas pré-existentes à entrada na busca por documentos. A este processo de inquietação perante as formações discursivas que operam já como regularidades objetivas da realidade social, Foucault deu o nome de trabalho negativo, de forma que, para compreender o modo como foram produzidos, circulados, mantidos, atualizados e pulverizados os discursos que aqui serão destrinchados, foi necessário abrir mão de uma série de pensamentos já estruturados, de verdades coletadas, para construir a análise junto ao campo, aos enunciados no momento em que acontecem, naquilo que dá conta de contar o documento.

O processo negativo, entretanto, não se propõe a um trabalho científico neutro; não diz de uma abdicação das perspectivas teóricas, mas essencialmente de uma postura questionadora. Perante todo enunciado que irrompeu para perseverar através do tempo no documento,

Foucault (2008a) sugere o exercício da desconfiança, mesmo e principalmente diante dos mais enraizados discursos supostamente verdadeiros. Para investigar, inclusive, através de quais condições de possibilidade este se torna uma verdade até então incontestada. É importante pontuar que, embora a entrada em campo documental se faça no compromisso de não ver senão o que emerge discursivamente no campo do documento, esta visão é posicionada, não se propondo neutra. Para a filósofa Donna Haraway (1995, p. 25), “a visão é sempre uma questão do poder de ver”, de forma que o trabalho negativo não se pretende garantir uma replicabilidade; poderá ter, e poderá admitir, como produto, uma análise distinta a cada vez que for analisado, a sofrer os efeitos do tempo e dos sujeitos que o analisam. Nesse sentido, Haraway defende que, contra a proposta de uma ciência neutra e supostamente sem influência do sujeito-pesquisante, façamos nós, pesquisadoras feministas, uma ciência parcializada, que assume o posicionamento crítico enquanto compromisso com a produção de conhecimento.

O trabalho negativo, portanto, aproxima-se ao processo que descreveu a pesquisadora Andréa Zanella (2013, p. 61): “Imersão em que o pesquisador se encharca dos discursos/água do contexto investigado (...) para depois emergir molhado, transformado, transtornado”. Não há outra tarefa para este momento textual senão iniciar a descrição dos primeiros mergulhos nos papéis e documentos digitais. Na perspectiva aqui adotada na presente pesquisa, o documento deve ser encarado como um conjunto de práticas discursivas, coextensivas às práticas de saber-poder e de subjetivação (Lemos & Cardoso, 2009).

5.1 Artesania do arquivo

Michel Foucault (2008a, p. 147) define o arquivo como “(...) o sistema que rege o aparecimento dos enunciados como acontecimentos singulares”, sendo, portanto, a reunião organizada de todos os discursos que compõem o campo da análise. Um arquivo pode ser composto de todo tipo de registro: pode ser um arquivo de fotografias, áudios ou transcrições, vídeos, ilustrações, manchetes de jornais e escritos do papel de pão de uma padaria. Um arquivo pode ser composto por anotações em um diário, rabiscos em guardanapos de papel – o que lhe importa são materiais cujas formações discursivas emergem. O diário de Atef Abu Saif (2024), *Quero estar acordado quando morrer*, por exemplo, pode compor um arquivo acerca do genocídio contra o povo palestino, porque contém o relato íntimo do autor dos oitenta dias em que ele permaneceu em Gaza, no início dos ataques israelenses de 2024 ao seu povo.

Apesar do trabalho em torno da constituição de um arquivo conforme a orientação foucaultiana se proponha um trabalho exaustivo, até que se tenha alcançado uma certa circularidade nos resultados, é importante pontuar que não se pretende esgotar o número de

materiais para o arquivo. Não se pretende o esgotamento das fontes arquivais. O arquivo precisa, por outro lado, de uma margem temporal para que seja analisado. Além da decisão da interrupção da constituição do arquivo, deve-se também definir, a partir de critérios pré-estabelecidos, quais materiais o constituirão e quais serão excluídos. Para Carmen Maria Machado (2021, p. 11), autora de “Na casa dos sonhos”, essa decisão é um ato político, de forma que “(...) o arquivo completo é mitológico, possível apenas em teoria”.

É importante pontuar que, junto à lente interseccional e à análise do discurso foucaultiana, a presente pesquisa foi registrada em diário de campo. As incursões pelas plataformas e pelos textos políticos foram registradas e poderão ser utilizadas enquanto uma das camadas do texto científico, reafirmando a importância da localidade de uma ciência feminista (Haraway, 1995) e implicando a subjetividade da pesquisadora aos delineamentos da pesquisa. A escrita de uma análise como a que empreendo, quando feita a partir de um arcabouço teórico e de uma sensibilidade à implicação subjetiva da pesquisadora,

Trança os fios da memória, do ensaio, dos fatos e das percepções numa coisa só. Quem escreve uma memória manipula o tempo; ressuscita os mortos. Dá a si, e aos outros, um contexto necessário (Machado, 2021, p. 12).

Nem tudo o que constitui um discurso poderá ser adicionado ao arquivo que visa sua análise. Alguns registros podem ser apagados, silenciados; podem desaparecer das dimensões arquivais. O jornalista Chico Felitti (2021) explica que, a este apagamento, se nomeia violência arquivai, e que as pessoas mais vitimadas são justamente aquelas cujos direitos estão ameaçados ou inexitem. A abjeção apaga também a história dos sujeitos. Para o autor, algumas vidas são mais dignas de documentação do que outras³⁶. É preciso, portanto, assumir que a constituição do arquivo não busca dar conta da realidade total, uma vez que nem tudo pode ser registrado – e que, mesmo ao se tornar registro, pode não perdurar.

Constituí primeiro um arquivo amplo, alimentado com múltiplas buscas que realizei desde o início da pesquisa, cujo objetivo era explorar o campo documental, quando desenhava perguntas e objetivos e mapeava os caminhos possíveis. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT) e documentos relativos a ela compõem esta primeira pasta geral; eu já vinha me interessando em pensar a cisnormatividade na saúde e, portanto, havia iniciado a leitura deste texto político. Entretanto, a partir das buscas que descreverei a seguir, aparecia a monumentalidade da atenção integral à saúde, cuja interação com a PNSI LGBT, mesmo em

³⁶ Chico Felitti é autor da obra “Rainhas da noite: As travestis que tinham São Paulo a seus pés” e relata a dificuldade de encontrar registros das vidas delas para montar suas biografias, diferente do que ocorreria caso estivesse relatando a vida de um grupo de empresários.

textos mais atuais, aparecia inexistente. O documento foi excluído da análise, mas permaneceu como uma bússola para refletir sobre a saúde de identidades e sexualidades plurais.

Retomando Foucault (2008a), a partir da composição do arquivo, torna-se possível começar a compreender o funcionamento das regras que regulam os discursos; neste caso, no campo político da saúde. Para o arquivo desta pesquisa, foram realizadas buscas nas plataformas de consulta pública de dados da Câmara dos Deputados, do Diário Oficial da União e do Supremo Tribunal Federal publicados entre 2004 e 2024, uma vez que, anterior a este período, o arquivo se limitava apenas ao documento de princípios e diretrizes da PNAISM, publicado em 2004. Os descritores utilizados para as buscas foram: “mulher”, “homem”, “cisgeneridade”, “cisgênero”, “transexualidade”, “transexualizador”, “transexual”, “útero”, “gravidez”, “próstata” e “não-binário/a”. Além disso, as buscas também foram realizadas em portais digitais do governo federal e, na impossibilidade de salvar as informações no formato PDF, capturas da tela foram realizadas e arquivadas.

Nesta primeira etapa, foram reunidos 253 itens, dentre textos, imagens, jurisprudências, leis, portarias, decretos, guias, monitoramentos e resoluções. O critério de inclusão aplicado aos documentos foi de se referirem a políticas nacionais de atenção integral à saúde e, deste modo, foi realizada a leitura e a seleção. Assim, o arquivo foi constituído por 28 itens, que foram divididos em três categorias: documentos primários, documentos secundários e documentos terciários, conforme ilustrado na Figura 2.

Figura 2 – Organização do arquivo



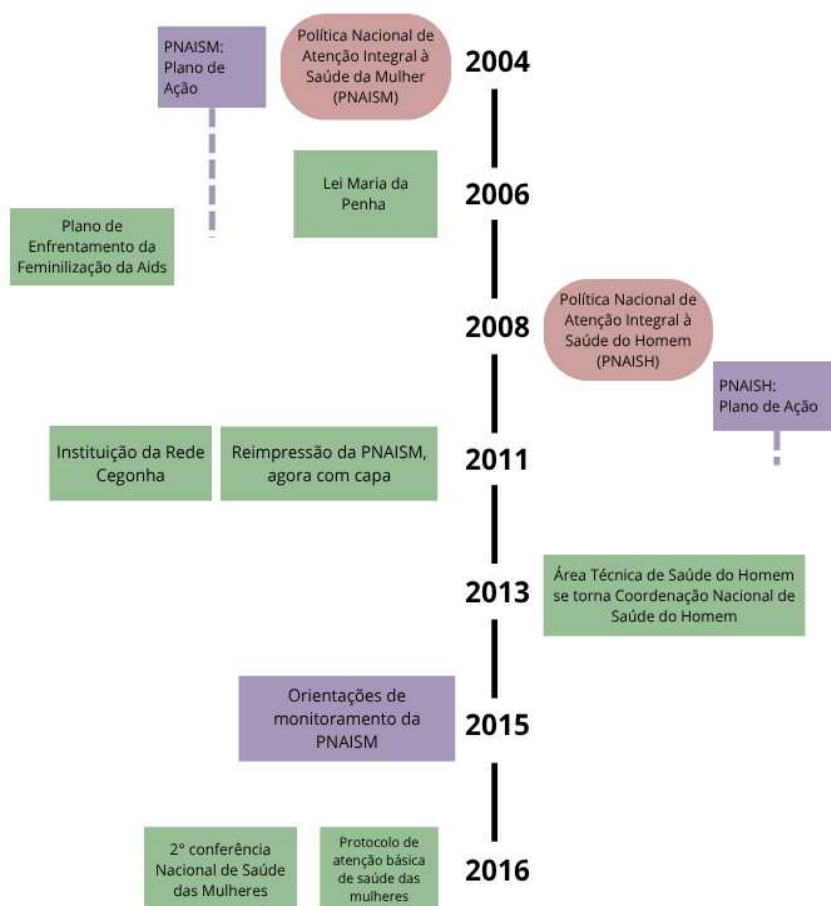
Fonte: Elaborado pela autora.

A primeira categoria se refere às fontes primárias, sendo constituída por dois documentos: “PNAISM: Princípios e Diretrizes” e “PNAISH: Princípios e Diretrizes”, documentos analisados na íntegra no próximo capítulo. É relevante mencionar que, após o estabelecimento da PNAISM e da PNAISH como documentos primários, foi realizada uma nova pesquisa nas plataformas com os descritores “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” e “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” para certificar que estavam esgotadas as buscas. A segunda categoria é constituída por fontes secundárias, que dialogam diretamente com as fontes primárias, sendo constituída por cinco documentos: uma portaria que regulamenta as políticas nacionais, um plano de ação da PNAISM e um plano de ação da PNAISH, um monitoramento da PNAISM, e uma portaria de atualização da PNAISH. Estes documentos ajudam a compor a análise, mas não foram analisados, devido não apenas ao tempo disponível para a realização da pesquisa como também por serem majoritariamente documentos que não mais vigoram³⁷, embora tenham sido complementares às políticas. A categoria de documentos terciários diz respeito às portarias, decretos, extratos e demais documentos que interagem com a primeira categoria, mas não em sua totalidade (como são os documentos secundários), sendo constituída por 21 itens. Este terceiro eixo de

³⁷ Apenas a Portaria de consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017 ainda vigora.

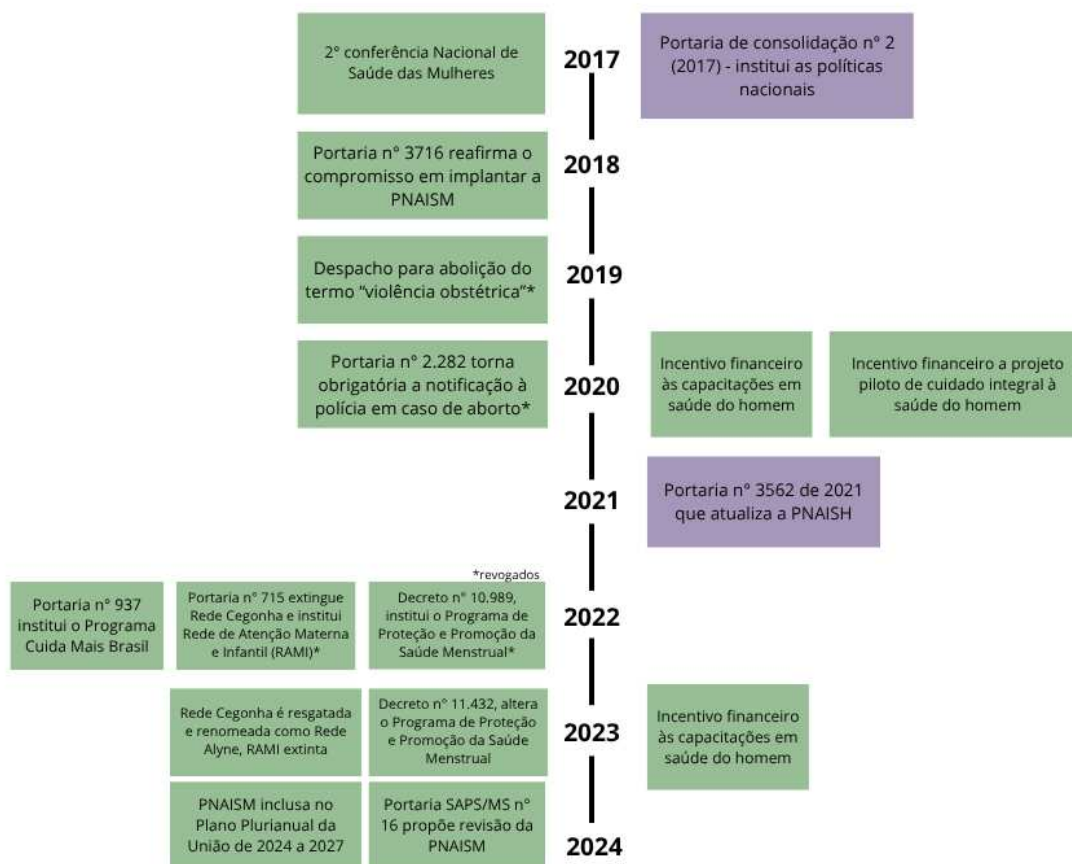
documentos é composto por textos que não foram analisados, mas auxiliaram a fazer ver movimentações políticas ocorridas ao longo dos vinte anos em relação aos textos primários e quais foram as movimentações que sofreram ao longo dos anos, aparecendo e desaparecendo das estratégias de governo, como é possível visualizar nas Figuras 3 e 4.

Figura 3 – divisão temporal do arquivo, de 2004 a 2016



Fonte: elaborado pela autora.

Figura 4 – divisão temporal do arquivo, de 2017 a 2024



Fonte: elaborado pela autora.

Durante o processo de confecção do arquivo, evidenciou-se que, entre 2016 e 2022, a PNAISM foi menos mencionada. Para além das turbulências políticas que o Brasil enfrentava neste período³⁸, passam a surgir algumas hipóteses, como, por exemplo, de que houve o retorno de políticas e discursos materno-infantis, o abafamento das pautas de direitos sexuais das mulheres, bem como da luta contra o feminicídio e os casos de violência contra mulheres no

³⁸ A presidente Dilma Rousseff sofre um processo de impeachment e, em agosto de 2016, Michel Temer, antes seu vice, assume a presidência (Senado Notícias, 2016). Diversas ações do antigo governo, progressista, são descontinuadas. Em 2019, Jair Bolsonaro assume a presidência após ser eleito democraticamente pela parcela mais conservadora do país, usando-se dos discursos religiosos, armamentistas e misóginos para angariar eleitores. A partir de 2020, o mundo enfrenta a pandemia de Covid-19 e, assim como em outros países, o Brasil passa a viver uma onda anti-ciência, com uma parcela da população questionando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a eficácia de vacinas (em 2021) e defendendo o uso de medicamentos comprovadamente ineficazes no tratamento à doença. O governo de Bolsonaro foi uma peça central para a desconfiança à ciência, fazendo propagandas de medicações não recomendadas, se atrasando na compra e distribuição de vacinas e não tendo aderido às medidas socioeconômicas rígidas para prevenir o país, resultando na morte de mais de quinhentas mil pessoas (Sarturi, 2025).

país. Segundo a pesquisa realizada pelo Data Senado em 2023, publicada em 2024, 46% das mulheres entrevistadas não achavam que eram tratadas com respeito no Brasil e 68% das entrevistadas conhecia alguém que já sofrera violência doméstica.

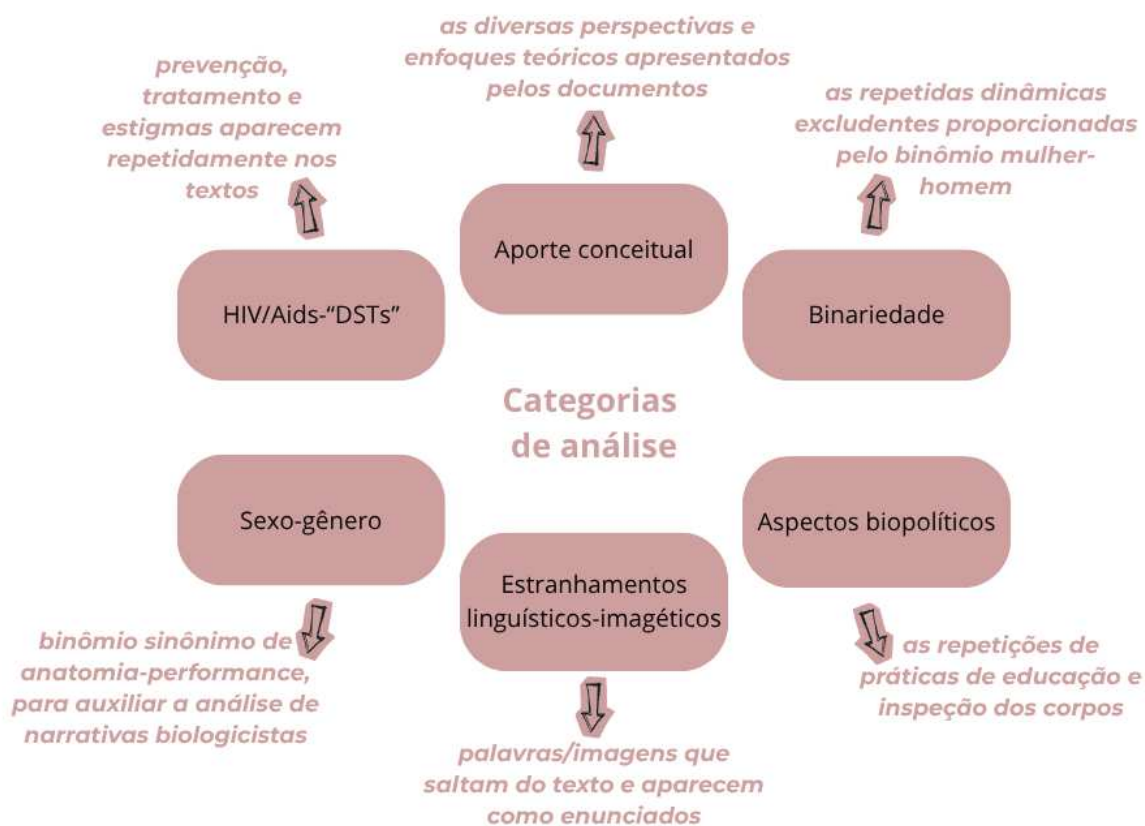
5.2 A análise discursiva

A partir da divisão de documentos primários, secundários e terciários, seguiu-se a leitura aprofundada de todos os documentos, a fim de dar início à investigação dos sistemas de enunciados. Nesse sentido, o arquivo produzido funcionou de modo a interromper a plena linearidade dos discursos, que passaram a serem analisados conforme determinadas regularidades. A leitura se aprofundou à medida que se atentou para os funcionamentos, para as diferenciações, bem como para as especificidades das formações discursivas, conforme sugere Foucault, em *A Arqueologia do Saber* (1969/2008).

O reconhecimento das repetições de enunciados no correr do mesmo texto e entre diferentes documentos permitiu que seis categorias fossem elencadas para a análise. Este processo se deu pelo agrupamento das categorias de análise, como se vê na Figura 5 abaixo, que estivessem em estreito diálogo com os objetivos da pesquisa: binariedade/binarismo, no sentido de constatar as repetidas dinâmicas excludentes proporcionadas pelo binômio mulher-homem; sexo-gênero, enquanto binômio sinônimo de anatomia-performance, para auxiliar a análise de narrativas (podendo ser compreendidas à luz da reflexão e análise de um processo mais amplo que envolve a própria concepção de subjetividade) biologicistas e dos dizeres da performance disruptiva do gênero enquanto conjunto de comportamentos; HIV/Aids-DST³⁹, para dar conta das repetições das temáticas nos textos; aporte conceitual, enquanto categoria que proponho para reunir e analisar as diversas perspectivas e enfoques teóricos apresentados pelos documentos, fazendo com que se valessem de saberes para legislarem determinações nas políticas; aspectos biopolíticos, no sentido do que Guacira Lopes Louro (2000) chama de “corpos educados”, aqui reunidas a partir das repetições de práticas de educação e inspeção dos corpos; e estranhamentos linguísticos-imagéticos, uma última categoria que se propõe a dar conta das palavras/imagens que saltam do texto e se associam a uma materialidade, uma posição de sujeito e um campo de associações de enunciados, compondo, portanto, enunciados (Foucault, 2008a), ainda que não tenham relação direta às outras categorias analíticas. Cada uma das categorias será destrinchada e analisada no próximo capítulo.

³⁹Conforme consta no documento. O termo atualizado, reafirmo, é IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis).

Figura 5 – Categorias de análise



Fonte: elaborado pela autora.

Analisar documentos em vigência há tantos anos, como é o caso da PNAISM, e recentes desdobramentos, como é o caso da atualização da PNAISH, diz de uma análise dos discursos que imperaram/imperam na arena política e que, num contexto democrático como o nosso, são ecos daquilo que circula na sociedade e constitui as mais variadas relações. Além disso, enquanto políticas públicas de saúde, PNAISM e PNAISH são produtoras da realidade, sendo responsáveis por dizerem quem são os sujeitos de direitos ali inscritos, bem como quais direitos poderão acessar. Nesse sentido, o objetivo primordial de uma análise discursiva conforme orienta Foucault (2008a) é descrever os discursos nos momentos de seus acontecimentos, o que torna possível questionar: “como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar?” (p. 30) e, neste contexto, outras perguntas passam a surgir enquanto norteadoras do trabalho: como um documento é atualizado e outro segue empoeirado? Como perpetua-se um

enunciado, enquanto outros próximos se desmancham com o passar do tempo, dando lugar a novos? E mesmo estes novos enunciados, por que eles, e não outros?

Por fim, é relevante pontuar que a análise do discurso aqui empreendida não pretende esgotar o campo discursivo das políticas e dos contextos analisados. Conforme afirma Michel Foucault (2008a, p. 33), “fora de cogitação, (...) está o fato de se poder descrever, sem limites, todas as relações que possam assim aparecer”, sequer no irrompimento dos documentos, tampouco no passar dos vinte anos que separam a presente pesquisa da publicação do primeiro deles, a PNAISM. Não estará esgotada, ao fim desta análise, as investigações acerca dos enunciados “mulher” e “homem” no campo das políticas nacionais de saúde, mas espera-se que este trabalho possa fazer o aceno à classe profissional da Psicologia, bem como de outras áreas, atentando para a importância das investigações das políticas nacionais estruturais do SUS, que possibilitem ferramentas teóricas e metodológicas para o aprimoramento do sistema em seu compromisso com a saúde e garantia de direitos de todas as pessoas.

6. O corpo como a colagem: Análise de duas políticas generificadas de atenção integral à saúde

*me custou
muito não ser
(...)
(Mallmann, 2021, p. 39)*

Depois da constituição do arquivo para a análise discursiva, iniciei e repeti a leitura de todos os documentos algumas vezes. Sem qualquer pretensão de capturar enunciados à análise ou segredos que estariam ali escondidos, ler aconteceu como exercício para o trabalho negativo. Conhecer o ritmo dos textos, a textura das frases e a cadência das normativas até que estivesse mais imersa no contexto pesquisado do que guiada por hipóteses ou teorias anteriormente confabuladas. Nesse movimento, me esforcei para desconhecer as características da realidade que eu conheço, deixando que o próprio texto me dissesse as suas verdades, para também me colocar disponível a toda sorte de questionamento. Nas palavras de Foucault (2008a, p. 24):

É preciso pôr em questão, novamente, essas sínteses acabadas, esses agrupamentos que, na maioria das vezes, são aceitos antes de qualquer exame, esses laços cuja validade é reconhecida desde o início; é preciso desalojar essas formas e essas forças obscuras pelas quais se tem o hábito de interligar os discursos dos homens; é preciso expulsá-las das sombras onde reinam.

Nesse sentido, “saúde da mulher” e “saúde do homem”, áreas estruturadas e estudadas pelos diversos saberes em saúde, podem ser aqui analisadas, no âmbito de duas políticas de atenção integral, sem o estreito vínculo com suas certezas historicamente produzidas pela

natureza – por algumas páginas, não teremos a resposta na ponta da língua; deixaremos o texto falar. A análise empreendida está organizada em três subcapítulos. No primeiro, adentramos o campo documental, e articulo as primeiras análises realizadas, devolvendo os textos aos seus contextos contingenciais e narrando as disputas políticas em torno dos dois enunciados. Abordo os princípios e as diretrizes de ambos os documentos e reflito sobre a biopolítica que os estrutura e mantém em vigor. No segundo subcapítulo, realizo a análise de alguns conceitos que sustentam as duas Políticas, como é o caso de “gênero” e de “determinantes sociais”, buscando investigar se a integralidade em saúde tem relação com a interseccionalidade. Por fim, no terceiro subcapítulo me demoro no palimpsesto⁴⁰ de sexo-gênero, compreendendo como os dois documentos atualizam as lógicas de diferenciação sexual e quais posições de sujeitos são produzidas pelos enunciados de “mulher” e “homem” nas duas Políticas. Noção de sujeito aqui considerada no jogo discursivo entre subjetivação e objetivação. Subjetivação, pois ocupar posições permite “a alguém dizer algo” sendo esse sujeito, e não outro em seu lugar, aquele que diz. Mas, concomitantemente, sujeito é posição objetivada, na medida em que está circunscrito em um determinado tempo histórico e em contextos diversos que dão condições de possibilidade às pessoas de (poder ou não) se constituírem como sujeitos.

6.1 Para pisar devagarinho nesse campo de papel: análises introdutórias

Neste primeiro tópico, escrevo sobre os aspectos iniciais do campo documental: através de quais condições acessei os textos do arquivo e a partir de quais aspectos iniciei a leitura e o reconhecimento dos papéis. Durante todo o curso da análise, lancei mão do diário de campo, mas neste primeiro tópico ele aparece como a ferramenta principal. Com diário de campo me refiro a um caderno vermelho, tamanho A5, sem pauta, que mantive na escrivaninha sempre à disposição para anotações relacionadas à pesquisa. Nele, foram descritos os caminhos da pesquisa, referenciados por datas, de modo a manter os registros organizados para, neste trabalho, relatá-los com fidelidade, bem como sensações que atravessaram o exercício do pesquisar, dúvidas, lembretes teóricos, referências e “(...) sobras que não sabemos onde encaixar, ou que não sabemos como incluir em nossas pesquisas” (Medrado et al., 2014). Para os autores, realizar um “diarismo” produz uma série de escritos mais ou menos organizados, que podem ser úteis não apenas ao processo de relato do trabalho como também no processo

⁴⁰ O termo “palimpsesto” será explicado com a devida atenção no tópico 6.3. Em resumo, palimpsesto diz respeito aos escritos em cima de escritos, prática que acontecia quando a humanidade só tinha raros pergaminhos para registrarem escritas. Para reutilizá-los, tentava-se apagar o que já estava escrito, produzindo rasuras, e se escreviam novas informações em cima.

de autoria que, de modo inquestionável, se atravessa na entrada da vida acadêmica através do mestrado.

Nesse sentido, o diário de campo não é compreendido como um simples objeto inanimado ou um qualquer acúmulo de folhas escritas. De acordo com Medrado et al. (2014), o diário de campo é uma força atuante da pesquisa, guardando diálogos que permitem novas reflexões, jamais acessadas, senão pelo intermédio da escrita. É neste objeto que as palavras encontram as coisas e, por sua presença, torna a pesquisadora menos solitária, especialmente neste caso, em que estamos diante de papéis sem cheiros, movimentos, vozes e corpos. O diário é o mecanismo que conecta o presente da dissertação com a memória da pesquisa – memória essa compreendida a partir de Eclea Bosi (2004, p. 36): “força subjetiva ao mesmo tempo profunda e ativa, latente e penetrante, oculta e invasora”. O diário, portanto, conecta o tempo da escrita do trabalho com o tempo das jornadas no campo e produz o registro da memória com a textura que a escrita possibilita (Abu Atef Said, 2024). No próximo tópico, busco cumprir com a tarefa elencada por Bosi (2004, p. 31): “procurar (...) vínculos de afinidades eletivas entre fenômenos distanciados no tempo”.

6.1.1 Política de Saúde de Mulher, Política de Saúde de Homem: retomar textos políticos para avançar ou para retroceder?

Em maio de 2024, a deputada federal Ana Pimentel⁴¹, do Partido dos Trabalhadores (PT), concedeu uma breve entrevista online à TV Câmara sobre a saúde de mulheres (Ana Pimentel, 2024)⁴². No corpo do texto que acompanha o conteúdo em vídeo, lê-se: “Vale lembrar que em 2024, completam 40 anos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (Câmara dos Deputados, 2024, par. 1). Na verdade, o texto da PNAISM foi publicado pela Editora do Ministério da Saúde em 2004⁴³ e completava, portanto, 20 anos à época da notícia. Porém, é possível compreender o que pode ter ocasionado a confusão: em 1984 era

⁴¹ Ana Pimentel foi eleita deputada federal por Minas Gerais em 2022. Antes disso, exerceu o cargo de Secretária Municipal de Saúde de Juiz de Fora, defendendo as condutas científicas no momento em que mais foram atacadas: durante a pandemia de Covid-19. A médica é defensora do SUS, tendo dedicado seu mandato à defesa da saúde pública, às pautas da educação e ao incentivo à ciência e tecnologia. Disponível em: <https://anapimentel.com.br/quem-sou/>.

⁴² A entrevista está disponível em: <https://www.camara.leg.br/tv/1066782-ana-pimentel-fala-sobre-a-politica-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher/>.

⁴³ O documento de Princípios e Diretrizes da PNAISM teve apenas uma edição, sendo reimpresso uma vez, em 2011, sem absolutamente nenhuma alteração em seu conteúdo textual. Até mesmo a sua apresentação é igual: assinada por Humberto Costa, Ministro de Estado da Saúde no ano de 2004. A reimpressão de 2011, entretanto, exhibe a capa e a contracapa, que foram produzidas em 2004, mas só foram encontradas online na reimpressão de 2011, e serão analisadas adiante neste trabalho.

publicado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM, antecessor da PNAISM e pioneiro na seara da integralidade e no campo das políticas de gênero.

A deputada mineira afirma que “nós temos um acúmulo histórico no debate de quais são as necessidades de saúde para as mulheres” (Câmara dos Deputados, 2024, 01:22), o que já se registrava na década de 80 e possibilitou, através da organização política de alguns movimentos feministas, a publicação do PAISM. O programa é compreendido como um importante aceno à autonomia dessas sujeitas (Osis, 1998), versando majoritariamente sobre atenção clínico-ginecológica e concepção e contracepção (Delfino, 2022), sendo produzido, portanto, para romper com as lógicas materno-infantis, que atendiam exclusivamente mulheres apenas quando gestantes e mães. É nesse sentido que a integralidade entra na cena da saúde pública, antes mesmo da oficialização do Sistema Único de Saúde (SUS): como contraproposta ao olhar fragmentado e materno-infantilista às mulheres.

Entretanto, os movimentos feministas que comemoravam o PAISM eram, em sua maioria, movimentos de mulheres cisgêneras e brancas. De acordo com Damasco et al. (2012), as feministas negras, por outro lado, estavam desde o início da década de 1980 denunciando a esterilização⁴⁴ em massa às quais eram submetidas majoritariamente mulheres negras, pardas e indígenas, principalmente na região nordeste do país, onde a população não-branca era majoritária à época. Segundo os autores (2012), era comum que as mulheres não-brancas fossem convencidas de que o método seria reversível caso desejassem posteriormente, bem como a elas não era apresentada mais nenhuma outra possibilidade contraceptiva. Ainda em relação às evidências que emergem como acontecimentos discursivos, aponta-se aquilo que também se constatou em uma pesquisa recente (Rosa & da Silva Cabras, 2024), que evidenciou que "a tessitura do direito das mulheres à saúde está permeada pela associação entre sexualidade reprodutiva e constituição de família, sobretudo em referência ao modelo nuclear cisheteronormativo" (p. 696). Assim, parece conveniente retomar aqui o clássico texto de Kimerle Crenshaw (1991), que chama a uma argumentação acerca da constatação da sobreposição de subordinações, que afetam a inclusão social das mulheres, ancorando o feminismo negro diretamente à prática diaspórica e da crítica consistente ao feminismo branco produzido no ocidente. Nas palavras da autora:

A discriminação interseccional é particularmente difícil de ser identificada em contextos onde forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, de forma a colocar as mulheres em uma posição onde acabam afetadas por outros sistemas de subordinação (Crenshaw, 2002, p. 176)

⁴⁴ A esterilização é o processo hoje conhecido como laqueadura: é um procedimento cirúrgico de bloqueio das trompas de Falópio, que impedem o encontro de óvulos e espermatozoides de modo irreversível.

Nesse sentido, é relevante retomar a biopolítica⁴⁵ de Michel Foucault (2008b) para refletir sobre a sobreposição de raça e gênero na saúde a partir do que tensiona Sueli Carneiro (2023) em sua obra *Dispositivo de racialidade*. A filósofa afirma que o racismo aparece como prática institucional na saúde em pesquisas recentes. A PNAISM foi produzida em parceria com grupos e movimentos sociais, conforme apresenta, ao final do documento, uma lista de parcerias, bem como afirma o trecho introdutório abaixo:

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com 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, grifo da autora).

Embora o documento tente responder às demandas ainda pendentes pelo PAISM, algumas práticas em saúde ainda seguem atravessadas por lógicas racistas, conforme pontuam Leal et al. (2017). Os pesquisadores realizaram uma análise da pesquisa feita pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) nos anos de 2011 e 2012, intitulada “Nascer no Brasil: Pesquisa sobre parto e nascimento”, e concluíram que as iniquidades de raça no que tange às violências obstétricas às parturientes eram múltiplas: mulheres pretas e pardas tinham menos consultas de pré-natal, recebiam menos analgesia e ocitocina e faziam menos partos cesarianas, quando em comparação com mulheres brancas. Nos debruçaremos mais na PNAISM e na PNAISH a partir da reflexão de raça em momentos à frente.

A antropóloga e professora brasileira Lélia Gonzalez (2020) acende, em 1988, questionamentos acerca dos feminismos hegemônicos que vinham conquistando direitos civis durante a década. Para ela (2020, p. 44), “(...) apesar das suas contribuições fundamentais para a discussão da discriminação pela orientação sexual, não acontece o mesmo com outros tipos de discriminação, tão graves como a sofrida pela mulher: as de caráter racial”. A publicação da PNAISM, vinte anos após o lançamento do PAISM, buscava dar conta da ausência de aspectos de raça do programa, bem como ampliar a atenção às multiplicidades de orientação sexual, classe e território, cultura e geração. Entretanto, durante a mesma entrevista da deputada Ana Pimentel, a ausência de qualquer menção à racialidade como um dos eixos de atualização nas práticas de saúde das mulheres faz refletir se as mulheres negras, pardas e indígenas já estão plenamente contempladas no documento da PNAISM. Nos próximos subcapítulos,

⁴⁵ A ideia de biopolítica já foi abordada no capítulo referente à saúde. Para lembrá-la: biopolítica, para Foucault, é o poder que incide sobre a vida das populações, utilizando diversos dispositivos e tecnologias para regulamentá-la a partir da normativa de que alguns corpos serão controlados à vida enquanto outros serão deixados à morte.

adentraremos nesta análise, mas é importante mencionar que, assim como raça não apareceu nos textos incluídos na revisão de literatura, também não aparece na entrevista da deputada. Embora ela demonstre preocupação com as duplas e triplas jornadas de trabalho de mulheres, a racialidade não aparece como um tensionamento, o que configura, junto ao quadro da revisão de literatura, uma “(...) uma espécie de esquecimento da questão racial” (Gonzalez, 2020, p. 44).

Ana Pimentel não concedeu a entrevista apenas em celebração aos vinte anos da PNAISM, mas também porque em 2023 a deputada propôs um Projeto de Lei (PL) para instituir a Política Nacional de Saúde Integral da Mulher. No momento da escrita deste trabalho, o texto está aguardando parecer na Comissão de Saúde. No ano seguinte à PL, o Ministério da Saúde (MS) publicou uma portaria (SAPS/MS, nº 16, de 25 de março de 2024) para a instituição de uma comissão técnica para revisão da PNAISM e, até o momento, não há atualização nessa seara.

Embora tenhamos atualizações bastante aquecidas sobre a Política de Saúde da Mulher nos últimos anos, durante o período de 2019 a 2022 nenhuma menção a ela foi realizada por partes das instâncias governamentais, conforme (não) consta no Diário Oficial da União (DOU). Embora a PNAISM não seja mencionada, o campo dos direitos à “saúde da mulher” seguiu em disputa. É importante destacar que, como afirma Simone Diniz, no Brasil bem como em outros países latino-americanos, “a partir do final do século XIX, iniciativas para expandir a proteção social à maternidade das trabalhadoras, a assistência à gravidez, parto e amamentação, a regulação e a formação de parteiras” (Diniz, 2017, p. 2) foram tomadas. A saúde das mulheres cis mães se institui como um campo de conhecimento tradicionalmente associado a determinada versão essencialista e conservadora da experiência da maternidade; e bastante normativa das relações de gênero, o que tem sido denominado como “maternoinfantilismo”. Esse debate vai ao encontro da crescente medicalização da maternidade, o que acaba por reforçar a figura da mãe como um elemento imprescindível e central ao bem-estar infantil. (Sanglard, 2010).

No primeiro ano de governo do então presidente Jair Bolsonaro, o Ministério da Saúde emitiu um despacho (Brasília, 03 de maio de 2019) sugerindo que o termo “violência obstétrica” fosse retirado de circulação porque carregaria conotação inadequada, cujo objetivo seria um ataque à classe médica⁴⁶. No ano seguinte, já durante a pandemia de Covid-19, o

⁴⁶ O despacho foi realizado em concordância entre Ministério da Saúde e Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/05/07/ministerio-diz-que-termo-violencia-obstetrica-tem-conotacao-inadequada-e-deixara-de-ser-usado-pelo-governo.ghtml>.

Ministério da Saúde publicou as Portarias nº 2.282, de 27 de agosto de 2020, e nº 2.561, de 23 de setembro de 2020, que dificultavam o aborto em condições legais, bem como invadiam a privacidade de mulheres que haviam abortado e de vítimas de estupro, obrigando equipes médicas a reportarem à polícia em casos de violência sexual ou aborto. No ano eleitoral, algumas portarias e decretos voltados à dinâmica materno-infantil foram publicados, além de um decreto em relação à saúde menstrual exclusivamente de mulheres cisgêneras. Fato é que nenhum deles estava relacionado ou ao menos citava a PNAISM, o que fez com a política reacendesse somente após a posse do atual presidente Lula.

Segundo a reportagem feita pelo jornal Brasil de Fato (2023)⁴⁷, o governo de Bolsonaro não utilizou todas as verbas destinadas ao Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (estruturado e estabelecido durante seu mandato), tendo se mantido distante das políticas públicas para mulheres, inclusive as de saúde e do campo dos direitos sexuais e reprodutivos. O movimento conservador, entretanto, não foi inédito. Michel Temer, que se tornou presidente após o processo de impeachment da então presidente Dilma Rousseff, já vinha realizando corte de verbas no campo dos direitos das mulheres, especialmente em relação às medidas para redução de violência e feminicídio, bem como conduzindo um governo misógino (Brasil de Fato, 2017⁴⁸; Santos, 2020). Nesse sentido, do período entre 2016 e 2022 não houve significativas menções à PNAISM conforme pude verificar no histórico do DOU; o que foi publicado refere-se, efetivamente, a léxicos relacionados à gestação, parto e recém-nascidos, o que sinaliza a emergência novamente do maternoinfantilismo junto à escalada conservadora da tentativa de unificação das identidades em apenas uma: mulher branca, cisgênera, heterossexual, urbana e cujo desejo de ser mãe seria um destino inerente. Se, por um lado, a substituição do termo “materno-infantil” pela perspectiva da “integralidade”, ou seja, para a atenção integral à saúde da mulher sob a perspectiva de gênero, aponta avanços, por outro lado, esse deslocamento reflete o debate teórico de intersecção dos marcadores sociais no corpo e no cuidado à saúde das mulheres, contemplando a maternidade, mas tentando não encapsulá-las a ela. O que exige a incorporação, no conteúdo das políticas, dos princípios de integralidade e de universalidade da atenção à saúde, já preconizadas há tempos pelo SUS (Souto e Moreira, 2021).

⁴⁷ Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/03/08/bolsonaro-e-damares-escolheram-nao-usar-recursos-em-politicas-publicas-para-mulheres/>.

⁴⁸ Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2017/04/03/temer-reduz-em-mais-da-metade-verbas-para-politicas-publicas-as-mulheres/>.

De 2015 a 2004, o país foi governado por dois presidentes do Partido dos Trabalhadores (PT), o que permitiu que projetos relacionados à PNAISM tivessem continuidade ao longo dos anos. Neste sentido, vale lembrar que os primórdios institucionais dessa trajetória iniciaram em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que abdicou da noção ‘materno-infantil’ para adotar o termo ‘integralidade’ (Souto & Moreira, 2021, p. 833). Assim, já nos anos 1980, o Brasil conseguiu implantar essa política nacional, em grande parte, devido ao fortalecimento de alguns movimentos feministas latino-americanos e, neste sentido, alguns feminismos brasileiros atribuíram um caráter político importante às demandas em saúde da população, estabelecendo espaços de diálogo com o Estado e com a sociedade, em especial, após o fim da ditadura militar e o início do processo de redemocratização do país. Anos mais tarde, no segundo ano da primeira gestão do governo do presidente Lula, é implementada a política que é consolidada e avança a partir do PAISM e junto a ela, o Plano de Ação 2004 – 2007 foi estruturado e publicado, de modo que os objetivos específicos da política receberam especificações de ações. Em 2015, no governo da presidente Dilma, é publicado um documento para subsidiar o monitoramento e acompanhamento da PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), porém não há sequência e publicação dos dados produzidos por esse monitoramento, ação que pode ter sido impactada pelo impeachment da presidenta no ano seguinte.

No texto do referido documento (Brasil, 2015), estão descritos os contextos, princípios, diretrizes e objetivos da PNAISM para introdução da política, de modo bastante similar à publicação de 2004. Entretanto, algumas sutis alterações foram feitas, como é o caso da descrição de novas especificidades no segmento populacional “mulheres”, mencionando quilombolas, transexuais, mulheres em situação de rua e mulheres em sofrimento psíquico, grupos que anteriormente não apareciam. Apesar de os objetivos gerais e específicos permanecerem os mesmos nas descrições que organizam o monitoramento de cada um, são designados indicadores bastante ampliados, todos necessariamente incluindo raça/cor/etnia e idade. É o caso, por exemplo, da atenção clínico-ginecológica. Na PNAISM, seus objetivos são gerais e enxutos: “fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher” e “ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS” (Brasil, 2004, p. 69). Diferentemente, no documento de 2015, são elencados dezesseis indicadores no rastreo específico sobre esse objetivo, divididos em cinco eixos: doenças cardiovasculares e hipertensão arterial, diabetes mellitus, saúde e direitos sexuais, orientação sexual, identidade de gênero e formação continuada.

É pertinente mencionar que, em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBTT) (Brasil, 2011), reconhecendo diversidades de identidades e sexualidades e comprometendo-se com a luta contra o preconceito e a discriminação. Mesmo não sendo mencionada no texto de 2015, a publicação desse documento, bem como a organização dos movimentos sociais que o tornaram vigente, podem ser elencadas como condições de possibilidade para que o planejamento de monitoramentos estivesse atento às diversidades das experiências de mulheres, preocupando-se com os indicadores de sexualidade e identidade, até então pouco relevantes no contexto da PNAISM – identidade, por exemplo, sequer aparece no texto original.

Assim, esses enunciados de 2015, inéditos até então, sinalizavam novos ventos às políticas para mulheres, e possibilidades de transformações no corpo da Política de Saúde da Mulher, uma vez que a continuidade do monitoramento, bem como a permanência e relevância de seu texto, aparecia como possível revisão anexa ao documento principal, tornando seu público de referência mais amplo e diverso. Embora Dilma Rousseff tenha priorizado as pautas de igualdade entre homens e mulheres (nomeada comumente como “igualdade de gênero”), não pôde impedir a ascensão conservadora à política, especialmente no legislativo, o que produziu diversos entraves no campo dos direitos reprodutivos e direitos na seara de “saúde da mulher”, possibilitando poucos avanços efetivos (BBC News Brasil, 2016). Além disso, o impeachment seria o golpe fatal às lutas que a presidenta travava junto aos movimentos sociais, sendo o processo que viria a dismantelar diversas pautas protagonistas até então. A descontinuidade do monitoramento proposta por Dilma, bem como a permanência dos discursos originais da PNAISM de 2004 em detrimento das mudanças propostas em 2015 têm como condição de possibilidade a ascensão das pautas masculinistas, antigênero e neoliberalistas da direita e extrema-direita.

Durante a quinta Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada neste ano de 2025, Dilma Rousseff discursou, à distância, sobre o golpe político que sofrera, afirmando que aquela reunião de conferencistas significava que os tempos de retrocessos dos governos Temer e Bolsonaro estavam finalmente ficando para trás (Brasil de Fato, 2025). Entretanto, mesmo as mais recentes atualizações em relação ao campo de “Saúde da Mulher” não alcançaram a atualização da política nacional, mantendo pertinentes os questionamentos: Quem é mulher? Quem não é mulher? Perguntas que parecem inéditas nas discussões públicas acerca do documento político. O mesmo pode se dizer sobre a PNAISH: o documento, tanto original quanto atualizado, não define de qual(is) homem(ns) fala, para quais sujeitos legisla.

Em uma importante reflexão acerca da feminização do HIV/aids e as políticas de enfrentamento e de promoção da saúde, uma pesquisa realizada por Patrícia Pires e Dagmar Meyer já em 2019 destacava o que, sob outra perspectiva epistemológica, mas com a mesma hipótese feminista que propomos fazer aqui nessa dissertação: que aquilo que se convencionou definir como "mulher" nas políticas públicas em saúde acaba por homogeneizar experiências, ignorar corpos e negligenciar vidas. Nas palavras das autoras, no que concerne às políticas de combate ao HIV/aids:

Outro aspecto a ser destacado refere-se ao que é entendido como "ser mulher", uma vez que as políticas nacionais de enfrentamento da feminização do HIV/aids vão incorporar também reivindicações de "mulheres que vivenciam a transexualidade" (...), mesmo que algumas vezes elas sejam notificadas nos sistemas de informação como "homens" e assim apareçam nas estatísticas. Ao mesmo tempo, as travestis serão contempladas (...) o que pode sinalizar complexos processos de discussão sobre o que é "ser homem" e "ser mulher"; como esses corpos, uma vez identificados como "um ou outro", são interpelados pelas políticas públicas de saúde; e como isso nos ajudaria a pensar as vulnerabilidades e os enfrentamentos necessários em diferentes segmentos da população de mulheres. (Pires & Meyer, 2019, p. 102).

Agora, nos atentemos um pouco aos contextos contingenciais que estruturam a história desta política. Se a PNAISM não foi mencionada entre 2019 e 2022, a PNAISH, que havia sido publicada em 2009 e seguia durante todos esses anos sem qualquer alteração ou importante menção, passou por uma revisão em 2021 e foi atualizada na Portaria nº 3.562 de 12 de dezembro de 2021, seguindo em vigor até o presente momento. Se o campo de direitos em "saúde da mulher" esteve aquecido por mais de quarenta anos, acumulando demandas históricas, o campo de direitos em "saúde do homem" é morno antes mesmo da PNAISH. Conforme sugerem autores (Gomes et al., 2012; Toneli & Muller, 2015) de artigos incluídos na revisão, o documento seria vazio de sujeito, não tendo sido requisitado ou mesmo desejado pela população a qual se destina. Segundo o texto da política, "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 da atenção e maior custo para o SUS" (Brasil, 2009, p. 5). Nesse sentido, o objetivo geral do documento demonstra os meios pelos quais se propõe reduzir estes custos:

promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (Brasil, 2009, p. 31, grifo da autora)

O lançamento da política aconteceu em novembro de 2008, com a publicação do livro de princípios e diretrizes, e é instituída em 2009, através da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Portanto, em 2024, a PNAISH completou quinze anos, e, para celebrar, as redes

sociais do Ministério da Saúde publicaram um vídeo alusivo⁴⁹. Na tela, vemos um homem branco e um homem negro, ambos jovens; eles estão sentados em um banco, com vegetação ao redor e um prédio ao fundo. Parecem amigos, vestem roupas casuais; um deles desabafa: “Cara, não dormi a noite inteira, tive vários sonhos esquisitos, estou com dor no maxilar, estou com dor no pescoço” (Ministério da Saúde, 2024, 00:08). O outro comenta que ele vem reclamando durante aquele mês dos mesmos sintomas, e o sugere ir à UBS, mas tem a sugestão rejeitada sob a justificativa de que “nada, isso é besteira” (Ministério da Saúde, 2024, 00:19), ao que o amigo responde saber “de onde vem essa resistência” (Ministério da Saúde, 2024, 00:23). No mesmo sentido, os autores Silva et al. (2024) afirmam que a PNAISH enfrenta uma “resistência masculina”. A literatura já nos permite afirmar que a dificuldade dos homens em reconhecer antecipadamente os sinais do adoecimento e a resistência que eles têm em buscar atendimento médico precoce contribuem demasiadamente para o agravamento dos quadros de doenças nos homens, elevando seus índices de morbimortalidade (Gomes et al., 2007). O vídeo continua: “Desde pequenos, nós homens, aprendemos a evitar o cuidado com a saúde. A gente cresce achando que isso não é coisa de homem e acaba repetindo um monte de comportamento de risco” (Ministério da Saúde, 2024, 00:25).

Há uma elasticidade na ideia de resistência para ambas as políticas. Enquanto a política de saúde da mulher é encarada por algumas autoras feministas como um símbolo de resistência às práticas materno-infantilistas e como uma conquista da resistência feminista, ainda que sejam as sujeitas aquelas que precisam resistir para que o documento não seja desmontado ou perca sua força (Souto & Moreira, 2021), com os homens é quase o oposto. São os sujeitos da PNAISH que resistem a ela (Silva et al., 2024) e, justamente pela resistência ao cuidado de saúde, se tornam sujeitos que nomeiam uma política pública, a serem conquistados pelas campanhas para se tornarem presentes nas Unidades Básicas de Saúde. Refletiremos mais a frente sobre a dicotomia da PNAISH em dizer de tratamentos aos corpos nomeados “homens” e em dizer dos aspectos sócio-históricos das masculinidades.

Além disso, há um fenômeno similar nas celebrações de ambas as políticas. Retomemos a entrevista da deputada – celebravam-se vinte anos da publicação da PNAISM, quarenta do PAISM. O exemplo dado pela deputada Ana Pimentel na entrevista para comentar sobre a integralidade refere-se à transformação do estilo de vida das mulheres através do acúmulo de trabalhos, que não apenas têm empregos como trabalham ainda dentro de casa. Quando

⁴⁹ Disponível em: <https://www.facebook.com/minsaude/videos/a-pol%C3%ADtica-nacional-de-aten%C3%A7%C3%A3o-integral-%C3%A0-sa%C3%BAde-do-homem-pnaish-est%C3%A1-completando/3467983566844759/>.

questionada sobre os avanços da política, a deputada cita o fortalecimento do SUS e a melhora no acompanhamento de mulheres com doenças crônicas. Em relação aos desafios que a política ainda enfrenta, Ana Pimentel cita a ainda baixa taxa de mulheres que realizam todas as consultas pré-natais necessárias e a baixa variedade de métodos contraceptivos disponíveis no SUS, o que culminaria no fenômeno de que “grande parte das gravidezes, elas são indesejadas, ou seja, as mulheres engravidam sem que fosse o desejo delas; e esse é um problema, porque a gente quer que as mulheres possam engravidar no momento em que elas quiserem” (Câmara dos Deputados, 2024, 05:44). Além disso, menciona as demandas de saúde mental, com aumento de transtornos mentais agudos, citando os diagnósticos de *burnout*, relacionando-o à sobrecarga de trabalho, retomando o exemplo inicial. A jornalista Regina Assumpção, que conduziu a entrevista, comenta sobre o aumento da taxa de cesarianas no país. Portanto, Ana Pimentel menciona, como desafios atuais, os mesmos de 2004:

No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. (...) Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. (Brasil, 2004, p. 9 e p. 19, grifo da autora).

As discussões com relação às duas políticas parecem não terem avançado no cenário nacional. O que ocorre é um movimento de retomar as mesmas temáticas, os mesmos desafios. Similar ocorre com a PNAISH que, ao completar quinze anos, é celebrada através de um vídeo de circulação virtual nacional que evidencia centralmente a resistência às práticas de saúde como um desafio. Em 2009, a política é introduzida com a compreensão de que:

grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. (...) Os homens tem dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. (...) Mobilizar a população brasileira pela luta e garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios dessa política. (Brasil, 2009, p. 5-7)

Nesse sentido, o que parece ocorrer não é o resgate das PNAISM e PNAISH para atualizá-las, mas para retomá-las, como se, quinze, vinte anos depois, em nada tivéssemos mudado enquanto sociedade e ainda estivéssemos no mesmo lugar. Além disso, na tomada dos dois textos como suficientes para compreender a realidade, parece ocorrer um distanciamento entre as políticas no campo da saúde, uma vez que, ao serem retomadas criticamente, poderiam ser entrelaçadas aos documentos que depois vieram, justamente porque setorizar a saúde pelo sexo-gênero não foi o suficiente para dar conta das pluralidades do território brasileiro. Após 2009, diversas outras políticas foram publicadas e tornaram-se vigentes, como é o caso da

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2009), da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2011) e da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012). É interessante reconhecer que a atualização da PNAISH em 2021 não se relacionou com nenhum destes documentos. Segundo os autores Brandão et al. (2025) a revisão do texto teve como um dos resultados a supressão dos aspectos de diversidades de gênero e sexualidade, bem como retirar os aspectos de saúde sexual e reprodutiva, o que dialoga com a escalada conservadora do governo Bolsonaro (Gonzaga et al., 2021).

O conservadorismo não se reservou ao cargo mais alto do executivo brasileiro: se espalhou por cargos legislativos nas eleições de 2022, ainda que o candidato à reeleição presidencial tenha sido derrotado por Lula, e pela maior parcela da sociedade. Durante uma sessão na Câmara dos Deputados em 18 de abril de 2024, discutia-se uma resolução do Conselho Federal de Medicina⁵⁰ que dificultaria o acesso ao aborto legal em caso de violência sexual. A deputada federal Erika Hilton, do Partido Socialismo e Liberdade (Psol – SP), fez uma importante fala em defesa das múltiplas identidades de gênero: “Sim, esse é um debate do parlamento, o parlamento está (...) olhando para a saúde, está (...) olhando para os direitos humanos, está olhando para os direitos das mulheres, meninas e pessoas que gestam nesse país, que merecem ser respeitadas, que merecem ter direitos (...)” (Câmara dos Deputados, 2024, 01:03, grifo da autora)⁵¹. Além de ter sido interrompida por outra parlamentar, que tentava contra o uso do termo, Erika Hilton foi atacada e perseguida por conservadores da extrema-direita nas redes sociais.

Os ataques virtuais não eram novidade na realidade da deputada federal – durante as eleições de 2018, quando estava filiada a uma bancada ativista em São Paulo, Hilton afirmou ter sofrido ofensas majoritariamente racistas (Chagas, 2020). Apesar disso, desde sua eleição ao cargo federal em 2022, quando se tornou a primeira travesti negra a ser eleita para a cadeira brasileira, são as transfobias que tomam os holofotes e ecoam pelos setores virtuais mais conservadores do país. O posicionamento firme, elegante e engajado de Erika Hilton, bem como seu corpo circulante pelos espaços parlamentares, já simboliza o escombros da regulação

⁵⁰ A resolução nº 2.378/2024 proíbe a classe médica à realização de assistolia fetal – procedimento abortivo seguro – após 22 semanas de gestação em vítimas de estupro. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/resolucao-do-cfm-disciplina-o-uso-do-procedimento-em-caso-de-estupro-a-partir-da-22a-de-gestacao>. O Supremo Tribunal Federal (STF) suspendeu a resolução em maio de 2024. Disponível em: <https://noticias.stf.jus.br/postsnoticias/stf-suspende-resolucao-do-cfm-que-dificulta-aborto-em-gestacao-decorrente-de-estupro/#:~:text=O%20ministro%20Alexandre%20de%20Moraes,t%C3%A9nicas%20inseguras%20para%20o%20aborto>.

⁵¹ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ha-R-ZCacps>.

cisrestritiva dos corpos, já são ameaças vivas às normativas binárias restritivas de sexo-gênero. A fala da deputada também escancara o genitalismo das políticas de saúde, o genitalismo que se infiltra nas discussões em torno do aborto, mesmo em grupos feministas, o genitalismo que opera pelas lógicas de poder/saber nas carnes das populações brasileiras (Rodriguez & Anzini, 2020) – e que, na re(existência) de Erika Hilton, genitalismo que se desmonta no chão e se prova tão antinatural quanto a divisão restritiva homem-mulher.

Os ataques conservadoristas às “pessoas que gestam”, às pessoas trans, às mulheres *butch* e aos homens afeminados, às travestis e às pessoas não-binárias são recorrentes e exponenciais no âmbito das redes sociais. Não nos demoraremos nesse assunto, porque são crimes que nos conduzem a outra discussão – quais leis imperam e quais direitos prosperam nos territórios virtuais? –, mais distante do objetivo deste trabalho. Entretanto, diante da dureza da realidade, com relação à repetição dos discursos transfóbicos e homofóbicos, à sequência de ataques contra as dissidências de sexo-gênero, me recordo de um trecho do manifesto proferido na série *Andor*, do universo de *Star Wars*:

There will be times when the struggle seems impossible, I know this already. Alone, unsure, dwarfed by the scale of the enemy. Remember this: freedom is a pure idea. It occurs spontaneously and without instruction. Random acts of insurrection are occurring constantly throughout the galaxy. There are whole armies, battalions that have no idea that they've already enlisted in the cause. Remember that the frontier of the Rebellion is everywhere, and even the smallest act of insurrection pushes our lines forward. And remember this: the Imperial need for control is so desperate because it is so unnatural. Tyranny requires constant effort; it breaks, it leaks. Authority is brittle. Oppression is the mask of fear. Remember that, and know this: the day will come when all these skirmishes and battles, these moments of defiance, will have flooded the banks of the Empire's authority, and then there will be one too many. One single thing will break the siege. Remember this: try. (Bissell, 2025, 00:26:20)⁵².

O manifesto, lido pela personagem *Menik* e ecoado nas rebeliões da trama contra o fascismo, diz respeito à história intergaláctica narrada na série, mas nos serve em certo sentido: o conservadorismo, o capitalismo e a colonialidade operam através suas tecnologias biopolíticas na permanência da família cisheterossexual, sustentada no discurso da naturalidade, que vem sendo produzida historicamente pelos saberes médicos. Mas essas

⁵² “Haverá momentos em que a luta parecerá impossível. Eu já sei disso. Sozinho, inseguro, diminuído pela escala do inimigo. Lembre-se disso: A liberdade é uma ideia pura. Ela ocorre espontaneamente e sem instrução. Atos aleatórios de insurreição estão ocorrendo constantemente em toda a galáxia. Existem exércitos inteiros, batalhões que nem imaginam que já se alistaram na causa. Lembre-se que a fronteira da Rebelião está em toda parte. E mesmo o menor ato de insurreição empurra nossas linhas adiante. E então lembre-se disso: A necessidade imperial de controle é tão desesperada porque é tão antinatural. A tirania requer esforço constante. Ela quebra, ela vaza. A autoridade é frágil. A opressão é a máscara do medo. E saiba disso, chegará o dia em que todas essas incursões e batalhas, esses momentos de desafio terão inundado as margens da autoridade do Império e então haverá muitos. Uma única coisa quebrará o cerco. Lembre-se disso: Tente.” (tradução da autora).

normativas são frágeis e lacunares, e as ofensivas antigênero, por mais organizadas e poderosas que estejam, são reações desesperadas às fraturas provocadas pelos movimentos negros e movimentos LGBTQ+. Eleger Erika Hilton, uma travesti negra, é uma ruptura na cisnorma brasileira que assombra a parcela burguesa, eurocentrada e transfóbica do país.

Voltando ao debate sobre a justiça reprodutiva, ela tem sido uma pauta central do transfeminismo, como afirma Lucci Laporta (2024), e produz constante conflito com outros movimentos feministas que, muitas das vezes, são transexcludentes ao ignorarem as múltiplas experiências gestacionais e aborteiras. María Antonella Barone e Ale Mujica Rodriguez (2024, p. 79) afirmam que “a transfobia e o binarismo estrutural e institucional se traduz numa sistematização de dados sobre saúde sexual e (não) reprodutiva que não considera outras corpos ou identidades possíveis para além de mulher cis e presumidamente heterossexual”. Para Barone e Mujica Rodriguez, não se trata nem mesmo de dar protagonismo às mulheres cisgêneras em relação à pauta, porque mais uma vez estaríamos nos aliançando ao aspecto comum, normal e trivial da cisgeneridade. Embora as terminologias que buscam incluir as diversidades, como o próprio termo “pessoas que gestam”, não estejam dando conta de garantir direitos das realidades plurais ou mesmo contribuindo para o debate ampliado sobre a binariedade de gênero (Barone, 2022), a fala de Erika Hilton produz importante furo na verdade incontestável da norma genitalista.

A psicóloga e pesquisadora Sofia Favero (2022) nomeia a tentativa de apagar, marginalizar, violentar e eliminar corpos cisheterodissidentes como uma tentativa de limpeza social, apontando para atualizações nas lógicas higienistas. Desde o século XIX, o higienismo vem estruturando cidades, mantendo atenção às regras de higiene para garantia da saúde populacional. De acordo com Farias Filho e Alvim (2022), para além de uma ideologia, a higiene aparece como tecnologia da biopolítica na atualidade, de modo que confere uma série de padrões normativos aos quais as populações devem atender para evitar epidemias, patologias e riscos coletivos à saúde. A lógica higienista opera, por exemplo, na histórica patologização de corpos cisheterodissidentes, que produz mecanismos perversos como a cura gay, na cruel ideia de que a limpeza pode ser alcançada por mudanças comportamentais, endossada por profissionais da saúde igualmente homofóbicos, bifóbicos e transfóbicos. Nesse sentido, Favero (2022) nomeia como sujeira, tudo aquilo que resiste ao higienismo cisheterocolonial branco, tudo aquilo que ocupa as margens e das margens trava suas resistências e teimam em viver, circular, emergir e sujar.

As lógicas higienistas operam não apenas nas performances, mas nas línguas, termos e dialetos permitidos e cuja circulação é livre pelos meios sociais, ou proibidos, interditados pelas

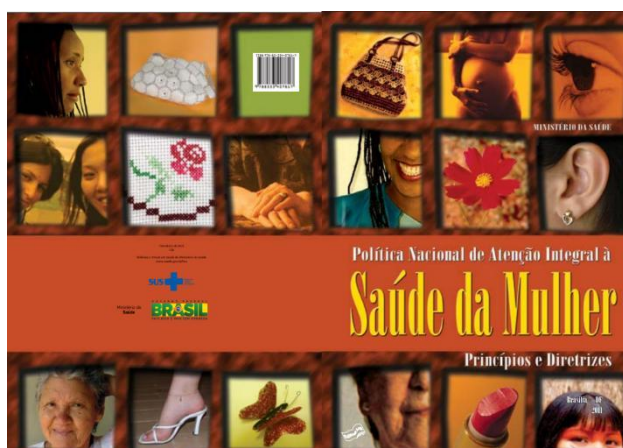
instituições familiares, escolares e religiosas. O termo “pessoas que gestam”, que borra os limites da binariedade e escancara a operacionalização da cisgeneridade pela biopolítica dos corpos, é sujo à medida em que desobedece a higiene genitalista. A sujeira do discurso também tem relação com a sujeira do corpo que a enuncia – as travestis foram e ainda são marginalizadas pelas lógicas higienistas, porque, como afirma Rodriguez e Anzini (2020), desafiam as normativas usadas para controle dos corpos, entregam-se à sujeira e fazem dela sua bandeira, deixando a céu aberto a verdadeira face violenta da limpeza.

A partir dessa breve contextualização política de ambos os documentos, pisaremos no campo de papel com a noção de que seus discursos perduram através dos tempos não por abandono, mero acaso. A Política de Saúde da Mulher e a Política de Saúde do Homem vigoram em disputa na atualidade e, mesmo quando não recebem atualizações, estão atuais. Dito de outro modo, podem até estar empoeiradas, mas não estão esquecidas – lhes ocorrem constantemente condições de possibilidade para que permaneçam vigorando. Por isso, a análise discursiva de documentos aparentemente antigos é, na verdade, uma análise da atualidade política da atenção integral à saúde. Nas palavras de Michel Foucault (2008a, p. 28): “não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso tratá-lo no jogo de sua instância”.

6.1.2 Miscelâneas de princípios e diretrizes

Começemos nossa imersão nos dois documentos principais: A PNAISM, de 2004 e vigente até o momento desta escrita, e a PNAISH em seu texto original, de 2009 (que posteriormente, em 2021, foi revisada e atualizada, o que aprofundaremos adiante). Ambas as publicações foram elaboradas e distribuídas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Atenção à Saúde e pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A PNAISM foi feita pela Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) e, evidentemente, a PNAISH foi feita e revisada pela Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) – PNAISM não tem, junto à ficha catalográfica, sinalização de revisão. Vejamos ambas as capas, neste primeiro momento apenas para adentrarmos o campo – em subcapítulos adiante, as mesmas serão retomadas para compor a análise.

Figura 6 – Capa e contracapa PNAISM



Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 7 – Capa e contracapa PNAISH



Fonte: Ministério da Saúde.

O sumário da PNAISM é composto por: apresentação, abreviaturas, introdução, saúde da mulher e o enfoque de gênero, evolução das políticas de atenção à saúde da mulher, situação sociodemográfica, breve diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil, humanização e qualidade: princípios para uma Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, objetivos específicos e estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, referências bibliográficas e parcerias. Percebo a presença de dois capítulos teóricos, um em relação ao que o documento nomeia como “enfoque de gênero” e outro para contar a história das políticas anteriores a esta. O termo “enfoque de gênero” aparece inúmeras vezes no documento, bem como sinônimos a ele (como é o caso de “perspectiva de gênero”), e sobre eles debateremos à frente, uma vez que, tamanha sua

aparição, lhe foi designado uma categoria de análise, a qual nomeei, para os fins desta pesquisa, como “aporte conceitual”.

O sumário da PNAISH é um pouco mais enxuto, sendo composto por: apresentação, abreviaturas, introdução, metodologia de construção da política, diagnóstico, princípios, diretrizes, objetivos, responsabilidades institucionais, avaliação, bibliografia e anexos. São apenas dois anexos: a portaria nº 1.944, que institui a política, e uma extensa lista nominal de instituições e profissionais que auxiliaram a construção da política. É interessante observar que o documento conta com um capítulo metodológico, eficiente em expor o modo como se fez a PNAISH, inclusive mencionando o número de eventos necessários para tal – sobre eles, entretanto, não encontrei maiores registros online. Veremos adiante sobre o uso de léxicos na PNAISH que remetem à agilidade e às ações em si, como se o documento tivesse pressa em demonstrar sua funcionalidade, relacionando-se muito mais com termos como “racionalidade”. A aparição de um capítulo dedicado exclusivamente à metodologia, entretanto, é curiosa porque, no curso dele próprio, é mencionado que sua construção foi feita em paralelo à PNAISM. Entretanto, a PNAISM tem dois capítulos teóricos, e a PNAISH apenas um capítulo metodológico, o que faz um aceno aos dois gêneros em suas constituições hegemônicas sócio-históricas, como opostos complementares: enquanto a saúde de mulher serve ao seu público informações teóricas e sensíveis, a saúde de homem serve aos seus usuários informações descritivas e racionais sobre as ações. Para Judith Butler (2019), o dualismo no binário de gênero corresponde à fração corpo-mente – o feminino expressando corpo (emoção, natureza, sensibilidade) e o masculino expressão mente (método, raciocínio, pensamento).

Além disso, o léxico “gênero” aparece apenas no sumário da PNAISM. Para a historiadora e professora Joan Scott (1989), falar de “gênero” geralmente é falar de mulheres, especialmente quando estamos em instâncias e debates simplificados, que não objetivam questionar relações sócio-históricas. No capítulo “saúde da mulher e o enfoque de gênero” da PNAISM, as condições sociais, econômicas e políticas de mulheres é debatida em comparação constante à de homens, como demonstram os seguintes recortes:

O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas (...); Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas (...). O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação (...) Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher (Brasil, 2004, p. 12, grifo da autora).

No mesmo capítulo da PNAISM, algumas linhas abaixo, Joan Scott (1989) é referenciada para definir: “o gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado”⁵³ (Scott *apud* Brasil, 2004, p. 12). Entretanto, retomando o texto da autora para propor a presente arguição, percebo que a continuidade da discussão proposta por ela parece ter sido ignorada para a construção do documento, uma vez que Scott (1989, p. 7) afirmará, ainda na mesma página, que “o uso do ‘gênero’ coloca a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade”. Veremos adiante quais posturas o documento toma em relação ao binômio sexo-gênero, mas, por ora, nos é suficiente afirmar que gênero, aqui presente apenas para titular capítulos de saúde de mulher, se refere às relações binárias entre dois sexos e faz ver que falar de gênero é falar de mulher. Homem, também identidade de gênero, tem uma política com seu nome que afirma ter sido constituída em paralelo à PNAISM (Brasil, 2009), mas omite no sumário a discussão de gênero, bem como em seu corpo textual pouco mencionará as mulheres a título de comparação, como tantas vezes optaram por fazer na política de saúde da mulher.

Possivelmente, adiantei-me alguns passos na análise, e certamente retomarei a professora Joan Scott nas páginas seguintes desta dissertação. Voltemos à imersão nos dois documentos. Nas capas deles, exibidas acima, lê-se “Princípios e Diretrizes”. Foi preciso bom investimento de tempo e turismo textual (Diniz, 2024)⁵⁴ para refletir e analisar ambos os léxicos. É o pesquisador Gustavo Matta (2007) que nomeia a dificuldade que encontrei. Para ele, diferenciar os princípios das diretrizes no âmbito do SUS é tarefa delicada, uma vez que, quando cruzamos diferentes fontes documentais, podemos encontrar os mesmos dizeres compondo tanto um princípio quanto uma diretriz. Portanto, um passo para trás: busquemos pela etimologia de ambos os termos.

A palavra “princípio” pode significar início, fundamento, embasamento, regra. Já o substantivo “diretriz” se relaciona com o termo “objetivos”, significando “aquele que guia” ou mesmo um conjunto de normativas que direcionam algo (Dicio, s.d.). Percebe-se, portanto, que mesmo o significado dos dois termos no nosso dicionário pode ser similar: da mesma forma que “princípio” pode significar regra, “diretriz” pode significar conjunto de regras. Matta (2007) realiza uma análise documental no âmbito do SUS para concluir que “princípios” tem maior relação com aspectos estruturantes e representam mais os aspectos morais, enquanto

⁵³ A frase original, no texto de Joan Scott (1989, p. 7), é: “O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado”.

⁵⁴ A professora Débora Diniz, em sua obra mais recente *Carta de uma orientadora* (2024), nomeia como “turismo textual” o movimento acadêmico de buscar por fontes que discutam determinado tema de interesse.

“diretrizes” relaciona-se mais com aspectos organizativos e estratégicos. Assim, vem primeiro um princípio e, seguinte a ele, uma diretriz que objetivará alcançá-lo. O pesquisador (2007) elabora uma comparação entre o texto da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde (a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), para demonstrar que alguns tópicos aparecem no primeiro como diretrizes e, escritos da mesma forma, aparecem como princípios no segundo documento. Dentre os itens, está a integralidade. Esta repetição pode estar relacionada ao que já abordei no capítulo 3: integralidade é um princípio com diferentes abordagens, sendo compreendido por diferentes autorias de políticas de formas distintas, podendo dizer mais sobre a integralidade da equipe ou a integralidade na/da visão de sujeito.

Tanto PNAISM como PNAISH têm, portanto, os mesmos princípios: a humanização e a qualidade. Para Gustavo Matta (2007), a humanização relaciona-se com a integralidade em uma das suas possíveis dimensões: enquanto uma escapatória à lógica biomédica, que reduz o sujeito ao seu quadro sintomático e individualiza sintomas e sofrimentos. Humanizar, neste sentido, é reconhecer as complexas e múltiplas dimensões de saúde e de não-saúde. A PNAISH não explica o que quer dizer com “qualidade”, mas a PNAISM dedica um parágrafo para definir o termo: a qualidade refere-se à qualidade da atenção ao público usuário, qualidade que só será alcançada com o rompimento com a lógica biomédica, a partir da compreensão de “questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais” (Brasil, 2004, p. 59). Vejamos como ambos os documentos apresentam seus princípios:

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (Brasil, 2004, p. 59).

Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais (Brasil, 2009, p. 28).

Ao mesmo tempo que a menção à humanização na PNAISM acena à Política Nacional de Humanização como uma aposta ético-estético-política (Brasil, 2003) e ao princípio da integralidade, ela é seguida do enunciado “resolução dos problemas identificados”. A saúde, quando se pretende integral, extrapola os tratamentos das demandas: práticas integrais são aquelas cuja missão é prevenir adoecimentos e promover saúde(s), o que envolve aspectos sociais, culturais, geracionais, territoriais, raciais e de gênero e sexualidade. Além disso, o mesmo documento menciona o autocuidado como uma das traduções para humanização e qualidade do serviço. Sem dúvidas, especialmente em tempos de produção neoliberais, o autocuidado se faz importante ferramenta de resistência ao modelo do corpo-máquina, tendo

se tornado uma bandeira de resistência do movimento negro feminista estadunidense na década de 1980. Como aponta Mozdzenski (2025), o autocuidado se tornou, a partir dos anos 2000, um produto de estilo de vida vendido mundialmente, impulsionando os mercados da beleza e do bem-estar físico. Conforme veremos adiante, a PNAISM também se preocupa com a sobrecarga de mulheres diante dos trabalhos de cuidado (cuidar da casa, cuidar de crianças, cuidar de idosos, cuidar de maridos...). Humanizar, nesse sentido, pode promover mais uma relação de cuidado – consigo mesma –, podendo produzir autocobranças e se tornando interessante ao capitalismo, produzindo necessidades antes inexistentes. Seriam humanização e qualidade do atendimento princípios suficientes?

A mesma pergunta pode ser feita à PNAISH que, em seu diagnóstico, reconhece a complexidade dos contextos de adoecimentos do seu público. Em páginas anteriores, a política discorre sobre os aspectos sócio-históricos e culturais da masculinidade hegemônica, arguindo que os homens cuidam menos da saúde porque creem que são invulneráveis, porque estão trabalhando no horário de funcionamento das UBS, porque são muitas as filas para acessar um espaço de saúde e porque este seria dedicado às mulheres, crianças e idosos. A política, portanto, reconhece que “(...) a concepção ainda prevalente de uma masculinidade hegemônica é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde” (Brasil, 2009, p. 6), assim como reconhece que “as masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação” (Brasil, 2009, p. 6). Portanto, obedecer às peculiaridades socioculturais dos sujeitos não seria pactuar para que as masculinidades sigam como determinantes sociais em saúde que sobrecarregam outros sujeitos e fazem com que o público de usuários permaneça à revelia?

Por fim, há um princípio nas duas políticas que não é nomeado, mas seus nomes o anunciam: o binário de sexo-gênero. A binariedade aqui funciona para elencar “mulher” e “homem” como dois segmentos populacionais, com corpos padronizados e performances normalizadas, que não apenas se opõem, como também se complementam, à medida em que ambos os documentos ressoam a heterossexualidade compulsória, deixando às margens as experiências não-heterossexuais. São abertos parênteses para falar das mulheres lésbicas, que aparecem no capítulo de diagnóstico da Política de Saúde da Mulher, mas não nos objetivos, e para falar de homens gays, que não passam de menções nos objetivos da Política de Saúde do Homem, junto a todas as outras diversidades das masculinidades. As identidades sequer entram em jogo, operando no não-dito a normativa cisgênera e a diferenciação sexual colonial, biomédica e reducionista do binômio mulher-homem. Para María Lugones (2020), esse modo de definir sexo reduzido a cromossomos e genitálias, padronizados como fêmea ou macho, é

uma artimanha colonial que se voltou para corpos eurocêntricos, burgueses, cisgêneros, heterossexuais e brancos para produzir as verdades em relação à diferenciação sexual.

De acordo com Berenice Bento (2017), as formações nas áreas da saúde também continuam estruturadas por noções binárias de sexo-gênero, o que compromete centralmente a atenção integral à saúde das pessoas trans, atualmente garantida pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT+ e pela Portaria nº 2803, de 19 de novembro de 2013, que garante o processo transexualizador pelo SUS. Entretanto, essas noções também constituem as próprias políticas em saúde, como é o caso da PNAISM e da PNAISH, à medida em que, apesar de avançarmos em parte com a PNSI LGBT, seguimos enfrentando entraves nas disputas pelas identidades “mulher” e “homem”, atualmente ainda cisheterocentradas, o que evidencia o sistema colonial/moderno que governa a seara da garantia de direitos. Furos e rasgos acontecem, mas a regra segue ciscolonial e heterossexual.

A tese defendida por Viviane V. (2015) diz respeito às três características que fazem a cisgeneridade operar como normativa colonial/moderna. São elas: a pré-discursividade, a binariedade e a permanência. A pré-discursividade diz respeito às características muito bem delimitadas para definir a existência de apenas dois sexos biológicos: macho e fêmea. Além disso, a estas duas categorias identitárias elencadas, são atribuídos dois conjuntos socioculturais: a fêmea será uma mulher com tudo o que está instituído culturalmente à posição; o macho será um homem com tudo o que está instituído culturalmente à posição, mesmo quando processos subjetivos e interseccionais estiverem acontecendo em contramão. Nesse sentido, a binariedade aparece como uma artimanha à medida que, definidos dois sexos-gêneros, eliminam-se todas as outras diversidades de corpos e identidades, de modo que “(...) a binariedade como uma normatividade sociocultural eurocêntrica define e restringe os destinos de muitos deles [corpos e gêneros] mundo afora” (p. 64).

Por fim, a permanência diz respeito aos dois sexos-gêneros que atravessam os tempos como categorias coloniais fixadas e fixantes; fixadas porque seguem estabilizadas e fixantes porque estabilizam as identidades de sujeitos. Mais à frente, abordarei a diferenciação sexual e sua construção pelo poder/saber médico, mas, ainda à respeito do princípio da binariedade de sexo-gênero que constitui as duas políticas, é pertinente retomar a obra de Berenice Bento (2017). A autora afirma que a produção do sexo como acontecimento biológico e dado pela natureza também produz a essencialização da dimensão dos gêneros, como se fossem os complementos das características sexuais, o que acaba por naturalizá-los do mesmo modo. Essa homogeneização também constitui as duas políticas aqui analisadas, que até mencionam múltiplas mulheres e múltiplas masculinidades, mas o fazem como comentário, como exceção;

a regra mantém-se cisgênera, do mesmo modo que grande parte dos discursos mantém-se direcionados à posição de fêmea-mulher-heterossexual e macho-homem-heterossexual. Entre os polos, o limbo permanece nebuloso e proibido, de modo que mesmo as pessoas trans são convidadas pelo aparato médico a se parecerem o mais cisgêneras que conseguirem, encerrando uma travessia cujo destino final seria o corpo e a performance normativa, para manterem a estabilidade da cisgeneridade (Favero, 2022).

Conforme evidencia a PNAISH (Brasil, 2009, p. 9), “mulher” e “homem” são não apenas opostos como também são complementares: “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”. Percebemos, portanto, que a binariedade não emerge junto apenas da cisgeneridade como norma, mas da heteronormatividade. Para Butler (2019), a relação sexo-gênero exclusivamente binária tem profunda ligação à heterossexualidade, uma vez que a mesma naturalização às quais passam os corpos, também passam os desejos.

Em relação às diretrizes dos dois documentos, não nos demoraremos tanto em descrições, uma vez que diversos enunciados serão esgarçados e analisados em tópicos seguintes. Em relação à humanização e à qualidade da atenção, a PNAISM estabelece diretrizes que versam sobre atendimento de demandas, controle de patologias, inclusão de diferentes grupos populacionais e atendimentos ampliados para além do aspecto biológico. Em relação aos mesmos princípios, a PNAISH estrutura suas diretrizes a partir de quatro aspectos: a integralidade, compreendida por dupla perspectiva (integralidade dos níveis de atenção e complexidades dos modos de vida de cada sujeito); factibilidade, reconhecendo os recursos disponíveis para realização da política em todo o território; coerência, no sentido de dialogar com o SUS; e viabilidade, no sentido de compreender as possibilidades de execução da política.

6.1.3 Aparas, pontas, quinas: pedaços pontiagudos dos papéis

Considero que, ainda neste tópico, estamos no movimento de chegada ao campo documental. Pensar o manejo de papéis requer correr o risco de espetar os dedos nas quinas e aparas. Pedaços cujo recorte criou pontas afiadas que delimitam as margens. Assim foi a entrada no texto – tateando as frases e encontrando as partes lisas, cuja composição é uniforme, tateando os trechos rugosos, cujo manejo extrapola o tempo da escrita, referindo-se às disputas historicamente travadas, e tateando os termos ásperos e pontiagudos, cuja leitura causa algum estranhamento, como aquele que sentimos diante de um sutil desafino na melodia do violão, ou diante de uma mudança abrupta na sinfonia. Retomando Foucault (2008a), concluo que

estes primeiros estranhamentos foram as identificações dos primeiros enunciados à análise, cujo aparecimento relaciona-se com uma materialidade, uma posição de sujeito e um campo de associação de enunciados, extrapolando o texto aberto na mesa. Para o autor (p. 114), “(...) há enunciação cada vez que um conjunto de signos for emitido”, a cada vez que for possível perceber, aglutinado ao enunciado, um conjunto de outros enunciados.

Tomemos um trecho em que a PNAISM apresenta suas diretrizes. No segundo tópico disposto, lê-se:

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). (Brasil, 2004, p. 63, grifos nossos).

Segundo o dicionário (Dicio, s. d.), “atingir” é um verbo transitivo que pode significar chegar até, alcançar, aproximar, dizer respeito a, lograr, englobar, incluir; mas também pode significar acertar, afrontar, fazer ofensa a, machucar, ferir. Portanto, o termo pode dar, pelo menos, dois diferentes sentidos à frase. A ambiguidade do verbo faz com que surjam campos de enunciados associados distintos: por um lado, a política tem caráter relacional com o grupo que a auxiliou na sua construção e que dá nome a ela; por outro, o uso do verbo evidencia o caráter controlador da PNAISM.

“Atingir” relaciona-se com a tecnologia da biopolítica que opera na carne, que localiza o alvo nos corpos, não para eliminá-los, mas para administrá-los. A categoria “mulher” se torna público-alvo de um conjunto de normativas que organizam os modos de vida, não à toa a partir de um documento cujo tom é, muitas vezes, educacional. Na página 60 (Brasil, 2004), lê-se: “acolhimento amigável (...), buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções (...)”. Em outro trecho (p. 64), o documento explicita que deseja fazer com que “(...) melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde (...)”. Nesses trechos, opera o biopoder que objetiva a disciplina desses corpos nomeados “mulher”, que devem aprender a se cuidar e se vigiar conforme consta o regulamento instituído pela política, e não mais por saberes tradicionais, coletivos, ancestrais e originários. Opera, portanto, um poder que objetiva atingir as carnes para discipliná-las, homogeneizando suas características múltiplas e diversas em sujeitos que se vigiam (Foucault, 2009).

A partir das reflexões propostas por Michel Foucault (2009), é possível refletir que as tecnologias de administração da vida não acontecem na PNAISM somente na dimensão do corpo, para produzir e manter um padrão específico de “mulher”. Opera também a biopolítica,

à medida em que as normativas do documento político dizem respeito às dimensões populacionais, regulando aspectos de natalidade e anticoncepção e mortalidade materna e infantil, à medida em que versam sobre o uso de métodos contraceptivos, sobre o apoio em casos de infertilidade e sobre os acontecimentos e procedimentos do aborto e da gestação, parto e pós-parto. “Atingir”, nesse sentido, também faz ver e faz falar sobre a abrangência desse Estado, de modo que o alvo não é apenas a categoria “mulher”, mas a categoria “família” e a categoria geral “população”, administradas por tecnologias, como a medicalização, que atingem diretamente os corpos dessas sujeitas. Nas palavras do autor (2009, p. 292):

Eu lhes assinalo (...) alguns dos pontos a partir dos quais se constituiu essa biopolítica (...): é da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio, é disso tudo que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder.

Entretanto, não é porque estamos diante de um poder que se ocupa da administração da vida que estaríamos diante de um poder que não mata. “Atingir” também se relaciona com as lógicas racistas que colocam a mira em corpos pardos, negros e indígenas, periféricos e pobres. A partir da obra de Achille Mbembe (2018), podemos compreender que, nos contextos onde operam a colonialidade, também opera não apenas um biopoder, mas um necropoder, à medida em que é feita uma cisão entre quem é humano e quem não é humano. O cientista político camaronês parte das noções conceituais de Michel Foucault, mas produz um giro: ao invés de se deter ao estudo do poder que administra a vida, se atenta ao estudo do poder que administra os corpos que devem morrer, àqueles cuja posição de humanidade é negada. “Atingir”, nesse sentido, não se relaciona somente com o controle da capacidade reprodutiva dos corpos nomeados “mulher”, como também diz respeito a um Estado que produz a morte de determinados grupos populacionais.

Nessa seara, dois discursos da Política de Saúde da Mulher merecem atenção. Como segundo objetivo geral, o documento elenca: “Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida (...)” (Brasil, 2004, p. 67, grifo da autora). Como evidencia Sueli Carneiro (2023), o enunciado grifado tem origem médica, se referindo às mortes cujas causas poderiam ter sido tratadas ou mesmo prevenidas por procedimentos de saúde. A plataforma DATASUS elenca mais de trinta causas de morte como evitáveis, mas os objetivos da PNAISM demonstram que as fatalidades que o documento objetiva reduzir são especificamente relacionadas à mortalidade materna e mortalidade infantil. Como colocam algumas autoras (Carneiro, 2023; Leal et al., 2017; e Lima et al., 2021), a maior parte destes casos acontecem com a população negra, mas nenhum objetivo específico para combater as lógicas racistas nos âmbitos da saúde foram elencadas –

sequer o léxico “racismo” aparece na política. “Atingir”, portanto, diz respeito a diferentes incidências, de modo que os corpos negros, pardos e indígenas serão ainda mais afetados por causas que poderiam ser evitáveis, mas por exercício da necropolítica no país, não são interrompidos.

Os discursos de ambas as políticas abordam temáticas sobre matar e morrer, assim como gestar e nascer, desde violências contra mulheres até violências no trânsito, até processos de luto por mortes evitáveis. O segundo discurso que destaco também tem relação com a necropolítica. No capítulo de diretrizes da Política de Saúde da Mulher, no décimo tópico, lê-se:

As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio de humanização (...) que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares. (Brasil, 2004. p. 64-65, grifo da autora).

É compreensível que estamos na seara da saúde, e não da segurança pública. Entretanto, nas páginas anteriores, o documento ressalta seu compromisso com o trabalho junto a outros setores governamentais e, dentre eles, o primeiro a ser mencionado refere-se à segurança. Ao reler o trecho grifado algumas vezes, muitas cenas de acontecimentos que se repetiram nos últimos vinte anos começam a aparecer. O mais recente: no final de outubro de 2025, mais de cento e vinte corpos são retirados da mata por moradores do Complexo da Penha, no Rio de Janeiro, e expostos em praça pública para serem identificados. A cena se torna ainda mais forte porque, ao redor deles, estão familiares e, principalmente, mulheres, que choram a morte de filhos, irmãos, maridos e amigos⁵⁵. Era a manhã seguinte de mais um episódio da artimanha necropolítica nomeada “guerra às drogas”, cujo objetivo é, na verdade, produzir o genocídio da população preta, parda e favelada, como afirma Gomes (2021).

No curso desses eventos, como pensar a saúde da categoria “mulher” em territórios em que a política vigente é aquela da morte? Como pensar na redução do sofrimento associado à morte de familiares que é produzida pelo próprio Estado? Ao mesmo tempo em que o verbo “atingir” sinaliza o controle dos corpos pelos documentos em saúde, os alvos não são todos iguais. Mulheres negras, pardas, pobres e faveladas não deixam de morrer por causas evitáveis, como é o caso da bala perdida, assim como seus sofrimentos não são de interesse do Estado

⁵⁵ Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2025/10/29/corpos-sao-levados-por-moradores.ghtml>

que, pelo necropoder e pela lógica neoliberal, sequer lhes garante o direito ao luto. A escala de trabalho não vai parar⁵⁶.

Embora, em sua introdução, a Política de Saúde da Mulher ressalte que “o Ministério da Saúde (...) elaborou o documento (...) em parceria com (...) o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais (...)” (Brasil, 2004, p. 5, grifo da autora), essas sujeitas, bem como todas as que couberem nas posições “mulheres”/“mulher” aparecem novamente nas diretrizes como alvos das ações. No trecho acima, portanto, vemos que quem, de fato, está exercendo o poder e garantindo os rumos das ações é o Estado. No jogo discursivo cuja posição enunciativa está para ser ocupada, não são os movimentos sociais participantes nas discussões aqueles que tomam o assento da pronúncia discursiva. O Ministério da Saúde, repartição do Governo Federal, é aquele quem fala no documento, quem determina e exerce o discurso – não aparecem, em nenhum momento, os movimentos sociais ocupando a posição de poder na/da política. Ao contrário, o trecho evidencia o exercício da governamentalidade, termo emergente na obra de Foucault (2004, p. 143), conforme afirma:

Por esta palavra, “governamentalidade”, entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança.

“Atingir”, nesse sentido, acena à forma de Governo estudada por Michel Foucault (2004), cujo foco não é mais o território com suas bordas e seus recursos, mas as massas populacionais, a serem deixadas para morrer ou a serem feitas a viver. Na verdade, antes de estudar as populações, o autor reconhece que o poder, compreendido como ação, acontece no que ele chama de meio. Para o autor (2004, p. 28), uma das possibilidades para o meio é “(...) uma multiplicidade de indivíduos que são e que só existem profunda, essencial, biologicamente ligados à materialidade dentro da qual existem”⁵⁷. Nesse sentido, o poder não mais incidirá exclusivamente na terra, na cidade, mas “(...) vai-se procurar atingir, precisamente, uma população”.

A governamentalidade, segundo Michel Foucault, dispõe de diversas tecnologias – de segurança, de economia, de disciplina –, sendo a biopolítica à qual ainda nos demoraremos em

⁵⁶ O texto “amanhã a babá não trabalha” de Thaís Cremasco (2025) escancara a cruel realidade de moradores e moradoras das favelas que, mesmo após os massacres que acontecem em seus territórios, contra os seus, devem continuar as rotinas precarizadas de trabalho. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/a-baba-a-favela-e-o-centro/>

⁵⁷ Voltaremos aos mesmos escritos de Foucault quando chegar a hora de discutir a suposta ligação biológica entre sujeitos cujo meio nomeia-se “mulher” e “homem”.

páginas a seguir na análise. Para o autor, exercer poder sob uma população é dar conta de administrá-la. Para tal, “é necessária (...) uma política de saúde capaz de diminuir a mortalidade infantil, de prevenir as epidemias (...), de intervir nas condições de vida, para modifica-las e impor-lhe normas” (Foucault, 2004, p. 494). Retomemos o último trecho citado diretamente da PNAISM: as normativas devem incidir (outro sinônimo possível para “atingir”) sobre a vida de mulheres em suas diversidades, inclusive em diversas idades, para, dentre outros objetivos, reduzir a “morbidade e a mortalidade feminina no Brasil” (Brasil, 2004, p. 67).

A posição de sujeito nomeada “mulher”/“mulheres”, quando em relação ao verbo “atingir”, é uma posição passiva, desencontrando-se com a posição ativa designada em trechos introdutórios do documento relativos a alguns movimentos feministas. Eles foram parceiros na constituição do texto, e embora não seja evidente na PNAISM de que modo exatamente a parceria aconteceu, nas determinações das ações, integrantes de movimentos são alvos de controle deste setor populacional. O modo como estes movimentos devem ser “atingidos” está elencado em alguns objetivos específicos, conforme demonstram os trechos a seguir:

Estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionadas à saúde da população negra. (...) Introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde. (...) Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres: - promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher. (Brasil, 2004, p. 72, grifos nossos).

Durante as primeiras leituras dos papéis da PNAISM, anotei uma pergunta em meu diário de campo: Para quem este documento é feito? Embora tenha três objetivos gerais e uma extensa lista de objetivos específicos, o texto não direciona ações, deixando para fazê-lo apenas no plano de ação cuja validade foi 2007 (Brasil, 2004). Ao começar a leitura da PNAISH, algumas semanas depois, deparei-me com, após a lista de objetivos específicos, uma série de atribuições institucionais, separadas por responsabilidades nacionais, estaduais e municipais. Nesse sentido, pude concluir que ambos os documentos não são materiais de estudo para as equipes multidisciplinares, até porque são pouco descritivas ou diretivas. São mais guias de orientações de condutas para que políticos, gestores e administradores públicos possam construir programas, folhetos, estratégias, ações e práticas. De acordo com Mattos e Baptista (2015, p. 101), “a política (...) aponta para certas possibilidades de pensamentos (ideias, conceitos) e caminhos, e exclui outras”.

Além disso, ambos os textos mencionam a intenção de incentivarem o autocuidado. A PNAISH objetiva este estímulo, colocado logo na introdução, sob a justificativa de que os

homens não se cuidam e, quando não são cuidados, acabam chegando aos serviços de saúde pela atenção terciária. O autocuidado aparece para a categoria “homem” como o compromisso em “mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia de seu direito social à saúde (...)” e “(...) tornar os homens protagonistas de suas demandas” (Brasil, 2009, p. 7). Para alcançá-lo, há um objetivo específico: “estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o auto-cuidado com sua própria saúde” (Brasil, 2009, p. 32). A PNAISM mira o autocuidado também através da disseminação de informações, como aparece nas diretrizes: “As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização (...) que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida” (Brasil, 2004, p. 64).

As práticas educativas e informativas aparecem como os meios pelos quais os sujeitos poderão cuidar de si – as políticas ensejam produzir como efeito corpos educados. O termo remonta à obra *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*, organizada pela professora Guacira Lopes Louro (2000). Para a autora, a educação sexual, quando não libertadora (em aceno ao educador Paulo Freire), confina o uso dos prazeres à utilidade reprodutiva na matriz heterossexual e matrimonial e passa a nomear as margens como anormais, desviantes, proibidas. Um corpo educado pode ser um corpo capaz de suportar horas de aula dentro de uma sala, sentado à carteira, escrevendo a matéria do quadro. “Um corpo disciplinado pela escola é treinado no silêncio e num determinado modelo de fala (...)” (Louro, 2000, p. 14), e um corpo investido pelas políticas de saúde nomear-se-á homem ou mulher, educando-se de seus conteúdos específicos.

Um corpo educado, sobretudo, requer anteriormente um corpo-a-ser-educado, cujos conhecimentos inexistem, são insuficientes ou incabíveis. Nesse sentido, a educação de corpos, especialmente nos campos dos direitos sexuais e reprodutivos como por vezes aparecem em ambas as políticas, é uma ação colonial. Pressupor que as mulheres – esta categoria tida como unificada, uniforme – em território brasileiro carecem de melhorias em seus graus de relação com os próprios corpos é ignorar uma ampla e diversa memória comunitária, originária e africana de saberes, construída através dos tempos e sistematizada pela oralidade entre ancestrais e descendentes. Sabino e Santos (2023, p. 17) afirmam que “para se manter a colonialidade do poder/saber, a colonização europeia ou destruiu o conhecimento dos povos originários (...) ou impôs a hegemonia do conhecimento eurocentrado (...)”. Quando, ainda nos princípios, o documento da Política de Saúde da Mulher diz que “humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos (...)” (Brasil, 2004,

p. 59), não menciona quais sujeitos poderão ocupar as posições de partilha de seus saberes – ao longo do texto cuja linguagem se resguarda à lógica biomédica, não há espaço para os saberes múltiplos e que escapem às lógicas científicas hegemônicas.

Cabe ainda refletir sobre uma dicotomia aparente na PNAISM. Ao mesmo tempo que a categoria “mulher” precisa ser educada, conforme já discutimos acima, uma das diretrizes sugerem que mesmo este corpo a ser educado é um corpo a ser responsabilizado:

A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas (Brasil, 2004, p. 64, grifo da autora).

Quando o cientista social Sérgio Carrara (2015) se debruça a estudar o desenvolvimento dos direitos sexuais para além dos aspectos exclusivamente matrimoniais e reprodutivos, reconhece os aspectos de responsabilização pelo controle de si à medida em que “quase nada mais parece ser desculpável ou inocente nesta matéria [de sexualidade]” (2015, p. 335). É possível afirmar que a atribuição da responsabilidade individual sob as próprias práticas sexuais-reprodutivas é uma ferramenta de controle da tecnologia do biopoder, porque, conforme argumenta Michel Foucault (2014a, p. 151-152): “esse biopoder (...) foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população (...)”.

A responsabilidade cujas mulheres são designadas a tomar, na PNAISM, dialoga não apenas com essa intencionalidade pré-discursiva ao qual Carrara (2015) se refere como também com um aspecto mencionado por Rodrigues e Zoboli (2022). Para os autores, que estudavam a biopolítica em relação à categoria “mulher”, a aliança entre medicina e educação produz essa posição de sujeito cuja capacidade de responsabilizar-se por si e pela própria família é inerente e, ao mesmo tempo, compulsória. A dicotomia, portanto, reside justamente na responsabilização de um corpo, na compreensão de que este é um corpo que sabe responsabilizar-se, mas que, linhas abaixo na política, é designado ao setor educacional para tornar-se melhor informado, para receber os saberes necessários. Enquanto na PNAISH aparece o corpo a ser educado, a PNAISM versa não apenas sobre uma outra categoria a ser educada, como também a ser responsabilizada, conforme lhe é esperado, especialmente em nome da família (Rodrigues & Zoboli, 2022), conforme aprofundaremos mais adiante.

Para finalizar as primeiras observações da chegada ao campo documental, é pertinente reforçar que o trajeto inicial teve uma ordem específica: primeiro, me debrucei na PNAISM e,

posteriormente, quando já encerrada a primeira leitura, me ocupei da PNAISH. Esta ordem não se deu apenas por respeito à ordem dos achados em minhas pesquisas no Diário Oficial da União (DOU) e demais fontes de dados já relatadas no capítulo referente à metodologia, mas, sobretudo, à ordem de lançamento dos documentos. E como afirma a professora Andréa Zanella (2013), pesquisar é imergir nas águas do contexto por completo, emergindo molhada/transtornada para relatar, arguir, teorizar. Do mergulho na PNAISM, emergi e, como quem atravessa do rio para o mar, iniciei a leitura da PNAISH.

São, evidentemente, muitas as diferenças estruturais entre os dois documentos, e me atento para não realizar, entre eles, um paralelo comparativo – não é este o objetivo. Muitas das diferenças serão expostas neste capítulo, bem como as similaridades serão analisadas. Por ora, ainda estamos nos primeiros achados entre princípios, objetivos e diretrizes, estas últimas às quais a Política de Saúde do Homem dispõe dez. O léxico “ações” aparece em seis delas. No quinto tópico, o setor da educação é mencionado para ser “(...) promotor de novas formas de pensar e agir” (Brasil, 2009, p. 30, grifos nossos); no nono tópico, o texto sugere monitoramento para “(...) tomadas racionais de decisão (...)” (Brasil, 2009, p. 30, grifo da autora). Os três termos sublinhados mantêm com a repetição de “ações” uma relação específica que, a partir do estudo do método arqueológico de Foucault (2008a), torna possível identificar como enunciados. Estamos diante de uma formação discursiva que não tem na PNAISM uma correspondente: a categoria “mulher” não foi, no texto do documento, relacionada à racionalidade ou à ação, praticidade ou agilidade, ainda que se tratasse de uma série de normativas para práticas em saúde.

Está disposto um conjunto de regras (Foucault, 2008a) para a prática de “saúde do homem” que definem a especificidade desta posição de sujeito como ligada à racionalidade. A partir da metodologia de análise do discurso Foucaultiana, surgem duas perguntas diante de tal repetição: Por que este discurso e não outro em seu lugar? Para quê? Iniciemos as possíveis respostas às perguntas refletindo sobre a masculinidade hegemônica, a qual inclusive é citada pela PNAISH no início do documento. Para Vicente e Sousa (2006) um dos seus muitos aspectos constituintes seria justamente a racionalidade junto à insensibilidade emocional. Também Berenice Bento (2017) reflete sobre a padronização comportamental racional, objetivo, frio e heterossexual à qual algumas sociedades submetem homens (cisgêneros). Ao estudar a relação binária mulher-homem/fêmea-macho, Judith Butler (2019. P. 75) afirma:

Como na dialética existencial da misoginia, trata-se de mais um exemplo em que a razão e a mente são associadas com a masculinidade e a ação, ao passo que corpo e natureza são

considerados como a facticidade muda do feminino, à espera de significação a partir de um sujeito masculino oposto.

A PNAISH está atenta à lógica misógina da masculinidade hegemônica, especialmente na introdução do documento, responsabilizando-a pela distância entre esses sujeitos e as unidades de saúde. O texto reconhece não apenas a sobrecarga das famílias (mulheres) que precisam cuidar de homens adultos, como também os efeitos negativos que estes sujeitos sofrem por não se cuidarem e se prevenirem. Porém, o objetivo geral da PNAISH é:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (Brasil, 2009, p. 31, grifo da autora).

Embora seja colocada como elemento constitutivo da masculinidade hegemônica, a racionalidade aparece como característica de ação junto à população, sendo, ela mesma, absorvida pelo documento. É relevante retomar a pontuação feita por Judith Butler (2019): historicamente, nossas culturas ocidentais colaram a natureza e o corpo no feminino, e a complexidade da mente e do racional no masculino. Portanto, a racionalidade aparece não mais como um aspecto a ser enfrentado, mas como aspecto incorporado no enfrentamento. É, na verdade, ela mesma o meio pelo qual se enfrentará os desafios da “saúde do homem”. Juntos às ações, ao agir e ao pensamento, estamos diante de uma formação discursiva que busca estabilizar o gênero (viviane v., 2015) à medida que o reafirma após questioná-lo, que mantém seus elementos estruturantes das ações de saúde e se conforma com a masculinidade como se apresenta.

Entretanto, antes de adentrarmos e adensarmos a seara de sexo-gênero na análise dos documentos, é pertinente apresentar a análise sobre o aporte conceitual que os constituem, realizada para compreendê-los desde seus arcabouços teórico-metodológicos. A partir de quais pressupostos são produzidas a PNAISM e a PNAISH? Por quais lentes as duas políticas observam as categorias “mulher” e “homem”?

6.2 A gramatura do campo documental: investigações sobre o aporte conceitual das duas políticas

Neste subcapítulo abordaremos alguns elementos conceituais da PNAISM e da PNAISH, analisando-os e problematizando-os. Com este termo, “elementos conceituais”, me refiro às estruturações teórico-conceituais dos dois textos, ao arcabouço epistemológico que oferece condições de possibilidades (Foucault, 2008a) para que ambas as políticas sejam

desenvolvidas. Me refiro, também, às lógicas que orientam os dois documentos de princípios e diretrizes. Durante o processo de colagem, entramos em contato com as diferentes gramaturas dos papéis - ou, em outras palavras, as diferentes densidades dos materiais. Alguns serão mais finos, fáceis de rasgar e exigirão delicadeza no corte; outros papéis terão maior densidade, serão mais grossos e resistentes e, por isso, difíceis de manusear, cortar e colar. Neste subcapítulo, portanto, investigo alguns aspectos que constituem a densidade das duas políticas e compõem a gramatura desses papéis, dando a eles características próprias de manuseio, profundidade e texturas, permitindo que perpetuem com o passar do tempo.

É relevante ressaltar que não é meu objetivo analisar todos os conceitos abordados nos documentos. Para tal, seria preciso mais tempo do que disponho. Além disso, mantive como bússola a pergunta de pesquisa, de modo que o conceito guarda-chuva analisado fora gênero. Diferentes terminologias são utilizadas em relação a ele: enfoque de gênero, perspectiva de gênero, estereótipos de gênero; e diferentes enunciados e conceitos fluem ao seu redor: equidade, determinantes sociais em saúde, racialidade e interseccionalidade. Todos estes serão esmiuçados nos tópicos a seguir.

6.2.1 Mosaicos generificados

“Gênero” é uma categoria em disputa, cuja arena é ocupada pelos mais diversos movimentos feministas, pelas autorias das teorias *queer* e por grupos sociopolíticos que produzem ofensivas conservadoras, neofascistas e religiosas. Já abordei, no capítulo dois, algumas nuances e conceitos importantes nessa seara, mas é pertinente realizarmos uma breve digressão pelas ondas dos feminismos, para adentrarmos o campo documental (especialmente no que se refere à Política de Saúde da Mulher) tendo sua composição histórica delimitada. De acordo com Guimarães (2020), as lutas e organizações contra o misógina se iniciam antes das estruturas teóricas acerca da categoria “gênero” e, para Joan Scott (1992), é pela tomada do enunciado “gênero” como campo de estudo que ocorre a consolidação de feministas nas universidades e espaços de produção de conhecimento. Isto só é possível, de acordo com a autora, uma vez que, à época, “(...) gênero [era] um termo aparentemente neutro, desprovido de propósito ideológico imediato” (1992, p. 65).

A partir de *Interseccionalidade e Psicologia Feminista*, obra da professora Conceição Nogueira (2017), compreendo que, ao se falar de ondas nos feminismos, não falamos de uma linearidade rígida da história. As ondas feministas não aconteceram fracionadas e distanciadas pelos marcos temporais – aconteceram e acontecem, conforme a autora demarca, em um campo presente de constante disputa. As correntes feministas coexistem e reivindicam a legitimidade

teórico-epistemológica nos diversos períodos históricos e nos diversos espaços. Assim, a imagem de “ondas” é evocada apenas para produzir a ideia de movimento, de fluxos que coexistem e sobressaltam-se, além de evidenciar as teorias que foram mais facilmente circuladas em determinados momentos, embora nunca estivessem totalmente triunfantes. Para além, a ótica das “ondas” conta a história das circulações que ocorreram majoritariamente na Europa e nos Estados Unidos, chegando ao sul global já elaboradas. Este é um dos efeitos da colonialidade – evidentemente, as teorias aqui produzidas não circulavam com a mesma capilarização pelo norte global (Ribeiro et al., 2021). Portanto, antes de retomarmos ao campo documental dessa pesquisa, é pertinente navegarmos pelas ondas analisadas por Conceição Nogueira (2017); não na intenção de dar conta da historiografia de todos os feminismos, não na intenção de assumir os caminhos feministas hegemônico-coloniais; a navegação nos será útil à análise.

A primeira onda identificada do feminismo circulou com maior facilidade a partir da metade do século XIX, majoritariamente no território europeu. Segundo Nogueira (2017, p. 27), “as principais reivindicações desta onda foram essencialmente pelos direitos civis e políticos”, cujas protagonistas nas lutas eram as mulheres (cisgêneras)⁵⁸ europeias, brancas e burguesas. Casamento, família, trabalho e voto estavam em disputa. No Brasil, mulheres negras estiveram liderando reivindicações, como a advogada, jornalista e datilógrafa Almerinda Farias Gama⁵⁹, mas foram marginalizadas na memória sociocultural em detrimento de mulheres brancas eternizadas na história (Ribeiro et al., 2021).

A segunda onda toma o protagonismo em meados da década de 1960 e se organiza em torno das temáticas do corpo, do poder, da diferença sexual, da sexualidade e do feminismo negro. Ribeiro e colaboradoras (2021) afirmam que Simone de Beauvoir⁶⁰ e Angela Davis foram referências durante este período, pautando importantes discussões sobre o binômio (ainda binário) sexo-gênero, e raça e classe, respectivamente. Os movimentos feministas brasileiros, assim como em outros países da América Latina, direcionaram suas ações contra a

⁵⁸ O uso do parêntese é uma tentativa de fazer aparecer a predominância da cisgeneridade nesses movimentos, uma vez que as transexualidades e transgeneridades, à época, eram patologizadas, perseguidas e silenciadas da história.

⁵⁹ Almerinda Farias Gama foi uma mulher negra e nordestina que acompanhou, estudou, se organizou e liderou movimentos feministas brasileiros no século XX, sendo uma figura central para a conquista das mulheres pelo voto. Não há muitos registros escritos de sua vida, mas o trabalho de Patrícia Tenório (2021) resgata memórias e histórias de outras companheiras dela para contar sua história.

⁶⁰ Embora a escritora francesa tenha publicado “O segundo Sexo” em 1949, as reflexões produzidas pela obra passam a ser massivamente circuladas apenas em meados da década de 1960. Entretanto, tão importante quanto dar créditos à Beauvoir é reconhecer o discurso público da afro-americana Sojourner Truth realizado em 1851 em que ela pergunta “E eu, não sou uma mulher?” (tradução nossa), dando contornos interseccionais ao tornar-se mulher, que a filósofa francesa viria, quase cem anos depois, a afirmar. Para mais, ver Ribeiro et al. (2021).

ditadura militar instaurada em 1964. Não constituíam um movimento interseccional (atento à somatória de exclusões quando diante de características como raça, classe e idade), mas universalizado, priorizando a participação e as demandas das integrantes brancas das classes altas (Ribeiro et al., 2021).

Por sua vez, a terceira onda⁶¹ passa a acontecer a partir da década de 1980 e é marcada pelas discussões raciais, por teorias e óticas interseccionais⁶² e movimentos feministas pós-estruturalistas, que também tomavam o conceito de gênero para a discussão, influenciando e dialogando também com o desenvolvimento das teorias *queer* nos Estados Unidos. Assim, diversos movimentos intelectuais feministas se interessaram nos estudos sobre “gênero” enquanto categoria – discutindo e divergindo sobre suas definições e inflexões, problematizando as posições de gênero nas sociedades ao longo dos tempos, e refletindo possíveis saídas das lógicas sexistas e misóginas, conforme elucida Berenice Bento (2017). Para a socióloga, demorar as análises sobre o gênero a partir da perspectiva da diferença sexual tornou grande parte das teorias feministas um reforço às posições binárias e universais. Ainda que se tenha proposto a desnaturalização produzida pelo binômio sexo-gênero, como faz a teórica Simone de Beauvoir e tantas outras, “(...) desnaturalizar não é sinônimo de dessencializar” (Bento, 2017, p. 66). Portanto, por muitas décadas, o feminismo manteve os estudos da categoria “gênero” unicamente a partir das diferenças sexuais, o que o manteve como uma categoria pré-discursiva, binária, colonial, ciscentrada e heterossexista, descolada dos contextos sociais. A emergência dos estudos *queer* produz, finalmente, algumas fissuras na binariedade cisheteronormativa dos estudos sobre as identidades. Nas palavras de Bento (2017, p. 74):

São os estudos queer que apontarão o heterossexismo das teorias feministas e possibilitará, por um lado, a despatologização de experiências identitárias e sexuais até então interpretadas como “problemas individuais” e, por outro, dedicarão uma atenção especial às performances que provocam fissuras nas normas de gênero.

Durante a transição da segunda para a terceira onda, a população brasileira vivia a reabertura democrática e a Constituição Federal de 1988 seria um importante instrumento de organização e reivindicação feminista. Embora neste período tenhamos importantes militantes atentas às realidades latino-americanas, como é o caso da brasileira Lélia Gonzalez e da

⁶¹ Pesquisadoras como Olívia Perez e Arlene Ricoldi (2023) percebem ainda uma quarta onda ocorrendo na atualidade das redes sociais digitais. Para as autoras, a popularização da internet tem remodelado o modo como se organizam e militam movimentos feministas desde 2013. Não adentraremos este debate porque, além de um dever, se inicia após as principais ações de formulação da PNAISM, material que analisaremos à luz dos feminismos.

⁶² Adiante, ainda neste subcapítulo, nos demoraremos no conceito e na lente da interseccionalidade.

argentina María Lugones, que produziram ativamente críticas aos modelos hegemônicos, brancos, binários e coloniais de feminismos, é importante lembrar que as ondas coexistem todas em um mesmo cenário. Ainda que tenhamos tido produções contra-hegemônicas neste período, a tendência universalizante do norte global infiltrava e inchava o pensamento feminista brasileiro em direção às lógicas da branquitude e da hegemonia europeia. Para Bozzano (2019), a força dessa colonização epistêmica de um feminismo universal se dá pela presença em massa de pessoas brancas e burguesas nas instituições de poder (principalmente nas universidades, em suas instâncias políticas e públicas) produzindo conhecimentos escritos sistematicamente.

Conforme já comentei durante a apresentação da política, a PNAISM dispõe de um pequeno capítulo, de duas páginas e meia, com o título “Saúde da Mulher e o Enfoque de Gênero”. “Perspectiva de gênero” é outro léxico que se repete – embora sinônimos, o primeiro termo pode referir-se mais a uma abordagem, enquanto o segundo relaciona-se mais com a ideia de ponto de vista, de uma visão, de acordo com definições do dicionário Priberam (s.d.). No primeiro parágrafo do capítulo, o Ministério da Saúde demonstra um possível modo de conduta da “saúde da mulher”, até então executado, que não deseja assumir mais: “Há concepções mais restritas que abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino (...). Nesse caso estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero” (Brasil, 2004, p. 11). Mais à frente, quando descreve as diretrizes da política, o documento afirma que “a elaboração, a execução e a avaliação (...) deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva” (Brasil, 2004, p. 63). De modo resumido, a apresentação do documento explica o que quer dizer com isso:

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 câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades. (Brasil, 2004, p. 5).

Em relação à PNAISH, discursos relacionados ao léxico “gênero” aparecem apenas nos seguintes trechos da publicação de 2009: “Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializa práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino (...)” (Brasil, 2009, p. 5); “A reflexão crítica em relação à univocidade da masculinidade (...) desdobrou-se no avanço das discussões, que passaram a incorporar as relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doenças e a resgatar os homens como sujeitos do direito à saúde” (Brasil, 2009, p. 10); e “incluir o enfoque de gênero,

orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas” (Brasil, 2009, p. 32). Na atualização da Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem, publicada pela Portaria GM/MS nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021 (Brasil, 2021), o léxico “gênero” deixa de aparecer.

Mesmo após a conclusão da revisão de literatura, continuei buscando periodicamente artigos com os descritores elencados para acompanhar as atualizações no campo científico, o que ocasionou na leitura da pesquisa realizada por Celmaro Brandão et al. (2025). A equipe efetuou uma análise histórico-crítica da gestão federal da PNAISH durante o intervalo de 2009 a 2024, o que permitiu que os autores, portanto, incluíssem a atualização do documento em 2021. Para Brandão et al. (2025), o que ocorreu foi uma revisão do texto que objetivou fazer alterações justamente relacionadas ao aporte conceitual e epistemológico da política. Embora o período de 2019 à 2022 fora marcado pela ascensão neoconservadora masculinista, o que culminou, dentre tantos acontecimentos, na retirada das perspectivas de gênero e sexualidade da PNAISH, os autores ressaltam que nem tudo sucumbiu às forças antigênero⁶³. O texto atualizado da política (Brasil, 2021) ainda trabalha com a ideia de que gêneros são socialmente construídos e que, portanto, a masculinidade hegemônica atravessa o modo como sujeitos lidam com sua saúde, seu corpo e suas relações. Para os autores (2025, p. 8, grifo da autora):

O texto é fruto do processo original de revisão da PNAISH e estabelecia a inclusão entre os objetivos do enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas, registrando, como uma das competências da União, promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero. No entanto, toda essa formulação foi suprimida no texto da portaria de 2021.

Para a feminista Sônia Côrrea (Conectas, 2020), o movimento antigênero não se inicia em 2018 com a campanha à presidência do então candidato Jair Bolsonaro. As ofensivas começam a tomar forma no país a partir dos anos 2000, especialmente através de grupos religiosos. “A partir de 2013, esta ofensiva ganha nova visibilidade por conta do ataque ao Plano Nacional de Educação, em que católicos e evangélicos se juntaram ao movimento Escola Sem Partido num ataque sistemático à inclusão da perspectiva de gênero na educação” (Conectas, 2020, par. 5). Portanto, ainda que o texto original da PNAISH (Brasil, 2009) buscasse, através da educação, repensar os estereótipos de gênero que constituem a masculinidade hegemônica, a partir da próxima década só cresceriam as resistências antigênero por todo o Brasil, o que se torna um dos fatores para que, na celebração de quinze anos da

⁶³ Vale lembrar: as forças antigênero dizem respeito às movimentações que objetivam silenciar e impedir a circulação de discursos relacionados às sexualidades e identidades de gênero que dissidem da cisheteronorma.

política, conforme já comentei, o Ministério da Saúde ainda pautou a mesma temática da masculinidade socialmente ensinada a não cuidar da própria saúde.

No período entre 2019 e 2022, as ofensivas antigênero alcançam as políticas públicas e tomam dimensões estatais, não apenas por movimentações presidenciais como também pelas bancadas ultraconservadoras na câmara dos deputados e no senado brasileiro. Segundo Côrrea e Prado (2024, p. 3), ministérios da educação, direitos humanos, saúde e segurança foram diretamente impactados pela “(...) racionalidade ultraneoliberal predatória que caracterizou o governo Bolsonaro”. Suas relevantes movimentações políticas em prol do apagamento dos discursos sobre gênero e sexualidade podem ser elencadas como um das causas da revisão da PNAISH em 2021, tornando-a livre da ameaça da “ideologia de gênero”, e também do esquecimento da PNAISM, que diz do seu desmonte, à medida em que permaneceu sem atualizações e não foi utilizada para sustentar nenhuma das ações do governo. De acordo com os autores (2024), o campo de direitos das mulheres sofreu não apenas com desmontes de políticas públicas como também com o congelamento de ações políticas progressistas, que passaram a avançar em ritmo muito mais lento, enquanto foi preciso lutar por direitos, antes garantidos, que estavam ameaçados.

Retomemos os Princípios e Diretrizes de ambas as políticas: de modo resumido, enquanto o primeiro documento aborda “ênfoque de gênero” e “perspectiva de gênero” em trechos mais extensos, citando inclusive teóricas feministas como Joan Scott, o segundo aborda “estereótipos de gênero”, pensa “relações de gênero” como determinantes de saúde-doença e quer incluir o “ênfoque de gênero” na educação, fazendo menções resumidas ao assunto. Nesse sentido, a PNAISH não evidencia seu posicionamento teórico diante do campo de estudos de gênero, mas a PNAISM o faz, assumindo que o gênero “é construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres” (Brasil, 2004, p. 12).

Conforme já elencado, o princípio do texto é o binário de gênero, que aqui atua como um dispositivo de fazer corpos e performances, sendo o Ministério da Saúde uma das instâncias a exercer poder nas posições binárias de masculino-homem e feminino-mulher. “Comportamentos aceitáveis”, portanto, dizem respeito às normativas de sexo-gênero estabelecidas no eixo da normalidade pelas formulações da ciência, dos campos de saber como a medicina e a psicologia e aglutinadas pelo Estado para controlar populações e desenvolver o capital (Foucault, 2014a). Nesse sentido, segue o documento: “O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação” (Brasil, 2004, p. 12).

Ao elencar dois sexos, mulher/fêmea e homem/macho, o Estado assume a binariedade sexual como a única verdade possível, já investida historicamente de estudos e verdades pelos aparatos científico-positivistas, médicos e psicológicos. Anterior ao dispositivo do binário de gênero, os corpos tornam-se humanos a partir da delimitação e distinção de dois conjuntos de órgãos – nomeados pela ciência médica como órgãos sexuais, o que Paul B. Preciado (2022) defende ser uma invenção tecnológica naturalizada pela rarefação do discurso. Nas palavras do autor (2022, p. 42), “(...) uma tecnologia sofisticada que prescreve o contexto em que os órgãos adquirem sua significação (relações sexuais) e são usados com propriedade, de acordo com sua ‘natureza’ (relações heterossexuais)”. Esses dois conjuntos de órgãos nomeados sexuais, ou ainda reprodutivos, portanto, produzem na carne a masculinidade ou a feminilidade, e os corpos cuja constituição não corresponde ao binômio são lidos como monstros. O acontecimento de pessoas intersexuais é um furo na norma que, como um furo em um tecido, ameaça a integridade de toda a costura. A intersexualidade, segundo Preciado (2022), denota a arbitrariedade da denominação do sexo, bem como dos campos de atuação de cada um, revelando a tecnologia por trás da falácia da natureza.

Conforme afirma a psicóloga e professora Brune Brandão (2016, p. 32), “(...) a própria noção de natural é um efeito de uma série de discursividades que produzem uma lógica de inteligibilidade dos corpos”. Desse modo, a argumentação em torno de uma atuação dos dois sexos, conforme lemos na Política de Saúde da Mulher, é sustentada por anos de produção e controle do saber e intervenção do poder (Foucault, 2014a), numa ação colonizadora que apaga visões múltiplas contra-hegemônicas e binárias, de modo que a família heterossexual será o mais importante campo de atuação de um poder específico que Michel Foucault (2014a) nomeia como biopoder.

Em sua obra *Segurança, População e Território*, o autor (2004) analisa o nascimento de um novo modo de governar que nomeia governamentalidade e atua não mais com o foco central na família, mas nas populações. Para organizar a sociedade e desenvolver a economia, a partir da segunda metade do século XVIII, não bastava investir nos modelos familiares; era preciso ter o controle populacional de processos biológicos. Em *História da Sexualidade I*, Foucault (2014a) demonstra como o poder passa a ser exercido em processos biológicos de grandes grupos – níveis de natalidade e mortalidade, por exemplo –, o qual nomeou como biopolítica.

A família deixou de ser o núcleo mais importante para exercer poder, mas isso não significa que perdeu sua funcionalidade para as lógicas da governamentalidade. Pelo contrário, para o desenvolvimento do capitalismo, não bastou a biopolítica como gestão populacional; a

dimensão do biopoder, como o poder que tem como alvo a vida e os corpos, cuja circulação atravessa o dispositivo da família, foi indispensável para execução de estratégias em torno das taxas de natalidade, de novas práticas de saúde e de alimentação, por exemplo. E, para tal, a família “(...) é um segmento, um segmento simplesmente privilegiado porque, quando se quiser obter alguma coisa da população quanto ao comportamento sexual, quanto à demografia, ao número de filhos, quando ao consumo, é pela família que se terá efetivamente de passar”, conforme afirma Michel Foucault (2004, p. 139).

Portanto, o discurso da PNAISM acerca dos “campos de atuação de sexos” não recebe maiores explicações e fundamentações teóricas porque é produzida pelo *cistema* heterossexual (Preciado, 2022) ao qual parte da ciência dedica seus estudos para naturalizar e, conseqüentemente, manter suas verdades pré-discursivas e estáveis (Butler, 2019). O documento evidencia ainda, através do enunciado “comportamentos aceitáveis”, a política como uma tecnologia de vigilância da cisheteronormatividade, à medida em que, ao referir-se ao gênero, desenha a linha que separa o normal e o patológico, do qual falaremos no próximo subcapítulo. Portanto, a produção deste discurso é, nas palavras de Michel Foucault (2014b), “(...) ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por um certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade”.

Conforme sugere a filósofa Judith Butler (2022), quando a diferença sexual tem seus contornos exclusivamente nos aspectos biológicos binários, ela estará impactando diretamente o modo como se trabalha/enxerga/constrói gênero. Ainda que esta categoria possa funcionar para desnaturalizar as normativas dos corpos enclausuradas no binômio homem-mulher, quando gênero, enquanto dispositivo, é exercido junto à binariedade da diferenciação sexual, outra cena se forma. O gênero passa a ser, portanto, “(...) aquela parte da diferença sexual que aparece como o social (...) o que é negociável, construído (...) no lugar do natural, onde o natural é, em si, figurado como fixo (...)” (Butler, 2022, p. 312-313). Conforme os trechos apresentados acima, a PNAISM é produzida por uma ótica de um gênero cuja constituição se dá na relação biologicamente naturalizada do binário homem-mulher e nas características socioculturais.

O documento afirma, nesse sentido, que o gênero “se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher” (Brasil, 2004, p. 12). O uso do verbo “definir” se aproxima dos campos de associações dos enunciados “padrões de comportamentos aceitáveis” e “campos de atuação”, mencionados acima, trabalhando com a noção pré-discursiva de sexo-gênero. Nesse mesmo sentido, a

posição de sujeito produzida pelas formulações discursivas só pode ser ocupada por sujeitos cuja identidade é cisgênera. Para Viviane V. (2015), a cisgeneridade se entrelaça a outras características identitárias e marcadores sociais e torna-se naturalizada a ponto de não carecer de qualquer menção. Ela partilha dos mesmos traços do binário de gênero já elencados (pré-discursividade, estabilidade e binariedade) e coaduna com a permanência da identidade cisgênera como aquela única legítima, digna de direitos, à marginalidade de todas as outras possibilidades identitárias que escapam da cisnorma.

Portanto, embora não apareça nos trechos mencionados, a cisgeneridade também está posta pelas ausências discursivas de ambos os documentos. Uma análise do discurso requer atenção a tudo o que não consta na cena discursiva, ou seja, às outras possibilidades enunciativas que não emergiram, que não permaneceram (Foucault, 2008a). E a partir de Sofia Favero (2022), a cisgeneridade pode ser compreendida como um dispositivo que exerce seu poder na invisibilidade, sem sequer ser mencionada.

A PNAISH não reserva um capítulo ou mesmo parágrafos para debruçar-se no que determina o que nomeia “gênero”. Entretanto, no capítulo “metodologia de construção da política” (Brasil, 2009, p. 8-9), o Ministério da Saúde afirma ter construído a Política de Saúde do Homem de modo articulado com a Política de Saúde da Mulher para produzir diálogos entre os documentos e mantê-los em consonância. Nas linhas do texto, “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” (2009, p. 9). A noção de casal formada por um homem e uma mulher evidencia, para além do caráter cisnormativo do gênero binário, a heterossexualidade compulsória. Para Preciado (2022), ela não é nada mais que uma tecnologia social que, investida de saberes científico-positivistas e do poder religioso-cristão, torna as outras sexualidades uma ameaça ao dispositivo da família, tão caro ao biopoder.

Desse modo, a ausência das discussões de gênero no texto da PNAISH se dá, em parte, pela concordância ao que já havia sido abordado na PNAISM cinco anos antes, política que serviu de parâmetro para a elaboração de sua complementar. Em outra parte, o aparecimento do tema “gênero” apenas quando referente à categoria “mulher” acena à afirmação de Joan Scott (1989, p. 6) de que “(...) ‘gênero’ é sinônimo de ‘mulheres’”.

Para a autora estadunidense (1989), falar de gênero enquanto aspecto produzido socialmente não implica, de modo automático, comprometer-se com a análise dessa construção e de seus funcionamentos, assim como não necessariamente implica um uso crítico. Nesse sentido, a categoria “gênero”, no que tange à PNAISH, aparece como uma categoria

exclusivamente descritiva, de modo que a masculinidade (hegemônica, única) é descrita ao longo das páginas, elencando seus fatores de risco ao campo de “saúde do homem”. Para Butler (2019) e Bento (2017), esta descritibilidade é um dos efeitos do entendimento de gênero como um axioma da diferenciação sexual, como uma expressão socialmente estruturada do sexo (definido pela natureza). Nos atentemos a algumas das descrições realizadas.

Ainda na introdução do texto, lê-se:

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 (Keijzer, 2003; Schraiber et al., 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004)” (Brasil, 2009, p. 5-6).

Retomei as produções das autorias referenciadas no trecho acima, retirado do documento da PNAISH. Benno de Keijzer (2003) reflete sobre as relações entre a saúde e a masculinidade, trabalhando gênero como um aspecto sociocultural em paralelo ao sexo biológico; o autor, portanto, se debruça sobre os aspectos da masculinidade (como a posição de provedor familiar e trabalhador) para refletir sobre possibilidades de práticas de saúde a partir do padrão comportamental elencado pelo autor. Lília Schraiber et al. (2005⁶⁴) refletem sobre a pluralidade de masculinidades e a importância da perspectiva de gênero para estabelecer padrões dos riscos à “saúde do homem”; os autores atentam para o perigo da redução de experiências ao binômio masculinidade-hegemônica/ masculinidade-marginalizada. Donald Sabo (2002) não produz um texto em relação à saúde propriamente, mas elabora, a partir de uma escrita autobiográfica sobre sua experiência com o esporte, uma série de reflexões acerca dos efeitos repressivos da misoginia para a categoria “homem”. Por fim, é feita a referência à complexa obra *Sociologia da sexualidade* de Michel Bozon (2004), em que o autor se dedica centralmente ao estudo das relações sexuais e não aos aspectos de identidade de gênero. Portanto, a abreviação de estudos tão densos, ainda que ciscentrados, culmina em um determinismo de sexo-gênero/homem-masculino, que os próprios autores referenciados se dedicam a estudar e buscar por fraturas.

A temática dos estereótipos de gênero, enquanto um conjunto de signos, aparece repetidamente na Política de Saúde do Homem. A análise do discurso foucaultiana, entretanto, não objetiva debruçar nos conteúdos, mas na forma discursiva que os constitui e produz sua continuidade. Nas palavras de Foucault (2008a, p. 114): “o tempo e o lugar da enunciação, o

⁶⁴ Embora no texto da PNAISH (Brasil, 2009) conste que o texto é do ano 2000, na listagem de referências consta a data correta de publicação (2005), através da qual foi possível encontrar o documento online.

suporte material que ela utiliza, tornam-se, então, indiferentes, pelo menos em grande parte: o que se destaca é uma forma indefinidamente repetível e que pode dar lugar às enunciações mais dispersas”. A forma, nesse sentido, diz respeito ao uso acrítico dos estereótipos de gênero, mantendo distante o campo dos estudos de gênero, e acontece sem vínculo com outros marcadores sociais, aparecendo relacionado aos discursos de fatores de risco de adoecimentos físicos. Assim, o objeto de interesse da política não são os processos de identidade, mas seus efeitos em determinadas carnes, a partir de determinadas nosografias. O gênero, em si, enquanto categoria, permanece estável e seguro de análises, operando, segundo Judith Butler (2022, p. 77), uma normativa de saúde regulatória e hegemônica dos corpos “(...) que insiste no binarismo de homem e mulher como forma exclusiva de compreender o campo do gênero (...)”.

Para tal, ainda segundo a autora (2019), a prática normativa trabalha com uma unidade de gênero – corpos, identidades e sexualidades são uniformizadas a partir do binário homem-mulher, da cisgeneridade e da heterossexualidade. É bastante delimitada e estreita a nomeação dos corpos nas páginas da saúde e, ao mesmo tempo que a regulação define quais existências são inteligíveis, requer um grupo externo, deixado de fora, para se manter. Como na produção de uma colagem, recorta-se um elemento de uma página, e a fronteira é criada: recortada, está a imagem que será usada; o restante da impressão é descartado. Assim se faz a uniformização de sexo-gênero: recorta-se a forma para a qual se governa e se legisla e recorta-se, junto a ela, todas as formas a serem descartadas. A fronteira, portanto, existe quando se desenha a matriz inteligível e a matriz ininteligível. Butler (2019) afirma que os corpos que dissidem à regulação binária de sexo-gênero são mais do que ininteligíveis, mas abjetos, ou seja, excluídos, desumanizados.

A PNAISH (Brasil, 2009) não enfrentava o mesmo contexto que a PNAISM (Brasil, 2004), conforme já demonstrou a revisão de literatura. A Política de Saúde da Mulher fora estabelecida como ação continuada de um Programa de Assistência Integral (PAISM) e se consolidava em um contexto de luta de alguns movimentos feministas por melhores condições de saúde, assumindo ter, até o momento daquela publicação, “pendências” (Brasil, 2004, p. 10) com seu público usuário.

Por outro lado, a Política de Saúde do Homem, além de não ter sido demandada por identidades inteligíveis da categoria “homem” (Gomes et al., 2012; Toneli & Muller, 2015), vinha não para garantir direitos até então negados ao público de usuários, mas para “(...) fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis” (Brasil, 2009, p. 5). As altas taxas de morbimortalidade da categoria

“homem” causavam e causam ao SUS gastos extensivos, porque os sujeitos chegavam e ainda chegam majoritariamente direto na atenção especializada, demandando cuidados para adoecimentos que poderiam ter sido evitados com acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde (UBS). A política de 2009 não se pretendeu centralmente uma ferramenta de equidade, mas um investimento econômico do Estado para diminuição de gastos.

A revisão da PNAISH de 2021 (Portaria GM/MS nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021) não menciona os estereótipos de gênero. Conforme vimos, Brandão et al. (2025) concluíram que a atualização do documento teve como condição de possibilidade o alcance da ofensiva antigênero à dimensão estatal durante o governo Bolsonaro, interferindo na produção de políticas públicas. Nesse sentido, a ausência dos enunciados que antes constavam no texto político não sinaliza uma mudança de paradigmas, mas uma rarefação no discurso. O déficit a respeito dos estereótipos de gênero como um grupo de normativas binárias e estáticas, à medida em que não irrompem discursos contrários a estes, mas conforme suas mesmas regulações, sinaliza o “(...) princípio de que nem tudo é sempre dito” (Foucault, 2008a, p. 135). Os enunciados acerca dos estereótipos de gênero se dispersam num processo de capilarização, aparecendo na PNAISH atualizada em seus enunciados acerca do incentivo à paternidade e sexualidade responsável e acerca dos comportamentos de risco e comportamentos violentos naturalizados no interior da categoria “homem”. Nesse sentido, os discursos permanecem com a mesma função do antigo documento: manter gênero unificado e estabilizado, delimitando corpos inteligíveis e corpos abjetos (Butler, 2019).

Para darmos seguimento à análise da PNAISM, retomemos as ondas feministas, apresentadas no início deste tópico. Não as relatei resumidamente apenas para introduzir as disputas pelos discursos sobre gênero, mas também para realizar a análise do documento. No curso do texto, o Ministério da Saúde se refere a “movimento feminista”, “movimento de mulheres” (Brasil, 2004, p. 15) e “movimento de mulheres feministas” (Brasil, 2004, p. 72). Três enunciados que referem-se à mesma posição de sujeito: mulheres organizadas na luta feminista. Porém, conforme o contexto das ondas aponta, são múltiplos os feminismos, bem como múltiplas as mulheridades⁶⁵. O documento não explica qual deles, qual delas, é mencionado, bem como produz uma pasteurização das articulações teórico-metodológicas dos movimentos. Além disso, os feminismos em território brasileiro não devem e não podem ser

⁶⁵ Para Letícia Nascimento (2021), o termo “mulheridades” refere-se à produção social da identidade, acenando para a pluralidade performática da categoria “mulher”. “Feminilidades”, por outro lado, diz das performances mais comuns no imaginário social, que podem, inclusive, vir a ser vivenciadas por pessoas que não reivindicam a identidade “mulher”.

os mesmos que os produzidos em território europeu, como bem aponta Lélia Gonzalez (2020), que articula o feminismo afro-latino-americano para pensar as libertações de mulheres brasileiras a partir do contexto sócio histórico da escravização e da colonialidade.

Nesse sentido, o uso dos singulares para referir-se a uma pluralidade de organizações e reivindicações feministas, remete à uniformização à qual é submetida a categoria “gênero” na abordagem da PNAISH acerca dos estereótipos. Embora os feminismos partilhem do mesmo léxico, suas “várias teorias têm como vetores de diferenciação o que consideram ser a causa da opressão (...)” (Nogueira, 2017, p. 31), o que produz diferentes noções, metodologias, modos de resistência e modos de organização comunitária, social e política. Ainda segundo a autora Conceição Nogueira, a pluralidade complexa de teorizações feministas oferece debates próprios, que só emergem a partir do jogo de poder entre os grupos. Unificar os movimentos em apenas um, portanto, torna inacessível uma série de reflexões e fazeres plurais.

Ainda sobre a unidade do discurso, Michel Foucault (2008a) afirma que uma formação discursiva é, em sua constituição, lacunar, de modo que, ao ser analisada por outras mãos e outras lentes, pode fazer emergir outras possibilidades e outras verdades. Importante pontuar: isso não significa produzir algo inédito, ou revelar algo que estava escondido diante dos outros olhos; significa, por outro lado, apenas que um enunciado é sempre situacional e, sobretudo, modifica-se quando novos discursos lhe são relacionados, transformando seu próprio princípio de exclusão. Nesse sentido,

todo esse jogo de relações constitui um princípio de determinação que admite ou exclui, no interior de um dado discurso, um certo número de enunciados: há sistematizações conceituais, encadeamentos enunciativos, grupos e organizações de objetos que teriam sido possíveis (e cuja ausência não pode ser justificada no nível de suas regras próprias de formação), mas que são excluídos por uma constelação discursiva de um nível mais elevado e de maior extensão. (Foucault, 2008a, p. 74).

Para empreender a análise sobre qual movimento feminista o documento usa como referência, encararemos alguns discursos da PNAISM a partir da interseccionalidade. Para as professoras norte-americanas Patrícia Hills Collins e Sirma Bilge (2020, p. 16), a interseccionalidade é uma ferramenta de análise que “(...) considera as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária - entre outras (...)” na compreensão das realidades sociais. Para as autoras, essa é uma das possíveis definições, uma vez que são múltiplas as teóricas e teorias interseccionais. Conforme já abordamos, a interseccionalidade ganha força a partir da década de 1980 e, na América Latina, será importante para constituir o pensamento de diversas correntes teóricas, como as produzidas por Lélia Gonzalez (2020) e María Lugones (2020), que adicionaram as dimensões

de raça/etnia no contexto brasileiro e colonialidade no contexto latino-americano, respectivamente.

6.2.2 Para sentir a textura dos papéis: interseccionalidade como ferramenta

Embora já tenha escrito uma definição resumida do vasto tema da interseccionalidade, buscarei esmiuçá-lo para retomarmos ao campo documental com as lentes ajustadas. Ao adentrar a seara das teorias interseccionais, precisamos compreender a ideia de “marcadores sociais”. Não há uma única definição para o termo, uma vez que algumas autorias o assumem mais como um conceito; mas para esta análise, trabalharei em concordância com feministas como Kimberle Crenshaw (1991) que encaram nos marcadores sociais a possibilidade de descrever categorias. Para Hirano (2019), eles se relacionam diretamente com categorias identitárias e com tipos de opressão e privilégio, permitindo descrever vantagens e desvantagens de diversos grupos (sejam oprimidos, sejam opressores). Marcadores sociais, nesse sentido, mantém íntima relação com a interseccionalidade, uma vez que “a palavra marcador possibilita trazer outros elementos para a análise, observando que um grupo que sofre discriminação interseccional em determinados contextos pode ter uma pequena margem de vantagem em relação a outros grupos submetidos a opressões entrecruzadas.” (Hirano, 2019, p. 37).

Os marcadores sociais estão em constante relação entre si nas diferentes realidades e, embora essas relações pareçam invisíveis, conforme assinalam Collins e Bilge (2020), eles afetam profundamente a vida das pessoas. Assim, a interseccionalidade, conforme já definida, é uma ferramenta de análise nomeada por autoras do Norte Global, mas utilizada também no Sul Global para analisar os contextos de desigualdade socioeconômica e política, além das relações coloniais, mesmo que a lente utilizada não recebesse essa nomeação.

A professora estadunidense Kimberle Crenshaw (1991) reconheceu que relações de gênero não eram pautadas nos movimentos negros e antirracistas que frequentava, de mesmo modo que raça não era um marcador de interesse para os movimentos feministas que conhecia. Entretanto, sabia e sentia o encontro dos marcadores na sua realidade social, produzindo exclusões e opressões racistas e misóginas. Nesse sentido, a partir da década de 1980, a interseccionalidade começa a ser utilizada como ferramenta para escancarar o caráter relacional das opressões, produzindo um giro na análise, que deixa de ser focada em uma ou outra categoria e passa a mirar suas interconexões, uma vez que desigualdades sociais podem não se estruturar e perpetuar a partir de um único marcador, como afirmam Collins e Bilge (2020).

Os marcadores sociais não são nomes estáticos, vivências congeladas no tempo; são, na verdade, categorias em constante produção nas diferentes sociedades, de modo que podemos mencionar como exemplos raça, classe, gênero, território, idade, cultura, orientação sexual, religião, dentre tantas outras que, em contextos diferentes, tensionam-se como fios que se entrecruzam e produzem teias de poder e dominação específicas. Os primeiros três, raça, classe e gênero, afirma Lélia Gonzalez (2020), dizem respeito à tríplice discriminação violenta sofrida por mulheres cisgêneras, negras e brasileiras: racismo, classismo e machismo. No caso de mulheres negras trans e travestis, a adição da transfobia produz ainda maior vulnerabilidade: Em pesquisa realizada pelo Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS) em 2024 sobre travestilidades negras, 70.14% das pessoas entrevistadas relataram já ter passado por violências racistas e transfóbicas.

Lélia Gonzalez (2020, p. 86) realiza uma leitura historicizada sobre raça, gênero e classe, relacionando-as à colonialidade no território brasileiro. Nas palavras da autora:

(...) o desenvolvimento econômico brasileiro (...) resultou num modelo de modernização conservadora excludente. Poderíamos considerá-lo também a partir da noção de desenvolvimento desigual e combinado, em que a formação de uma massa marginal, de um lado, assim como a dependência neocolonial e a permanência de formas produtivas anteriores, de outro, constituem-se como fatores que tipificam o sistema.

O termo “colonialidade”, segundo o peruano Aníbal Quijano (2005), refere-se ao processo que ultrapassa o colonialismo político, configurando-se como um modo de poder capitalista eurocentrado. Seu funcionamento se dá por duas engrenagens principais, de acordo com o autor: as diferenças raciais, que passam a ser lidas a partir de uma noção biologicista e hierárquica, que estabelece uma raça como padrão central e, conseqüentemente, suas inferiores; e, em estreita relação com a racialidade, as regulações em torno das dinâmicas trabalhista e de produção do capital. Nas palavras do autor (2005, p. 138):

Isso quer dizer, definitivamente, que a classificação das pessoas não se realiza somente num âmbito do poder, a economia, por exemplo, mas em todos e em cada um dos âmbitos. A dominação é o requisito da exploração, e a raça é o mais eficaz instrumento de dominação que, associado à exploração, serve como o classificador universal no atual padrão mundial de poder capitalista.

Entretanto, Quijano não refletiu sobre a categoria de gênero em sua obra. É a argentina María Lugones (2020) que, no estudo crítico da colonialidade a partir do autor, compreende que não apenas raça ganha significado a partir do capitalismo moderno/colonial, mas que ocorre, também, uma colonialidade do gênero. A autora feminista analisa que os procedimentos coloniais se organizaram em torno da binariedade hierárquica para avaliar e controlar as sociedades colonizadas. Nas palavras de Lugones (2014, 938), “a ‘missão civilizatória’

colonial era a máscara eufemística do acesso brutal aos corpos das pessoas através de uma exploração inimaginável, violação sexual, controle da reprodução e terror sistemático”. Porém, é pertinente relembrar: ainda que tenhamos deixado para trás as dinâmicas da colonização, vivemos em um sistema moderno/colonial que recebe de herança lógicas iniciadas durante o primeiro período de dominação dos povos.

Nesse sentido, a colonialidade do gênero diz da imposição de um sistema binário e hierárquico, cuja complexa teia envolve os corpos nas dinâmicas econômicas e racializantes, controlando-os para organizar os modos de trabalho (Lugones, 2014). Para a autora (2020), a diferenciação sexual não é baseada na biologia, mas no capitalismo global e eurocêntrico que opta pela binariedade e pela branquitude, à medida em que designa à posição de humano apenas homens brancos e burgueses e mulheres brancas e burguesas. Em mesmo sentido, viviane v. (2015) se atenta à escolha da colonialidade pela cisgeneridade para sustentar o binário de sexo-gênero e organizar os corpos, processo que ela nomeia como ciscolonialidade.

Portanto, ao abordar o racismo, digo dessa artimanha moderna/colonial e ocidental, articulada por saberes/fazeres hegemônicos científicos, epistemológicos, religiosos, econômicos e políticos, que busca naturalizar uma noção de inferioridade das cosmovisões, crenças, saberes e corpos negros, afrocentrados, indígenas, asiáticos. A psicóloga e escritora Geni Núñez (2022) alerta para a dimensão inventiva do racismo como modo de garantir a superioridade da branquitude em detrimento das ilusões raciais violentas às quais outros grupos foram e ainda são alvo. Para a autora, a binariedade racial organiza a sociedade entre brancos e não-brancos – negros, indígenas, asiáticos –, guardando para o primeiro grupo os privilégios sociais.

Nesse sentido, o domínio da branquitude ocorre por um poder que se capilarizou, sendo exercido nas mais diversas instâncias, seja na marginalização de conhecimentos ancestrais africanos e indígenas, seja na ação policial violenta e parcial contra jovens negros. Conforme pontua a socióloga Sueli Carneiro (2023), abordar a racialidade como um dispositivo é lidar com uma vasta pluralidade de temáticas. É pertinente resgatar o termo no viés Foucaultiano com o qual a autora trabalha: dispositivo, para Foucault, é a constituição de uma complexa teia de elementos relacionados à um período histórico, cuja função é exercer poder e sustentar determinados saberes, sendo operacionalizado por apenas alguns sujeitos, em determinados contextos. A racialidade como dispositivo acontece a partir da colonialidade, e produz os polos positivo e negativo de ser branco e ser negro, respectivamente, sendo “(...) compreendida como noção produtora de um campo ontológico, um campo epistemológico e um campo de poder, conformando, portanto, saberes, poderes e modos de subjetivação cuja articulação institui um

dispositivo de poder” (Carneiro, 2023, p. 44). Embora a ciscolonialidade se aliance à branquitude e permeie as instâncias do Estado, Sueli Carneiro (2023) ressalta que, no acontecimento de um dispositivo, também se articulam as resistências a ele.

Entretanto, como bell hooks (2019a) nos evidencia, às mulheres negras muitas vezes é negada a posição de corpos e guardada a posição de objetos. Seguindo uma lógica dual, a autora conta dos homens negros com quem conviveu ao longo da vida, refletindo sobre a imagem de violência reservada pela branquitude a eles. Depois da escravização, esses sujeitos não passaram automaticamente a fazer parte do pacto da masculinidade hegemônica – se para os homens brancos determinadas simbologias eram suficientes, aos homens negros sempre foi e ainda é estabelecida outra métrica. Nas palavras de bell hooks (2019a, p. 148), “ao apagar as realidades de homens negros que têm diferentes entendimentos de masculinidade, a produção acadêmica sobre a família negra (tradicionalmente, o contexto da discussão sobre masculinidade negra) coloca uma representação rasa e unidimensional no lugar dessa complexidade vivida”. Portanto, que a masculinidade hegemônica está em estreito diálogo com a branquitude.

Para hooks (2019a), diversas transformações ocorrem em relação às representações masculinas e masculinistas, de modo que a identidade hegemônica de um homem cisgênero se torna, ao longo dos tempos, menos falocêntrica e mais relacionada aos acúmulos de renda. Além disso, conforme a filósofa Angela Davis (2016) afirma que a categoria classe tem estreita relação com raça e gênero. Ao abordar as mulheres trabalhadoras, principalmente mulheres negras, a autora demonstra como elas percebiam que a exploração de classe à qual sofriam não fazia discriminação de gênero, mas sim de raça. Assim, a aliança realizada não era contra os homens, mas junto a eles e contra os patrões, na luta por condições melhores de trabalho e pelo fim da divisão trabalhista racista e sexista. Em relação ao contexto brasileiro, Lélia Gonzalez (2020) relembra que o deslocamento de pessoas dos contextos rurais para o perímetro urbano é majoritariamente feito por pessoas negras, o que teve como efeito a ocupação das zonas periféricas das cidades devido à exploração capitalista, às condições precárias de trabalho e à discriminação racial.

Em vista disso, trabalhar com o marcador de gênero não é suficiente para dar conta da realidade brasileira. Sem os tensionamentos de raça e classe, além de outros importantes como orientação sexual e território, gênero é compreendido como uma categoria uniforme. Lugones (2020, p. 67) sinaliza para o perigo das categorias dominantes:

Kinberlé Crenshaw, eu e outras mulheres de cor feministas argumentamos que as categorias são entendidas como homogêneas e que elas selecionam um dominante, em seu grupo, como norma; dessa maneira, ‘mulher’ seleciona como norma as fêmeas

burguesas brancas heterossexuais, ‘homem’ seleciona os machos burgueses brancos heterossexuais, ‘negro’ seleciona os machos heterossexuais negros, e assim sucessivamente.

Os marcadores sociais costumam-se à saúde pelos enunciados relacionados aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS). Para voltarmos ao campo documental, é pertinente recorrermos à literatura sobre os DSS para pensarmos seus encontros e desencontros com a interseccionalidade na cena discursiva da PNAISM e da PNAISH.

6.2.3 Tudo junto, na mesma colagem: determinantes sociais em saúde

“Gênero” enquanto léxico aparece como perspectiva e enfoque, mas também como categoria relacionada às condições de saúde dos públicos-alvo das duas políticas. Na PNAISM (Brasil, 2004, p. 12, grifo da autora), lê-se: “(...) as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas”. Na PNAISH (Brasil, 2009), o enunciado “determinantes” aparece mais de uma vez, mas sempre relacionado às questões de gênero, como nos trechos a seguir: “(...) incorporar as relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença e a resgatar os homens como sujeitos do direito à saúde” (p. 10, grifo da autora); e “(...) 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 (...)” (p. 7).

Em seu *A Arqueologia do Saber*, Michel Foucault (2008a, p. 98) demonstra que um enunciado não é identificado como uma estrutura ou por seu sentido sozinho; embora possa ser um recorte de uma frase ou mesmo apenas um léxico, um enunciado é uma função. Nas palavras do autor,

é uma função de existência que pertence, exclusivamente, aos signos e a partir da qual se pode decidir, em seguida, pela análise ou pela intuição, se eles “fazem sentido” ou não, segundo que regra se sucedem ou se justapõem, de que são signos, e que espécie de ato se encontra realizado para sua formulação (oral ou escrita).

A repetição dos termos “determinantes”, “determinantes sociais” e “determinantes da saúde” aparece associada aos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), mantendo com eles uma relação estável à medida que compõem, juntos, um mesmo sentido de construção de políticas em saúde pública no Brasil. Essa relação garante às formações discursivas dos textos políticos seus sentidos e sua condição de verdade, uma vez que o campo de saber acerca dos DSS lhes delimita suas possibilidades de aparecimento (Foucault, 2008a).

Nesse sentido, os DSS dizem respeito à noção ocidental de que as condições de saúde não são individuais. São, na verdade, relacionadas diretamente às condições de vida dos

diversos coletivos, de modo que as doenças deixam de ser compreendidas como acontecimentos orgânico-biológicos, internos e individuais dos sujeitos e passam a ser compreendidas como fenômenos complexos, coletivos e sociais. Um adoecimento, portanto, não tem uma única causa, da mesma forma que as condições para a saúde não são garantidas por apenas um aspecto, conforme afirmam Nedel e Bastos (2020).

A partir de 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adota a noção de DSS e passa a se interessar pelas dinâmicas de saúde-doença a partir das condições de vida e trabalho das populações. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), a ideia de que saúde seria a ausência de enfermidades, adotada desde 1948, é abandonada pela OMS, que passa a dedicar-se às visões mais amplas no campo da saúde, para além das nosográficas definições e descrições de quadros sintomáticos. Nas palavras dos autores, “(...) os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss & Pellegrini Filho, 2007, p. 78).

Portanto, podemos compreender que os marcadores sociais abordados no tópico anterior dizem de Determinantes Sociais da Saúde: aspectos de gênero, raça, classe, idade, território, educação, religião e trabalho se relacionam e produzem efeitos diferentes à saúde dos diferentes coletivos. Nesse sentido, os DSS também produzem a noção de iniquidades no acesso à saúde, de modo que diferentes grupos têm diferentes graus de acesso aos serviços que necessitam. Para Buss e Pellegrini Filho (2007), a equidade só poderá ser garantida por meio da produção de políticas públicas que busquem atentar-se aos DSS.

Embora ambos os documentos políticos analisados tenham discursos intimamente relacionados aos debates sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), apenas a PNAISH (Brasil, 2009, p. 28) menciona a equidade como aspecto importante, conforme demonstra o seguinte trecho do capítulo de princípios: “A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção”. A PNAISM (Brasil, 2004), apesar de demonstrar maior preocupação com as diversas realidades vivenciadas por seu público usuário, não menciona a equidade ou as iniquidades em saúde como aspectos importantes para o presente, só a referenciando em evento passado. Ao relatar a “evolução das políticas de atenção à saúde da mulher” (Brasil, 2004, p. 15-16), título do capítulo, o Ministério da Saúde afirma que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984, tinha a equidade da atenção como um dos princípios e diretrizes. Conforme demonstram as pesquisas de Luiz et al. (2024) e Alves et al. (2023), iniquidades relacionadas

à raça e classe seguem atuais nos contextos brasileiros de Saúde da Mulher. No próximo tópico, me demorarei em descrever trechos dos documentos para refletir sobre relações entre os conceitos de integralidade, equidade e interseccionalidade. Antes disso, no entanto, voltemos à nomenclatura dos DSS.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) não foi pioneira em assumir a saúde como socialmente produzida. Na verdade, segundo Garbois et al. (2017), desde 1970 profissionais da medicina social latino-americana vinham problematizando a noção biologicista do binômio saúde-doença. Além de passarem a trabalhar mais com as diversas realidades sociais ao invés de com grupos nosográficos, sugeriam que as relações saúde-doença passassem a ser compreendidas como processos. Assim, a visão latino-americana se referia à noção que ficou conhecida como determinação social da saúde e que se debruçou, portanto, nos processos de adoecimentos e nos processos de saúde de diversos coletivos.

Nesse sentido, a noção de determinação social de saúde reconhece uma profunda incompatibilidade entre o capitalismo e a saúde e se apresenta como uma sugestão latino-americana para fazer frente à naturalização e linearização dos processos de adoecimento, enclausurados na dimensão biológica individualista. Quando a OMS passa a realizar uma leitura sociocultural da dinâmica saúde-doença, não o faz como cientistas da América Latina o fizeram. Embora os termos “determinação” e “determinantes” sejam parecidos e possam confundir-se, são bastante distintos; o primeiro léxico refere-se à ideia de processos dinâmicos e conjuntos de aspectos em relação, enquanto o segundo refere-se à ideia de fatores, tendo caráter pontual e mensurável. Portanto, ao adotar o DSS como determinantes e não determinações, a OMS passa a tratar a complexa teia social como uma dimensão palpável, estática e externa aos sujeitos e aos coletivos. (Garbois et al., 2017).

Enquanto a noção de “processos de saúde-doença” adotada pela perspectiva latino-americana de Determinação Social em Saúde sugere capacidade de agência e transformação social enquanto ação de/pela saúde, a noção de “fatores sociais de saúde-doença” propagada pela OMS sugere a necessidade de reagir a aspectos socialmente cristalizados que, por serem intransponíveis, requerem ações de adaptação a eles. Embora ambas as políticas foquem a atenção integral em saúde, os objetivos demonstram que as ações sugeridas são focais e reativas, desencontrando com o princípio da integralidade na saúde humanizada. Vejamos trechos da PNAISM e da PNAISH, respectivamente:

O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde. (...) A gestão da Política de

Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergenciais ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais (Brasil, 2004, p. 63)

Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais. (...) Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria no grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde (Brasil, 2009, p. 28).

Os discursos grifados estruturam-se pela compreensão de que aspectos de gênero, embora socioculturais, são cristalizados, à medida em que ambas as políticas não objetivam desestabilizá-los. Assim, os serviços devem atender apenas às “necessidades da população feminina”, e devem “obedecer às peculiaridades socioculturais do homem”, de modo que gênero é tomado, portanto, como um fator, não como parte de um processo de identidade, subjetividade e de saúde. Fator, nesse sentido, determinante de saúde, que marca corpos e determina quais acessos lhe serão concedidos. Como afirma Judith Butler (2019), a biologia se torna um destino.

Por outro lado, os outros enunciados grifados, referentes à “demandas emergenciais e antigas” e “resolutividade dos problemas”, demonstram uma regularidade exercida em ambos os documentos. Regularidade, no sentido Foucaultiano (2008a), diz respeito ao sistema de regras que produz um determinado conjunto discursivo. Nas palavras do autor (2008a, p. 80), “se há unidade, ela não está na coerência visível e horizontal dos elementos formados; reside, muito antes, no sistema que torna possível e rege sua formação”. Portanto, tratar Determinantes Sociais da Saúde é condição de possibilidade para que tenhamos duas políticas reagentes de saúde, que se direcionam a fatores sociais pré-estabelecidos (e não processos em curso). A própria categoria de gênero compõe a regularidade à medida em que é tratada no jogo da cisnormatividade como pré-discursiva, conforme viviane v. (2015) e Judith Butler (2019) evidenciam, mas abordaremos este aspecto em tópicos posteriores.

6.2.4 Entre singulares e plurais, integralidade é possível sem interseccionalidade?

Embora os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) abordem os marcadores sociais, não o faz a partir da interseccionalidade. Em outras palavras, os DSS trabalham com a ideia de que a identidade é um acréscimo de categorias (mulher + cisgênera + negra, por exemplo), enquanto a lente interseccional trabalha com a noção de multiplicação de marcadores (mulher X cisgênera X negra, por exemplo). Desse modo, multiplicar é, além da repetição de somas, a construção de uma estrutura, de uma escala, cuja análise fragmentada não demonstra simplesmente os elementos que a compõem (como é o caso da simples soma) (Nogueira, 2017).

Portanto, analisar apenas fatores sociais em relação à saúde não implica analisar o complexo encontro e entrelace de diferentes marcadores em corpos cujo alvo, muitas vezes, é o da mira de um fuzil⁶⁶.

Os documentos das políticas voltam à cena, agora com a lente interseccional em mãos. É pertinente ressaltar, no entanto, que esta pesquisa não pretende esgotar a investigação dos documentos, visto que, conforme afirmam Collins e Bilge (2020), a própria ferramenta da interseccionalidade apresenta sua complexidade. Nas palavras das autoras (2020, p. 47): “Usar a interseccionalidade como ferramenta analítica é difícil, precisamente porque a própria interseccionalidade é multifacetada.”

Ao final da introdução da Política de Saúde do Homem (Brasil, 2009), o Ministério da Saúde afirma que homens e mulheres carregam imagens e noções populares do que é masculino e do que é feminino, aspectos culturalmente perpetuados. Logo em seguida, lê-se uma das preocupações com as quais o documento se compromete:

Essa consideração é fundamental para a promoção de equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição sócio-econômica, 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, 2009, p. 7, grifo da autora).

A fim de reunir os discursos que respondem a essa preocupação colocada no início do documento, resgatei trechos do capítulo nomeado “diagnóstico”. Além de abordar aspectos biológicos dos corpos que a política reconhece pelo léxico “homem” (um assunto que me demorarei no próximo subcapítulo), o capítulo reúne dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do DATASUS e de pesquisas científicas. A população privada de liberdade recebeu um tópico particular, em que o documento versa sobre a necessidade de estudos focados no desenvolvimento de doenças e agravos nesse contexto, além de reafirmar o compromisso do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça com a garantia do direito à saúde para essa população (Brasil, 2009). As pessoas com deficiência também recebem um tópico específico para abordar as violências e exclusões produzidas pelo preconceito e pela masculinidade hegemônica, abordando dados sobre deficiências visuais, auditivas, físicas e cognitivas (Brasil, 2009).

Embora ao explicar a metodologia de construção da PNAISH, o Ministério da Saúde afirma desenvolver a política estrategicamente para a “(...) população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos” (Brasil, 2009, p. 8), esse recorte não é assumido como uma limitação, mas

⁶⁶ Referência à obra “Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão”, da professora Rachel Gouveia Passos (2023).

como um enfoque. No diagnóstico, um tópico é reservado para dados sobre adolescência e velhice. Em relação às orientações sexuais e identidades de gênero, não aparecem dados específicos relativos no capítulo de diagnóstico. Apesar disso, no tópico de “direitos sexuais e direitos reprodutivos”, o documento afirma que “vale ressaltar que os adolescentes e adultos jovens também devem ser reconhecidos como sujeitos dos direitos sexuais e reprodutivos. Importante lembrar que, sua vida sexual e reprodutiva pode estar imersa em preconceitos” (Brasil, 2009, p. 16). Como não há explicação sobre quais preconceitos se diz respeito, reflito sobre os preconceitos sofridos por gays, bissexuais, transexuais, não-binários, transmasculinos e transmasculines, *boycetas* e pessoas intersexo que podem acessar práticas de saúde situadas na área nomeada Saúde do Homem. Ainda que em 2011 tenha sido publicada a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2011), conquista das articulações dos movimentos LGBT+ brasileiros, a atualização da PNAISH em 2021 suprimiu as diversidades sexuais e de gênero. Identifico como uma das artimanhas das ofensivas antigênero a estabilização das categorias “mulher” e “homem” no âmbito da atenção integral à saúde, uma vez que tanto PNAISM permaneceu congelada no tempo, vigorando desatualizada, e PNAISH foi atualizada para um modelo ainda mais restritivo em aspectos identitários.

Na verdade, conforme afirma Ana Luiza Morais (2023), a Política de Saúde do Homem não foi idealizada como um documento identitário, não foi construída como uma política de gênero. Foi, desde a sua primeira publicação, compreendida como um texto político de saúde cujo alvo são os adoecimentos mais comuns no grupo populacional “homem”. Para a pesquisadora (2023, p. 64), a PNAISH “(...) nasce como uma política da doença, ou seja, esvaziada de sentido político”.

Nesse sentido, os discursos que constituem o diagnóstico e os objetivos em relação à saúde sexual e reprodutiva na Política de Saúde do Homem (Brasil, 2009) relacionam-se a apenas uma posição de sujeito: homem cisgênero e heterossexual. O diagnóstico versa sobre: a paternidade como “(...) obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los (...)” (Brasil, 2009, p. 16); o exercício da sexualidade durante a terceira idade; e a dificuldade de profissionais de saúde de abordar e tratar as disfunções sexuais desta categoria. Os objetivos respondem ao diagnóstico, comprometendo-se a qualificar as equipes para as demandas de disfunções sexuais, ofertar prevenção e tratamento de DST e HIVAids, bem como para a assistência às questões envolvendo paternidade.

A partir da análise realizada por Michel Foucault sobre o dispositivo da sexualidade (2014) e as inquietações provocadas por Morais (2023), concluo que a aparição destes

enunciados em relação à saúde sexual e reprodutiva corrobora com normativas cisheteronormativas no campo da saúde. Na primeira obra de sua tetralogia, Foucault (2014a) relata a passagem da sexualidade de um dispositivo repressivo para um dispositivo produtivo: durante o século XVIII, discursos sobre ela passam a circular, espaços para enunciá-los passam a existir (na religião, o confessionário; na medicina, o relato ao médico; com a psicologia, a análise da associação livre; para dar alguns exemplos), e a sociedade é convidada a falar sobre a sexualidade ao invés de mantê-la como um tabu, como era até então. O poder passa a ser exercido pela organização desses discursos, porque a partir do momento em que passam a circular, as instâncias de poder passam a determinar a ordem discursiva. Para tal, o próprio discurso tem sua complexidade organizada por procedimentos de separação, rarefação, interdição (Foucault, 2014b).

Em concordância com Moraes (2023), analiso que os discursos sobre a saúde sexual e reprodutiva, na Política de Saúde do Homem (Brasil, 2009), mantém relação exclusivamente com as noções conservadoras de família, endossando o “homem” como o sujeito “pai” mas, sobretudo, reafirmando que à ele é guardado o direito de exercer a paternidade e participar dos eventos da gestação. Portanto, na ausência de análises críticas sobre o elevado número de abandono paterno no Brasil, bem como a ausência de enunciados acerca dos direitos da gestante (nem mesmo pela perspectiva cisnormativa), o documento “(...) presume, endossa e mantém a normativa cisgênera e heterossexual compulsória (...)” (2023, p. 37), bem como se alia às normativas misóginas de prevalência dos privilégios de homens cisgêneros heterossexuais em detrimento de outras identidades.

O documento (Brasil, 2009), em sua versão atualizada (Brasil, 2021) durante o governo Bolsonaro, não alonga os preconceitos vividos por identidades cisheterodissidentes no acesso aos serviços de saúde. Pelo contrário, suprime o léxico “preconceito” e compromete-se com a “incorporação das questões das masculinidades, em interface com os demais marcadores sociais, como raça/cor, etnia, orientação sexual, faixa etária, deficiência, (...)” (2021, art. 3). A diretriz não recebe objetivos relacionados ao combate dos preconceitos e violências sofridas por pessoas cuja masculinidade faz interface com outros marcadores sociais, o que coaduna com a dificuldade do acesso à saúde pelos grupos GBTQIA+, que enfrentam atendimentos discriminatórios, passam por constrangimentos e são violentados por profissionais, conforme demonstrou a pesquisa de Esteves et al. realizada em 2021.

Com relação à prevenção e tratamento de HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), os dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids demonstram, desde 2018, um aumento no número de casos em geral, mas principalmente relacionado aos homens.

No Boletim mais atual (Brasil, 2024), a maior concentração da infecção aparece entre homens, nas idades de 25 a 39 anos. Segundo Knauth et al (2020), homens heterossexuais estão em prevalência nos números de casos de HIV/Aids, representando 49% da categoria, em oposição aos homossexuais (38%) e bissexuais (9%). Além disso, a pesquisa demonstrou que algumas características comuns à masculinidade hegemônica e, por isso, naturalizadas, como o abuso de álcool e outras drogas e a pluralidade de parcerias sexuais, aumentam a vulnerabilidade à infecção. Para o público participante da pesquisa, o diagnóstico chegou majoritariamente após o positivo da parceira ou por meio do diagnóstico de outras doenças, já na atenção especializada, o que dialoga com o quadro comportamental elencado como preocupante pelo texto político. Entretanto, a Política de Saúde do Homem faz apenas uma menção às IST, visando promover a prevenção e o controle das transmissões, o que corresponde à estabilização de gênero cisheterocentrado, uma vez que não são tensionadas as características performativas justamente ligadas à performance cisgênera e heterossexual masculina que coloca este grupo em risco. A ausência de outros discursos, o silêncio em relação, por exemplo, ao preconceito com o qual lidam historicamente homens gays, bissexuais, transexuais e mulheres trans e travestis é condição de possibilidade para que o acesso destes sujeitos siga sendo atravessado e intermediado por meio de práticas violentas, excludentes e patologizantes.

De acordo com a pesquisa realizada por Rios et al. (2024), Homens que fazem Sexo com outros Homens (HSH), bem como outras populações cisheterodissidentes, são historicamente estigmatizados com relação aos diagnósticos de HIV/Aids no Brasil, o que os torna ainda mais vulneráveis às violências nos contextos de saúde. A minissérie *Máscaras de Oxigênio Não Cairão Automaticamente* (Gomes & Minêm, 2025), lançada em setembro deste ano, retrata um recorte da chegada da Aids no país, acompanhando desde homens com casamentos tradicionais e meninos adolescentes às pessoas que frequentavam e trabalhavam numa boate LGBTQIA+ na década de 1980. Em uma das cenas finais, Sônia, uma mulher cis idosa em seu leito de morte, diz à Francesca, uma amiga travesti que também lutava contra a doença: “A gente tem três vidas... Criança — um oceano inteiro para nadar. Deserto foi o meu casamento. E você, Fran, com você eu conheci o céu (...)”. A personagem de Kika Sena responde à amiga, dizendo que o céu, na verdade, é porque ela havia conhecido a Paradise, nome da boate. Através do acolhimento de Francesca, Sônia passou a se encontrar com jovens daquela comunidade recebendo apoio e tratamento, porque, naquela década, os espaços de saúde ainda direcionavam as poucas informações e os poucos insumos aos homens gays e à comunidade trans e travesti, que, para não morrerem, passavam pelas violências homofóbicas e transfóbicas no acesso à saúde.

Ainda que o Sistema Único de Saúde (SUS) e atos normativos e políticas públicas atualmente garantam processos de prevenção e tratamento a todas as pessoas gratuitamente, bem como a luta pelos direitos e dignidade da comunidade LGBT+ esteja combatendo lógicas violentas e discriminatórias, a pesquisa de Oliveira et al. (2024) demonstra que, na intersecção de marcadores na busca por cuidado relacionado à HIV/Aids, pessoas cisheterodissidentes, negras e pobres ainda enfrentam maiores obstáculos. Nesse sentido, a rarefação do discurso da PNAISH em relação às IST ignora suas complexidades, pasteuriza suas experiências e reafirma, novamente, o binário de sexo-gênero que centraliza o homem branco, cisgênero e heterossexual como o sujeito do cuidado. Além disso, a produção desse homem como o sujeito universal da saúde e do estudo da medicina produz, ao mesmo tempo, o seu “outro”, como demonstra Moraes (2023), o ininteligível que é condição de possibilidade para a sua inteligibilidade.

É pertinente ressaltar que o léxico “preservativo” aparece apenas uma vez ao longo de todo o texto original da PNAISH. Logo após afirmar o objetivo de garantir a prevenção e controle de IST, lê-se no documento o próximo objetivo: “incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/Aids” (Brasil, 2009, p. 32). O uso de preservativo, externo ou interno, é a medida mais eficaz para prevenir a transmissão de IST, conforme afirma o Ministério da Saúde (2023). A pesquisa de Borges et al. (2021) demonstra que as juventudes fazem o uso da camisinha externa durante as relações sexuais, mas na população em geral, os dados ainda demandam urgência: na Pesquisa Nacional em Saúde de 2019 (IBGE, 2020), apenas 22,8% das pessoas acima de 18 anos entrevistadas afirmaram usar preservativo em todas as relações sexuais. A maioria (73,4%) afirmou que a confiança na pessoa com quem se relaciona, e, entre homens, o segundo maior motivo para não fazer o uso é porque não gosta (9,8%), o que também apareceu em 2,0% das mulheres que afirmaram não fazer o uso porque o parceiro não quis.

Após a revisão realizada em 2021, o léxico “preservativo” passou a aparecer apenas uma vez também, porém relacionado exclusivamente aos métodos contraceptivos: “garantir a oferta de métodos de contracepção para os homens, como o preservativo masculino e a cirurgia voluntária masculina, a vasectomia, nos termos da legislação específica” (Brasil, 2021, art. 4º, inc. 15). Meus achados, na seara sexual e reprodutiva, coadunam com os achados de Moraes (2023): ao abordar a temática, há um esvaziamento das complexidades das vivências sexuais, que se restringem, na PNAISH, aos tratamentos de disfunções sexuais, e o investimento é realizado no campo da reprodução, de modo que a categoria “homem” tem, na política, um chamado à posição de pai, ao mesmo tempo que o documento reafirma sua posição de provedor

quando elenca, como impossibilidade de chegar às UBS, os horários de trabalho. Nas palavras da pesquisadora:

Falar de saúde sexual nas políticas e na assistência à saúde se torna uma experiência de abrir uma caixa de pandora, na medida em que esse conceito é definido de maneira extremamente vaga e ao mesmo tempo é necessariamente invocado para costurar toda uma tecitura normativa para a família, para a reprodução, para os adoecimentos infecciosos e para a delimitação do que é ser homem e do que é ser mulher (Morais, 2023, p. 119).

Retomemos a temática dos marcadores sociais. No capítulo de objetivos da PNAISH (2009), há apenas um objetivo específico que versa sobre os diversos marcadores sociais sinalizados na introdução:

promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais (Brasil, 2009, p. 32, grifos nossos).

Travesti. Palavra que ecoa quando leio o documento uma, duas, dez vezes. Travesti. Ecoa de novo agora enquanto escrevo. Ela não está na atualização de 2021, o que significa que não vigora mais. Entretanto, a emergência do léxico “travesti” em um documento que versa sobre Saúde do Homem é sustentada por um contexto brasileiro que marginaliza e mata corpos travestis⁶⁷ e que, historicamente, compreendeu essa identidade a partir da vivência da prostituição, além da circulação da ideia de que seriam homens vestidos de mulher (Feliciano, 2023).

“Eh, Pajubá/ Acuendá sem xoxá pra fazer fuzuê/ É Mojubá/ Põe marafo, fubá e dendê (eh, Pajubá) (...) Eu, travesti/ Estou no cruzo da esquina/ Pra enfrentar a chacina” (G.R.E.S. Paraíso do Tuiuti, 2025). Ecoa também o refrão do samba enredo da Escola de Samba Paraíso da Tuiuti que, em 2025, homenageou Xica Manicongo contando sua história no desfile de carnaval e todas as travestis que vieram depois dela. Xica Manicongo foi a primeira travesti da história brasileira, confrontando as normas cisgêneras e racistas no Brasil Colônia (Jesus, 2019). Apenas a partir dos anos 2000, ainda segundo Jaqueline Gomes de Jesus (2019), Xica recebe seu reconhecimento como ancestral e passa a ser homenageada. Até então, sua história era mal entendida e permanecia apagada pela ciscolonialidade (vergueiro, 2015).

Travesti, portanto, nunca é demais pontuar, é uma identidade feminina de autoidentificação. Como coloca Kalyinka Feliciano (2023), nem todas as travestis reivindicam a mulheridade, o que também desafia as normativas binárias de hierarquização e

⁶⁷ O Brasil lidera ranking de transfeminicídio, segundo Dossiê de 2025 da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA). Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2025/01/dossie-antra-2025.pdf>

homogeneidade do gênero, uma vez que não se pode unificar a noção de mulher transexual e travesti. Mas todas reivindicam o feminino, nas categorizações, pronomes e performances, o que endossa a postura transfóbica da Política de Saúde do Homem (Brasil, 2009).

Na atualização da política realizada em 2021, o objetivo específico que versava sobre as diversidades foi removido, integrando uma ação da ofensiva antigênero (Brandão et al., 2025). Além disso, após a revisão, a PNAISH foi reafirmada como uma política da doença (Morais, 2023), à medida em que traz, dos cinco eixos temáticos para alcance dos objetivos, dois focados para o tratamento de adoecimentos e prevenção de acidentes. Reafirma, ainda, a família como dispositivo de controle do Estado (Foucault, 2004), uma vez que outros dois eixos relacionam-se exclusivamente ao planejamento familiar e ao exercício da paternidade.

O quinto eixo objetiva tornar os espaços de saúde mais receptivos à categoria “homem”, o que dialoga com a afirmação de diversas pesquisas incluídas na minha revisão de literatura (Vasconcelos et al., 2019; Moreira et al., 2014; Souza et al., 2014; Moura et al., 2014; Rocha et al., 2020; Sousa et al., 2015; Alves et al., 2017; Santos et al., 2017; Brito et al., 2014b; Modena et al., 2013; Pinheiro & Couto, 2012) de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) eram ambientes femininos. Nesse sentido, o binarismo masculino-feminino esgota o campo de gênero (Butler, 2022) e endossa a hierarquia das categorias, à medida em que ao “homem” é reservado o incentivo à paternidade e à “mulher” já está posta a maternidade pelas lógicas cisbiologicistas.

Ao mesmo tempo em que a atualização da PNAISH suprimiu léxicos acerca das diversidades de sexualidade e de gênero, duas novas diretrizes foram estabelecidas, à saber:

I - reconhecimento dos determinantes sociais, dos modos de vida e da situação social da população masculina, a fim de estabelecer ações de promoção e prevenção à saúde, estimulando a autonomia, o cuidado e o autocuidado dos homens;

(...)

III - incorporação das questões das masculinidades, em interface com os demais marcadores sociais, como raça/cor, etnia, orientação sexual, faixa etária, deficiência, assim como, as vulnerabilidades sociais e culturais nas práticas de saúde, em especial, no cuidado e autocuidado à saúde (Brasil, 2021, par. 14 e 16).

Conforme orienta Foucault (2014b), um enunciado não deve ser tratado em sua interioridade, no que lhe é íntimo, mas na sua exterioridade, na forma como irrompe e se perpetua, na forma como se atualiza e determina limites, no que lhe oferece condição de possibilidade para tal. Nesse sentido, a noção, hegemônica e eurocentrada, de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que permanece como foco no manejo em saúde a nível mundial pela OMS, sustenta as formações discursivas que aparecem tanto na versão de 2009 da PNAISH quando na versão revisada em 2021, garantindo que sejam reinventadas e publicadas. Sobretudo, a colonialidade do poder, a partir de dispositivos como o modelo biomédico e a

noção científica de diferenciação sexual, oferece condições de possibilidade para que as práticas de saúde permaneçam fracionadas em fatores cristalizados sociais, biológicos e psicológicos.

Além disso, o texto é limpo⁶⁸. As lógicas higienistas, enquanto parte do dispositivo da biopolítica (Foucault, 2008b), foram organizadas e perpetradas pelas condutas médicas no Brasil durante o século XIX. Enquanto ferramenta de controle, o higienismo converteu as famílias burguesas ao governo do Estado e fundamentou o individualismo escravagista, como aponta Jurandir Costa (1983). Limpeza, nesse sentido, de tudo o que foge à família burguesa e colonial que produz e perpetua o modelo de masculinidade hegemônica (brancas, cisgêneras e heterossexuais), performada pela maioria dos homens que cometem abusos, estupros, homicídios, homofobias, transfobias, racismos e capacitismos. A política não se suja com estes léxicos, ao contrário, se vale da lógica higienista para sustentar um documento focalizado nos adoecimentos físicos e para ignorar processos socioculturais mais complexos que produzem determinações (no sentido latino-americano) em saúde pública.

Ao curso inicial da investigação no campo documental, as posições de sujeito elencadas pelos textos chamou minha atenção. Embora tenha sido uma das percepções iniciais que tive, eram complexas demais para serem abordadas no início dessa análise. Reparei que, na PNAISH, três léxicos foram usados para nomear a posição de sujeito da política: “homem” (geralmente no singular), “usuários” e “pacientes”; na PNAISM, os dois últimos léxicos também aparecem, junto de “mulher” e “mulheres”, mas também aparece o léxico “clientela”, repetido sete vezes ao longo do texto (Brasil, 2004).

Sobre a temática da nomeação de sujeitos de direitos à saúde, Saito et al. (2013) investigaram o uso das nomenclaturas por profissionais da saúde. Para os autores, “paciente” remete à paciência, à posição de espera, e seu uso pode simbolizar cuidado, da mesma forma que pode simbolizar hierarquia. “Usuário”, por outro lado, nas palavras dos autores, é “mais amplo, capaz de ultrapassar o ideário passivo (...)” (Saito et al., 2013, p. 176), e remete à

⁶⁸ “Texto limpo”, importante ressaltar, como aquilo que é supostamente limpo, como o que se defende normal e padrão pelas lógicas conservadoras, racistas, anti-gênero. Limpeza, nesse sentido, refere-se à noção de sujeira de Sofia Favero (2022) como aquilo que está patologizado, marcado pela sua característica monstruosa. As identidades patologizadas são constantemente varridas para debaixo dos tapetes pela parcela conservadora e neofascista da sociedade, o que torna, por exemplo, os direitos em saúde de pessoas trans centrados na recuperação da estética cisgênera. Limpar o sujeito das marcas da travessia, deixar o sujeito limpo, retomar a paz binária. O mesmo podemos dizer das lógicas manicômias: ao isolar sujeitos com a falácia de tratá-lo, isolando-o da sociedade e concentrando-o nas margens das cidades, varre-se para longe a suposta sujeira da saúde mental, mantendo a limpeza das ruas e dos serviços de saúde. Portanto, “texto limpo” diz respeito a um texto que se mantém aquém de suas responsabilidades e insiste em patologizar, isolar, apagar, marginalizar. Ao sequer mencionar, muito é afirmado.

dimensão do exercício de direitos ao nomear os sujeitos como aqueles que fazem uso do que lhe é garantido.

“Cliente”, por outro lado, remete a uma relação comercial, de modo que um sujeito é prestador do serviço e outro é o “(...) comprador de serviços (...)”, como menciona Soar Filho (1998, p. 1). Em concordância com Mattos e Baptista (2015), compreendo que os enunciados de uma política de saúde emergem dos jogos de disputas entre grupos sociais, cujos interesses são os mais diversos, e a cena discursiva revela um momento de um extenso processo de debate. A garantia de direitos se dá num processo contínuo e complexo de negociações. Nas palavras dos autores (2015, p. 24), “(...) analisar uma política é, neste sentido, analisar o poder em ação (...)”, de modo que, no enunciado “clientela”, aparece a colonialidade de gênero (Lugones, 2020) cuja relação com o neoliberalismo, além de estreita, é sustentada pela histórica medicalização e objetificação de corpos nomeados “mulher” (Vieira, 2002). Para autores com quem dialoguei na revisão de literatura (Vago Daher et al., 2017; Lima et al., 2022) esses corpos já estariam “acostumados” a serem investigados, o que compreendo como a sustentação histórica da prática médico-política de investimentos neoliberais na reprodução de mão-de-obra que reside no útero, através de intervenções físicas e químicas. O termo aparece em trechos no documento como estes abaixo:

(...) definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada; (...) acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, (...) disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados (...) (Brasil, 2004, p. 60-61, grifos nossos).

O funcionamento da biopolítica requer uma população bem orientada, em vigilância por possíveis adoecimentos (Foucault, 2003). Para isso, a partir do século XVIII, a medicina moderna se debruçou a desenvolver tecnologias sociais e, durante o século XIX, alçou novas posições de importância com o desenvolvimento do liberalismo a partir da valorização dos corpos como máquinas de trabalho. Para um bom funcionário, uma boa saúde de prevenção e tratamento. Para além da noção de sujeitos trabalhadores, o liberalismo inaugura a noção de sujeito empresário de si mesmo que, ao mesmo tempo que é produtor, é também consumidor de serviços (Foucault, 2008b). “Clientela”, nesse sentido, é um enunciado que tem como condição de possibilidade o desenvolvimento de (bio)políticas de vida e a noção produtivista do corpo que trabalha, produz e consome.

O neoliberalismo, em mesmo sentido, não é uma simples formulação econômica, mas uma política de vida, de gerenciamento da vida. Para os autores de *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico* (Safatle et al., 2021), as gestões de saúde mental têm se baseado em modelos individualistas e similares às avaliações empresariais, de modo que a ideologia neoliberal alcança os corpos como performance que deve ser ensinada, aprendida, exercida e avaliada por profissionais da saúde, em especial da psicologia e psiquiatria. Como bem coloca Marco Duarte (2011), o modelo biomédico, cuja relação com o neoliberalismo é estreita, bem como o conservadorismo, faz perdurar práticas moralistas e patologizantes em saúde mental, que afetam, evidentemente, diferentes corpos de diferentes modos; homofobia, transfobia e racismo não são implicados na conceitualização do sofrimento psíquico hegemônico.

Na gestão neoliberal da vida, nós, profissionais da psicologia, estamos em constante falha com a proposta de Ignacio Martín-Baró (1996). Psicólogo da libertação, Baró defendeu que profissionais da psicologia latino-americanos têm, como maior tarefa, dar condições de possibilidades aos povos para que construam identidades individuais e coletivas alinhadas aos seus contextos sócio-históricos, não de acordo com a lógica colonial. Isso não significa, por outro lado, que estes profissionais não estarão sendo constantemente convocados à manutenção da engenhoca neoliberal no âmbito da saúde mental.

Para tal, a neutralidade aparece como aspecto inerente à atuação da psicologia nos diferentes espaços, especialmente na atuação clínica e, embora tenhamos uma organização de uma parcela da classe profissional contra o fazer-pensar imparcial, não é possível afirmar que tenhamos superado esse aspecto. Uma psicologia neutra, como historicamente se estrutura, é uma psicologia incapaz de tensionar a realidade social como produtora de sofrimentos psíquicos, é uma psicologia encarcerada nas definições nosográficas de adoecimentos mentais e, evidentemente, uma psicologia incapaz de interseccionar (Favero et al., 2023).

No capítulo de diagnóstico da Política de Saúde da Mulher, a saúde mental é compreendida como a presença de transtorno mental, como evidencia a primeira frase do primeiro parágrafo: “Trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas as condições sociais, culturais e econômicas em que vivem” (Brasil, 2004, p. 44). Nesse sentido, o documento pauta as desigualdades sociais como aspectos que podem apenas agravar sofrimentos psíquicos, que apareceriam em mulheres cuja tendência aos transtornos já lhe seria inerente. Além disso, o diagnóstico aborda os elevados números em internações psiquiátricas pelo seu público, mas não há nenhum enunciado nas diretrizes ou nos objetivos que busque transformações neste campo, como a sugestão por tratamentos em

liberdade e facilitação do acompanhamento pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o que corrobora com uma lógica manicomial. Segundo Oliveira et al. (2024), os manicômios mantêm-se nas práticas manicomializantes no pensar-fazer saúde, em estreita relação com a colonialidade nos modos de subjetivação e a patologização individualizante dos efeitos neoliberais.

Os objetivos específicos à saúde mental produzem apenas uma posição de sujeito: “mulheres portadoras de transtornos mentais” (Brasil, 2004, p. 71), enunciado que se repete na descrição das ações. Apesar de raça ser mencionada como aspecto importante na produção da atenção em saúde mental, não é desenvolvido de quais modos isso deve ser feito, nem mesmo no Plano de Ação (Brasil, 2004). Como coloca Santos Mariosa et al. (2024), pessoas negras têm sua saúde mental diretamente atravessada pelo pacto da branquitude (Cida Bento, 2022), de modo que as identidades negras são hegemonicamente construídas a partir da positividade branca. Nas palavras das autoras (2024, p. 14): “Observa-se a pessoa negra como sujeita, introjetada e assimilada ao branco (...) a primeira regra imposta à pessoa negra é negar, expurgar, qualquer marca negra”. Às mulheres negras, tensionam-se os efeitos do sexismo e do racismo, e às mulheres trans e travestis, os efeitos das cisnormativas⁶⁹ em saúde mental que atravessam desde profissionais transfóbicos nos consultórios às lógicas patologizantes das vivências trans e das transições/travessias.

Durante a leitura do documento da Política de Saúde da Mulher, imaginei que os aspectos relacionados à saúde mental seriam tensionados com os eventos da menstruação (em relação aos diagnósticos que rondam a Tensão Pré-Menstrual) e com o acontecimento do puerpério⁷⁰, uma vez que o documento é cisnormativo. Embora pesquisas recentes, como a de Silva et al. (2023) afirmem que o momento do puerpério é compreendido como fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, a PNAISM se refere à fase puerperal apenas ao falar sobre a “saúde da mulher negra” e enuncia “mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal” (Brasil, 2004, p. 71). Em contrapartida, os enunciados “grávida” e “gestante” aparecem repetidas vezes em outros trechos do documento.

⁶⁹ Apenas em junho de 2018 a transexualidade foi retirada da lista de adoecimentos mentais pela OMS. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/oms-retira-a-transexualidade-da-lista-de-doencas-mentais.ghtml>

⁷⁰ O puerpério se refere ao período após o parto em que o corpo passa por importantes alterações hormonais e físicas e a rede familiar-comunitária que recebe o bebê começa a conhecê-lo e se adaptar a ele. Sua duração tem a média de seis semanas (FioCruz, 2021), embora possamos questionar este prazo, especialmente em relação às adaptações parentais. Com qual calendário se mede a chegada de uma criança?

O termo “ciclo gravídico-puerperal” circula essencialmente nos espaços e literaturas médicas, referindo-se às nosografias da gestação, parto e puerpério. Refere-se, portanto, a um corpo; uma carne sem identidade marcada. Nesse sentido, bell hooks (1995) afirma que as mulheres negras são significadas nas sociedades ocidentais unicamente como corpos, cuja identidade, a racionalidade e a dimensão dos afetos não existiriam. A ausência de léxicos significantes como “gestante” para falar das vivências de mulheres negras com a gestação e a maternidade evidencia o entrelace do modelo biomédico ao pacto de branquitude no pensamento de saúde, que coloca mulheres negras no alvo do biopoder à medida em que suas realidades não são tensionadas em vivências da gravidez e parto (Carneiro, 2023).

Além disso, a aparição do puerpério apenas em relação à saúde de mulheres negras me recorda Lélia Gonzalez (2020) em sua conceitualização da “mãe preta”. No período de escravização, as mulheres escravizadas eram destinadas a cuidar das crianças brancas, fosse a partir da amamentação ou do cuidado como babá. Para a teórica, foram essas mulheres que produziram a africanização dos povos brasileiros, à medida em que educavam essas crianças com seus modos de pronunciar o português e suas histórias, crenças e cosmovisões. Embora Lélia afirme que essa posição provocou um giro na dinâmica branca da colonização, às mulheres negras a posição de cuidado não pôde ser interrompida por sofrimentos psíquicos, alterações hormonais, episódios de cansaço. O puerpério era e ainda é uma realidade majoritariamente branca, uma vez que mulheres negras e pobres muitas vezes não têm o direito de resguardar-se nas primeiras semanas após o parto. Puerpério às mães pretas é sinônimo de trabalho em condições precárias.

Em relação à vivência da menstruação, o documento apenas menciona a menarca, relacionando-a com a capacidade reprodutiva, conforme diz o seguinte trecho: “Com a progressiva antecipação do início da puberdade (...) e o conseqüente decréscimo na idade da menarca, a capacidade reprodutiva se instala mais cedo e a competência social, para a constituição de uma família, acontece mais tarde. (...)” (Brasil, 2004, p. 40). Embora o Ministério da Saúde reconheça que “humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos” (Brasil, 2004, p. 59), a menstruação, cujo acontecimento é investido de simbolismos diversos em diferentes povos, bem como é nutrida por saberes e práticas passadas entre as gerações e marcadas pelo território (Martín, 2019), aparece na PNAISM conduzida pelo viés biomédico e exclusivamente biologicista - menstruar é ter capacidade de gestar.

Os enunciados sobre o início dos ciclos menstruais aparecem associados à constituição familiar. Embora “família” não seja um léxico recorrente quando em relação à saúde da

categoria “homem”, é recorrente em relação à categoria “mulher”. Para o filósofo Paul B. Preciado (2022), o binômio sexo-gênero é uma tecnologia biopolítica de fragmentar corpos em órgãos para delimitar a diferença sexual. Através da instituição de masculinidade e feminilidade, divide-se não só a carne, mas também o trabalho: “Os homens e as mulheres são construções metonímicas do sistema heterossexual de produção e de reprodução que autorizam a sujeição das mulheres como força de trabalho sexual e como meio de reprodução” (2022, p. 37). Endereçar à categoria “mulher” a competência de constituir família, portanto, remete às lógicas machistas e biologicistas de que isso lhes seria natural, além de produzir a manutenção dessa naturalização. No próximo subcapítulo, discutiremos mais sobre este tema.

Ainda no capítulo de diagnóstico, no tópico da saúde de mulheres adolescentes, lê-se:

Considerando-se o aumento da fecundidade e do número de partos e internações por aborto no SUS - principalmente em idades precoces - e os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1996, a qual identificou que 14% das mulheres de 15 a 19 anos de idade já tinham iniciado a vida reprodutiva, seja porque já eram mães, seja porque já estavam grávidas do primeiro filho, torna-se evidente a vulnerabilidade das adolescentes aos agravos em saúde sexual e saúde reprodutiva (Brasil, 2004, p. 41, grifos nossos).

Assim como o parto passa por um processo de medicalização, conforme analisado por Barros (2002), neste trecho a gestação e a vivência da maternidade são compreendidas como um agravo à saúde de adolescentes. É evidente que gestações não-planejadas, especialmente durante a adolescência, podem produzir sofrimento e condições de vulnerabilidade, ainda mais quando ocorrem com pessoas negras, periféricas e pobres, levando-as a terem as maiores taxas de abortos ilegais e em condições inseguras (Diniz et al., 2023).

A Política de Saúde da Mulher (Brasil, 2004) afirma trabalhar com todos os ciclos de vida, mas poderíamos traçar uma linha e separar os discursos em dois campos: enunciados sobre a categoria “mulher” quando está na janela de idade fértil e enunciados sobre a categoria “mulher” quando não está na janela de idade fértil. O mesmo foi percebido por Rosa e Cabral (2023), autoras de uma pesquisa incluída na revisão de literatura. Em relação à adolescência, o texto dedica poucas páginas, apenas no diagnóstico, afirmando a importância do uso de métodos contraceptivos e da prevenção de HIV/Aids e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Ou seja, a política marca a adolescência no acontecimento da menarca. Em relação à terceira idade, a PNAISM apenas menciona como objetivo dialogar com a Política de Atenção à Saúde do Idoso e promover, nesse outro documento, o que nomeia como enfoque de gênero. Apesar de afirmar que “o climatério/menopausa não é uma doença e sim uma fase da vida da mulher” (Brasil, 2004, p. 42), o texto descreve o que nomeia como “sintomas” (Brasil, 2004, p. 42) deste momento, numa perspectiva nosográfica e patologizante.

Portanto, ainda que aborde a menarca e a menopausa, a PNAISM discursa majoritariamente para as mulheres na janela fértil da vida. E justamente por abordar menarca e menopausa a partir da naturalização dos dois acontecimentos às mulheres, o documento evidencia a cisgeneridade como condição de possibilidade para as normativas. Assim, o documento não trabalha com as complexidades da adolescência, do envelhecimento e das mulheridades, referindo-se exclusivamente à acontecimentos biológicos, que iniciam e finalizam o ciclo fértil. A estruturação da PNAISM foi pressionada por movimentos que lutavam para romper com lógicas materno-infantis (Souto & Moreira, 2021), numa tentativa de avançar mais do que a antecessora, PAISM, conseguira. Entretanto, o que aparece discursivamente é um texto político cooptado pelo neoliberalismo, que dedica grande parte de suas normativas aos eventos do ciclo gravídico-puerperal e repete os paradigmas individualistas e coloniais da (re)produção de mão-de-obra, mantendo às margens enunciativas todas as pluralidades populacionais e potencialidades territoriais e comunitárias de saberes ancestrais, populares e originários.

Nesse sentido, o objetivo geral da Política de Saúde da Mulher é dividido em três tópicos, sendo o primeiro descrito como “promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras (...)” (Brasil, 2004, p. 67). Portanto, ainda que o Sistema Único de Saúde garanta, através da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), a saúde como um direito de todo ser humano no território brasileiro, a PNAISM versa para as mulheres cuja nacionalidade é brasileira. Imigrantes e vivências de imigração não são mencionadas no documento, e também não aparecem nos documentos secundários e terciários que constituem o arquivo.

Em relação à classe, retomo a temática da menopausa para destacar dois trechos do diagnóstico. O documento aborda o encerramento dos ciclos ovulatórios a partir de uma crença cultural de que “(...) entrar na ‘meia idade’ pode trazer, para muitas mulheres, a impressão de que ‘tudo acabou’” (Brasil, 2004, p. 43). Ao apontar fatores que possam melhorar a qualidade de vida dessas sujeitas, o documento elenca o combate ao sedentarismo como uma possibilidade, afirmando: “Aliada à atividade física adequada está a necessidade de uma dieta saudável e do controle do peso, o não tabagismo, a disponibilidade de tempo para lazer e a convivência com familiares e amigos (...)” (2004, p. 43). A prática de exercícios físicos,

alimentação equilibrada e tempo de lazer são mais comuns entre classes médias e altas (Tessaro et al., 2021), que dispõem de recursos financeiros e escalas flexíveis de trabalho⁷¹.

Na mesma seara, o texto segue na página seguinte: “A quantidade e intensidade dos sintomas estão, também, relacionados com a qualidade da vida pessoal, afetiva, profissional e com a existência ou não de projetos e sonhos para o futuro” (Brasil, 2004, p. 44). Apesar de assumir que a causalidade nosográfica é insuficiente para determinar a sintomatologia experimentada pelas sujeitas, nenhum objetivo em resposta direta a este diagnóstico é elaborado. Ao associar a presença de sintomas com a ausência de sonhos, o documento dialoga com a crueldade da lógica neoliberal que responsabiliza sujeitos pelas próprias condições socioeconômicas e patologiza aqueles que se negam a serem empreendedores de si (Dunker, 2021).

O capítulo de diagnóstico se debruça sobre raça por três páginas inteiras, trabalhando com dados que evidenciam que as taxas de morbimortalidade (em relação à gestação, parto e cânceres de colo de útero) são mais elevadas entre mulheres não-brancas e as taxas de mortalidade infantil também seguem o mesmo padrão. Além disso, o texto afirma que corpos negros e indígenas são mais medicalizados e sofrem mais violências no parto. Entretanto, as condições que estruturam a realidade nesses dados não são elaboradas, resumindo-se às seguintes colocações, a saber: “A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro (...). Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade (...)” (Brasil, 2004, p. 50); “A precariedade das condições de vida das mulheres negras leva-as a apresentarem também maiores taxas de doenças relacionadas à pobreza (...)” (2004, p. 52); e “A atenção à saúde da mulher dos povos indígenas ainda é precária (...). São ainda insuficientes os dados epidemiológicos disponíveis para avaliação dos problemas de saúde da população de mulheres e adolescentes indígenas” (2004, p. 53).

Nesse sentido, Lélia Gonzalez (2020) já vinha, desde a década de 1980, afirmando que a permanência majoritária da população negra nas classes mais baixas do país não é mera coincidência. Há uma causa sócio-histórica para tal: a discriminação racial. O desenvolvimento econômico brasileiro empurra as classes mais altas para cima, tornando os ricos mais ricos, e as classes mais baixas para baixo à medida em que a renda segue concentrada acima e as

⁷¹ A deputada federal Erika Hilton protocolou, em fevereiro de 2025, texto que prevê o fim da escala 6x1 (seis dias trabalhados, para um dia de folga) no Brasil. No momento da escrita desta dissertação, o texto está em tramitação no Senado e tem o apoio do presidente Lula. Leia mais em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2025/10/08/fim-da-escala-6x1-cj-do-senado-da-primeiro-passo-e-inicia-discussao-de-proposta-que-obriga-dois-dias-de-descanso-na-semana.ghtml>.

condições de trabalho são cada vez mais precarizadas pelas lógicas neoliberais. A discriminação por cor não apenas aconteceu no passado, empurrando as pessoas negras e indígenas às margens sociais com o fim da escravização, como segue ocorrendo na atualidade econômica brasileira através de um modelo neoliberal e neocolonial que mantém historicamente, por exemplo, as mulheres negras majoritariamente em empregos irregulares relacionados ao cuidado (seja da casa, de crianças ou da cozinha) (Rivane Arantes, 2023). Ainda de acordo com Gonzalez (2020, p. 50), “ser negra e mulher no Brasil, repetimos, é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexismo a colocam no nível mais alto de opressão”.

É evidente que, ao produzir uma ampla gama de exclusões e violências, o dispositivo da racialidade (Carneiro, 2023) produz contextos sociopolíticos que tornam complexas as ações em saúde, uma vez que, se não forem construídas atentas a essas estruturas, não serão efetivas; mas, além disso, produzem contextos em saúde por si só violentos. Não são poucas as pesquisadoras que afirmam que mulheres negras sofrem mais com a violência obstétrica. A análise de Leal et al. (2017) demonstrou que existem profundas diferenças raciais no acesso à atenção à gestação e ao parto; um Dossiê de 2021 evidenciou que a mortalidade entre mulheres que abortam é maior entre as mulheres negras (Criola, 2021); e achados da pesquisa de Kelly Lima e colaboradoras (2021) demonstram que as mulheres negras têm maiores obstáculos no acesso aos direitos reprodutivos. Em Dispositivo de Racialidade (2023), Sueli Carneiro denuncia problemas relacionados ao desenvolvimento de dados em relação à cor e saúde no país, demonstrando que, dezenove anos após o lançamento da Política de Saúde da Mulher, ainda se encontram os mesmos problemas cujos objetivos tentavam solucionar.

Mesmo que o diagnóstico tenha evidenciado sérios déficits da saúde em relação à saúde da população não-branca, os objetivos não se alongam. “Melhorar o registro e produção de dados; Capacitar profissionais de saúde” (Brasil, 2004, p. 71) aparecem como primeiros tópicos. Faltam enunciados: a melhora deve ser referente a quais tipos de dados? E, sobretudo, sobre quais aspectos devem ser capacitados os profissionais? No Plano de Ação de 2004 a 2007, encontro as respostas, uma vez que são apresentadas ações para cada uma das estratégias. Os dados, nesse sentido, devem ser relacionados à inclusão do aspecto “cor” no DATASUS e nos documentos do SUS. A capacitação, por sua vez, deveria ser relacionada às “(...) especificidades da saúde da mulher negra (...) a diversidade sociocultural, o racismo e a etnicidade” (Brasil, 2004b, p. 39).

Racismo. Palavra que procurei durante as leituras e releituras das duas políticas. Enquanto isso, lia o trabalho de Ariana Santos (2021), que estudou a relação entre

medicalização de mulheres e racismo, e de William Toledo (2021), que articulou diálogos entre masculinidades negras e saúde, na busca pela interseccionalidade que desconheci no campo documental. Racismo, léxico que aparece apenas no Plano de Ação para a Política de Saúde da Mulher, cujo prazo de validade foi 2007. Racismo, palavra suja, léxico que, com sorte, causa ruído no silêncio da branquitude. A recorrência de um não-dito (Foucault, 2008a) aponta para um discurso historicamente rarefeito, cuja lacuna é sustentada pela colonialidade do poder que investiu anos nos estudos eugenistas da medicina, produzindo verdades sobre as populações negras e indígenas que, até hoje, mesmo questionadas e confrontadas, exercem poder nos espaços de saúde. Novamente, o grande autor Brasil, como inquieta Morais (2023), se mantém higienizado das lógicas racistas, evitando colocar em evidência as violências provocadas pelo pacto da branquitude (Bento, 2022) que, ele mesmo, deixa no seu silêncio, à medida em que perpetua.

Há um jogo entre singulares e plurais que ocorre na PNAISM ao qual gostaria de jogar uma luz. Talvez, durante as explanações acima, você tenha reparado que, em alguns trechos, o documento refere-se às experiências de mulheres e, em outros trechos, o documento refere-se à experiência de mulher, sem plural. Esta intercalação acontece no correr das oitenta páginas do texto político. O uso do plural ocorreu em relação à totalidade, quando não estão definidos marcadores sociais fechados e específicos, como ao falar sobre planejamento familiar, pré-natal e aborto, mas também de trabalhadoras e mulheres em privação de liberdade, o que dialoga mais com uma situacionalidade do que com marcadores sociais. O singular apareceu especificamente em relação à “saúde da mulher na terceira idade”, “saúde da mulher negra” e “saúde da mulher indígena” (Brasil, 2004, p. 71-72), repetindo-se quando as mesmas temáticas eram abordadas.

O psicólogo estadunidense Amos Wilson estudou o desenvolvimento de crianças negras, publicando a obra *The Developmental Psychology of the Black Child* em 1978 e sustentando a tese de que crianças brancas e crianças negras se desenvolvem de modos distintos. Logo na introdução, o autor afirma que há uma significativa parcela científica que acredita que “(...) uma criança preta é uma criança branca que ocorreu de ser pintada de preto” (p. 6, tradução nossa). Sua tese, portanto, dialoga com a argumentação de Geni Nuñez (2023) acerca das resistências de diversos povos originários que conseguiram manter suas dimensões cosmogônicas vivas, que diferenciam-se das noções estabelecidas pelas lógicas coloniais hegemônicas e referem-se a outros modos de ser e constituir-se, a outros saberes, ancestrais e políticas de vida.

Nesse sentido, a unificação das pluralidades de mulheres negras e indígenas nos singulares dos termos relaciona-se com a pasteurização moderno-colonial, à medida em que esse sistema produz o apagamento das cosmovisões afro-latino-americanas (Lélia Gonzalez, 2020) em detrimento da institucionalização das noções positivistas, europeias, brancas e hegemônicas. Para além, as vivências corporais-sociais de mulheres negras e indígenas não são as mesmas que as de mulheres brancas, não somente pela opressão cujo marcador raça produz, mas por suas pluralidades já referidas. Mulheres negras e indígenas, portanto, não são mulheres brancas pintadas de preto (Wilson, 1978), não possuem as mesmas corporiedades e demandas que mulheres brancas, mas lhes é guardada apenas uma posição de especificidade na PNAISM como demonstra o seguinte trecho:

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). (Brasil, 2004, p. 63, grifos nossos).

O uso dos parênteses é um enunciado que têm como efeito a evidência do grupo populacional central (branco e de orientação heterossexual), de modo que as racialidades não-brancas (bem como as orientações não-heterossexuais) ficam acessórias a ele, especificidades dentro de uma centralidade. Diante das ações específicas para as mulheres negras, não se pode afirmar que elas não são parte da categoria “mulher” à qual se dedica o documento. No entanto, o marcador de raça não aparece relacionado às outras temáticas, de modo que, ao se abordar diretrizes para o parto, por exemplo, não é tensionada ações antirracistas para redução e eliminação de violências obstétricas contra mulheres não-brancas. Não há uma abordagem interseccional, mas fatorial - raça, portanto, aparece como um fator, e exclusivamente relacionado à negritude e às populações indígenas, de modo que a branquitude permanece como regra de formação de discursos em saúde.

Portanto, no contexto das ondas feministas, a ausência de interseccionalidade da fundamentação teórica e das ações planejadas demonstra que, ao unificar os movimentos feministas em “movimento de mulheres” ou “movimento feminista” (Brasil, 2004, p. 15), o campo de enunciados associados à PNAISM refere-se às reivindicações da primeira e segunda onda do feminismo, ainda bastante eurocêtricas. Ou seja, o texto político localiza-se na defesa dos direitos mais básicos referente à categoria “mulher”: direitos reprodutivos que tensionam-se quando em relação à maternidade, ao casamento e à família (Nogueira, 2017); direito à segurança, especialmente em relação à violência doméstica; direitos trabalhistas; e direitos de saúde, como em relação à prevenção e tratamento de HIV/Aids e cânceres. Sem a lente

interseccional à qual a terceira onda dá prioridade (Collins & Bilge, 2020), direitos de mulheres trans, travestis, negras, indígenas, com deficiência, pobres, periféricas, das ruralidades, idosas e jovens ficam às margens do documento, aparecendo, no máximo, como acessórias à categoria central cisgênera, heterossexual e branca. Os marcadores sociais, nesse sentido, são compreendidos como uma dimensão unicamente fatorial; a política não objetiva o combate às opressões, mas a adaptação da saúde (Garbois et al., 2017) aos fatores de raça, idade e vivências privadas de liberdade, vivências com HIV/Aids e cânceres e transtornos mentais.

Após nos demorarmos nas análises a partir da lente interseccional, voltaremos ao estudo do binário de gênero na produção em saúde. No entanto, agora compreendendo que categorias uniformizadas e dominantes, tais quais “mulher” e “homem”, não são capazes de referir-se às pluralidades e não englobam, com isso, vivências que dissidem da branquitude e da burguesia, como aponta María Lugones (2020). No próximo subcapítulo, volto às capas das duas políticas para, a partir delas, aprofundar os diálogos com o transfeminismo e com a ciscolonialidade de viviane v. (2015), analisando de quais modos estruturam-se as noções binárias e cisheteronormativas em atenção integral à saúde. Para tanto, estamos cada vez mais distantes da ciência positivista cujo objeto de estudo é estável; com a instabilidade do binômio sexo-gênero em mãos, avançamos o processo da colagem — provisória, momentânea, singular.

6.3 Saúde nos palimpsestos binários: sexo-gênero como binômio repetido, rasurado, reinscrito

Neste último subcapítulo de análise, nos demoraremos no palimpsesto de sexo-gênero. Até aqui, tenho me referido aos processos relacionados às colagens – recortes, cola, tesouras, dobras – para costurar as experiências registradas em diário de campo com a análise discursiva. Porém, para falar especificamente das carnes, dos corpos cujos discursos das duas políticas organizam, não estamos tanto na seara contemporânea da colagem. O termo “palimpsesto” também se refere ao campo de papel, mas, por outro lado, se refere aos escritos em cima de escritos, uma prática comum quando somente estavam disponíveis os pergaminhos, raros entre os séculos VII e XIX, como coloca Guerellus (2013). Para reutilizá-los, tentava-se apagar o que já estava escrito, produzindo rasuras, e se escreviam novas informações em cima. O uso da imagem do “palimpsesto”, portanto, faz ver essa sobreposição de léxicos, escritos em cima de escritos, rasuras antigas ainda aparentes no novo discurso em destaque.

O uso desse recurso analítico não é inédito. Enquanto tinha o campo documental aberto na escrivaninha, acima dela, na prateleira de livros, estava o romance “Como se estivéssemos em um palimpsesto de putas”. A autora carioca Elvira Vigna (2016) nos apresenta, em uma das suas últimas obras, às camadas da vida afetiva e sexual de um homem, demonstrando, com

uma escrita direta e afiada, as complexidades envolvidas em histórias aparentemente simples e comuns. O uso da metáfora do palimpsesto é utilizado por Vigna para problematizar como as pessoas com quem a personagem João se relacionava vinham uma sobre as outras na sua vida, numa imagem contínua de camadas, relações que coexistiam, não-terminadas. Nas palavras da autora (2016, p. 178): “Vem por cima de todas as outras. Lola incluída aí. Eu também. Nenhuma de nós de fato com uma existência separada. Só traços sobrepostos, confusos, não claros. Como se estivéssemos, todas nós, num palimpsesto”.

Esse recurso metafórico é utilizado por muitos outros autores e autoras, servindo para problematizar como narrativas operam sobre outras narrativas, produzindo sobreposições e camadas. De acordo com Soares (2020), os palimpsestos são produções de escritos que seguem interferidos pelos seus anteriores que, abaixo deles, mesmo raspados e apagados, seguem aparecendo como rasuras. Em análise da obra literária, a autora do artigo reconhece a linguagem, no que tange às relações de gênero, como um palimpsesto, à medida em que, através dela, o poder se atualiza, mas segue sustentado pela história que o constitui, repetindo em rasuras noções anteriores. Além disso, a analogia à literatura de Elvira Vigna permite conjecturar o que outras pesquisas já destacaram: “os estudos de gênero são importantes para a abordagem de temas como machismo e imposições sociais e para que estes ganhem espaço nos debates nos meios acadêmicos e fora deles” (Barreto, 2019, p.7). Neste sentido, a menção à obra de Elvira Vigna e uso do mesmo termo, que constitui o título do livro dela, não se faz pela mera coincidência entre a lombada rosa neon se destacando na estante acima da minha escrivaninha e o presente momento de pesquisa. Assim como a autora utiliza a metáfora do “palimpsesto” para denunciar a operação da masculinidade hegemônica de sua personagem João, uso o mesmo léxico para também problematizar as relações de poder em torno do binário mulher-homem, entretanto mais atenta às normatizações da diferenciação sexual do que interessada na performance, como Vigna faz.

As regulações relativas ao binômio sexo-gênero são antigas, atualizadas de acordo com os jogos de saber/poder, transformando o pergaminho em uma mistura de rastros e rasuras e textos em destaque, que prosperam sustentados pela história. Conjuntos de regras antigas e em constantes atualizações como um palimpsesto. Nesse sentido, embora possamos afirmar que os corpos são como colagens para a saúde, a partir da lógica colonial/moderna de fragmentação das carnes, não é a colagem a técnica pela qual as lógicas biomédicas majoritariamente instituem as normativas de sexo-gênero. A melhor metáfora para tal procedimento é o palimpsesto, porque, conforme veremos a seguir, falarmos de métodos antigos, cujas

atualizações acontecem por cima das antigas regras, sustentadas pelo saber médico e religioso historicamente verdadeiro.

6.3.1 Diferenciação sexual e suas rasuras

Embora sejam nomeadas por enunciados de gênero, as Políticas de Saúde da Mulher e de Saúde do Homem (Brasil, 2004; 2009) são normativas de saúde que agem nas instâncias sexuais. Ambos os documentos introduzem suas vigências com enunciados relacionados aos aspectos socioculturais, a saber: “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); e “(...) 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” (Brasil, 2009, p. 7). Entretanto, os textos políticos analisados nesta dissertação direcionam seus objetivos especificamente para soluções orgânicas aos adoecimentos da carne, de modo que, mesmo a prevenção podendo ser realizada por estratégias comunitárias e transformações culturais populacionais, as ações são centradas na individualização do sujeito e na sua dimensão biológica, seguindo o modelo biomédico de tratamento nosográfico. Para adentrarmos nessas análises, nos voltemos ao recurso metafórico do palimpsesto do sexo e da diferenciação sexual.

Conforme já afirmei, as duas políticas são estruturadas a partir da prerrogativa do enfoque de gênero, mas mulher-homem é um binômio de manutenção também biológica. Sua autoria, diferente do que pregam muitos dos discursos religiosos e conservadores, não é a mãe-natureza. O historiador norte-americano Thomas Laqueur se dedicou a reconstituir a historiografia ocidental da produção de saberes e discursos sobre o sexo, publicando em 2001 sua obra intitulada *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Segundo documenta o autor, até o século XVII se compreendia apenas um sexo, naturalmente dado. Teorias foram desenvolvidas para explicar o corpo da mulher como o mesmo corpo do homem, porém com os órgãos menos desenvolvidos e, portanto, mantidos internos. Ou seja, acreditava-se à época que, numa mulher, o pênis e os testículos não haviam se desenvolvido a ponto de serem externalizados como no corpo de um homem. Assim, foi criada uma noção de sexo único, diferenciado pelo grau de desenvolvimento, que produzia uma hierarquia cujo corpo do homem era o ideal (Laqueur, 2001).

Na passagem do século XVII para o século XVIII, os escritos no pergaminho do sexo são rasurados e novos dizeres os substituem. O sexo único, que remontava à perfeição pelos gregos, perde sua validade e é substituído pela noção de dois sexos: homem e mulher. Não

mais são a mesma coisa, embora ainda tenha permanecido a dimensão hierárquica que manteve a noção falocêntrica nas produções de saberes médicos. Como coloca María Lugones (2020), o falocentrismo foi fortemente operacionalizado pelas lógicas coloniais cristãs, de modo que as sociedades ginocráticas originárias sofreram epistemicídio e foram apagadas pela submissão ao ideal eurocentrado branco e masculinista. Nas palavras de Laqueur (2001, p. 189):

Aristóteles e Galeno estavam errados ao afirmarem que os órgãos femininos eram uma forma menor dos órgãos masculinos e, conseqüentemente, que a mulher era um homem menos perfeito. A mulher é mulher, proclamou o “antropólogo moral” Moreau, em uma das várias novas tentativas de derivar a cultura do corpo de todos os lugares e todas as coisas, morais e físicas, e não apenas de um grupo de órgãos.

Os traços de dimorfismo sexual são rastreados ao longo do século XVIII e passam a constituir os dois sexos como opostos. A invenção do binômio mulher-homem produz um novo modo de mapeamento do corpo nomeado “feminino”. Seus órgãos passam a ser investigados e nomeados - tornam-se acontecimentos os ovários e o útero, e o orgasmo é inventado como uma característica importante de diferenciação sexual. Os corpos nomeados “mulher” são tornados frígidos a partir da leitura de que não gozavam como os corpos nomeados “homem”, e aspectos emocionais e comportamentais passam a ter suas explicações nos ovários e nos eventos como a menstruação e a gestação. A biologia e a natureza, por intermédio de estudos científicos da época, tornam-se o destino e a raiz (Laqueur, 2001). É pertinente lembrar que, uma vez produzido nas instâncias da ciência, um discurso opera como verdadeiro.

Durante o século XVIII, as mudanças na verdade sobre os sexos foram motivadas pelas profundas transformações sociais, políticas e econômicas às quais o contexto europeu passava. O palimpsesto do sexo torna-se uma ferramenta central de organização populacional a partir do que Foucault (2008b, p. 39) nomeia como “nova arte de governar”. Assim como Foucault, Laqueur (2001) atribui a verdade dos dois sexos às transformações políticas em torno do livre mercado que impactaram o casamento, a produção ideológica, as estruturas trabalhistas e a formação das cidades. Além disso, o estudo dos corpos não se limitou às nomeações de órgãos e mapeamento de acontecimentos biológicos, mas passou a se referir diretamente aos gêneros, colando performances na carne e atribuindo a elas o destino da natureza. Portanto, “a biologia – o corpo estável, não-histórico e sexual – é compreendida como o fundamento epistêmico das afirmações consagradas sobre a ordem social” (2001, p. 18) que residia, em parte, no casamento como contrato para o exercício pleno das naturezas de cada sexo. Homem como provedor e produtor, mulher como reprodutora e cuidadora.

Nesse sentido, o problema da população na empreitada do liberalismo durante o século XVIII culmina no uso da família para controle governamental. Conforme o autor demonstra

em *História da Sexualidade I* (2014), a estrutura familiar tornou-se, nesse período, relevante para a fixação das funções úteis da sexualidade. Importante lembrar que não falamos de famílias plurais, contemporâneas e localizadas em contextos comunitários, mas de uma Família tradicionalmente cristã, constituída por um homem, uma mulher e seus filhos. Nessa composição, o dispositivo da sexualidade se exercia com as crianças e adolescentes, funcionando a vigilância de aspectos perversos e a educação dos corpos e das práticas reprodutivas (mais do que práticas sexuais). Além disso, o estudo do sexo “mulher” o direcionou ao espaço familiar, cuja feminilidade poderia ser exercida plenamente junto ao cuidado do marido, da casa e da prole. Como segmento populacional, a Família passou a guardar as intervenções relacionadas às taxas de natalidade, mortalidade e consumo (Foucault, 2008a).

A partir do diálogo com Laqueur e outros autores, a pesquisadora Fabíola Rohden (2003) reflete sobre o sexo encerrado nas possibilidades mulher-homem e sua produção junto ao binômio natureza-cultura que o constitui. Outras dicotomias tornam-se centrais ao curso do desenvolvimento de dois sexos e do desenvolvimento da ciência positivista e hegemônica que conhecemos: corpo/mente, razão/emoção, universal/particular, normal/patológico; dicotomias que organizam os espaços, constituem os saberes médicos, atravessam as relações e circulam como verdades biologicamente comprovadas, naturalmente constituídas, politicamente exercidas. Dicotomias, além disso, cuja hierarquia é estabelecida e gerida pelas lógicas capitalistas e neoliberais. Para María Lugones (2003), a colonialidade é sustentada de modo central pela separação entre humano/não-humano, o que diz respeito às categorias de raça, classe e gênero, dentre outras que passam a ser medidas com a métrica hierárquica. Nesse sentido, funcionam na realidade brasileira, além do binário hierárquico e categorial mulher-homem, que produz verdades tanto de sexo quanto de gênero, outras dicotomias importantes como branco/não-branco, burguesia/proletariado, cisheterossexual/cisheterodissidente, urbano/rural e centro/periferia.

De acordo com Morais (2023), essas cisões contribuem para a produção e perpetuação de um sujeito universal – branco ou embranquecido, cisgênero, heterossexual – e, do outro lado do binômio, um sujeito marginal. Portanto, até o início do século XX, a medicina brasileira centrou-se na produção de saberes médicos racistas, como afirma Ariana Santos (2021), produzindo a figura branca e masculina do colonizador como aquela normal e saudável, em detrimento às patologias e marginalizações eugenistas guardadas aos povos negros e indígenas. Além disso, a constituição de saberes a partir da noção natureza-cultura é mais complexa do que uma dinâmica entre aspectos imutáveis e aspectos transformáveis socialmente; natureza e

cultura misturam-se, conflitam e variam conforme a produção de conhecimento científico acerca de sexo-gênero respondia às demandas do Estado.

Como já coloquei no capítulo três, as políticas públicas de saúde no Brasil compõem um campo de disputa de interesses, de discursos que revelam tanto a dominação quanto a manutenção de direitos. Entretanto, estou de acordo com Fernanda Bragato (2014), que afirma que o campo de direitos humanos no Brasil ainda se revela predominantemente eurocêntrico e colonial, favorecendo as lógicas individualizantes e liberais. Um pergaminho cujas normas da atualidade são reescritas em cima de discursos que remetem aos períodos mais obscuros da história latino-americana, sem que seja possível apagar por completo, nessa cena do papiro, os escritos do genocídio dos povos indígenas, as ideias científicas eugenistas escravocratas e a centralização do homem cisheterossexual, branco e burguês na garantia de acesso a direitos. Portanto, ainda que propostas antirracistas, decoloniais e transfeministas ocupem o palimpsesto de sexo-gênero, estes são apenas alguns dos elementos no complexo papiro rasurado, longe de serem destacados.

A partir dessa conjuntura, podemos considerar que a coexistência da Política de Saúde da Mulher e a Política de Saúde do Homem reinscrevem a Família como segmento populacional para exercício da biopolítica. A PNAISM existe e permanece como um universo de discursos centrados na vida fértil dos ovários, ocupando-se prioritariamente de legislar normativas sobre as gestações, os partos e as maternidades seguras, diminuindo os índices de mortalidade materna e infantil. Atualiza, portanto, as lógicas materno-infantilistas contra as quais lutaram os movimentos que reivindicaram a política, de modo que atende à demanda de enunciar pluralidades raciais, afetivas e territoriais, mas para as quais reserva normativas ocas, focando na garantia de direitos da categoria dominante “mulher”. Em outras palavras, a PNAISM até discursa sobre mulheres negras, lésbicas e não-urbanas, mas não especifica e amplia seus direitos, compromissando-se com o combate de discriminações historicamente produzidas que dificultam o acesso aos direitos de saúde, permanecendo centrada na categoria dominante produzida pela diferenciação sexual, que objetiva a manutenção da vida de mulheres brancas, cisgêneras e heterossexuais como reprodutoras e cuidadoras no seio da Família.

A PNAISH, por outro lado, tanto em seu texto de 2009 quanto em sua atualização de 2021, objetiva reduzir os altos custos da atenção especializada no SUS. A proposta que apresenta de debate da masculinidade hegemônica não objetiva a transformação desse conjunto de performances de modo amplo e profundo; busca, na verdade, incorporar a ela o cuidado em duas perspectivas. Cuidado, para a política, primeiro de si, para que doenças crônicas passem a chegar na atenção básica e não apenas nas emergências de hospitais; e cuidado dos filhos,

com o incentivo à paternidade responsável. Além disso, a temática da violência, que aparece na PNAISM como violência contra a mulher, é debatida na PNAISH unicamente entre homens e contra si mesmo. Há, portanto, uma perpetuação do feminicídio como crime cuja posição de agressor é esvaziada, à medida que nenhuma das duas políticas assume o homem como principal responsável pela violência contra mulheres⁷². Assim, endossa-se as diversas tentativas judiciais e midiáticas de justificar a ação, retirando seu caráter criminoso e misógino (Alvares & Medeiros, 2019).

Para a Política de Saúde do Homem, seu público encontra um desafio específico para exercer o cuidado de si: a posição de provedor. Apresentada logo na introdução do documento, a problemática é elencada como fator dificultador para a ida até as Unidades Básicas de Saúde, uma vez que o funcionamento delas ocorre, geralmente, no horário e dia da maioria dos trabalhos. Apesar de nada ser mencionado na Política de Saúde da Mulher a respeito, na PNAISH reconhece-se que a categoria “mulher” também compõe a força trabalhista do país na atualidade e, ainda assim, acessa os serviços de saúde, informação que não é investigada ou tensionada. As lógicas sexistas privilegiam homens cisheterossexuais em detrimento de outras identidades, mas também os afeta de modos multidimensionais. bell hooks (2019b) explica que as feministas negras são responsáveis pela quebra no movimento branco anti-homem, que mais produzia polarização e dinâmicas separatistas que constituía articulação de libertação. A categoria dominante “homem”, apesar de favorecida pelas relações de colonialidade do poder, tem sua legitimidade, na lógica capitalista, guardada nas atividades laborais, que reafirma e garante superioridade às outras categorias. Como demonstram diversas pesquisas incluídas na revisão (Cesaro et al., 2018; Ramalho et al., 2014; Rodrigues et al., 2022), a ida à UBS causa receio de perder o emprego, o que, em classes baixas, apresenta riscos severos à saúde. Além disso, na ótica sexista, o desemprego expõe o sujeito à abjeção da sua própria masculinidade. Nenhum destes aspectos é debatido no texto da política, e não aparecem diretrizes ou objetivos que busquem investigá-los ou mitigá-los.

Na dinâmica da família tradicional, cisgênera e heterossexual, o homem se responsabiliza por prover o sustento financeiro da casa e, mesmo quando a mulher também trabalha, sua responsabilidade principal é outra – cuidar, como demonstra a introdução da PNAISM (Brasil, 2004, p. 9): “São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade”. Nesse sentido, Carol

⁷² Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024), 90% dos homicídios de mulheres cometidos em 2023 no Brasil foram cometidos por homens. Veja mais em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>

Gilligan (2003) sustenta a tese de que as mulheres hegemonicamente se desenvolvem para assumir posições de cuidado, cuidando das pessoas que compõem a sua rede. A masculinidade hegemônica, por outro lado, é rarefeita de aspectos relativos ao cuidado e, quando os aborda, o direcionamento é outro: homens hegemonicamente cuidam para garantir as condições da vida capitalista – financiam a alimentação, a moradia, o lazer –, perpetuando a noção dicotômica entre masculino-racional e feminino-emocional.

Portanto, a Família se sobressalta nas rasuras do palimpsesto de sexo-gênero à medida em que as Políticas de Saúde da Mulher e de Saúde do Homem versam a partir de uma regularidade discursiva ciscolonial (vergueiro, 2015), branca, heterocentrada e matrimonial, produzindo normativas que colaboram para a perpetuação do modelo da diferenciação sexual binária. Os discursos de ambos os textos oscilam entre carne e performance, ora abordando aspectos relacionados às nosografias diagnósticas, ora abordando comportamentos de risco à saúde. A partir do binômio analítico carne-performance, foi possível compreender que os documentos que compõem o arquivo produzem fragmentos que, juntos, constituem as duas posições de sujeito elencadas: mulher-cis-hetero e homem-cis-hetero.

Isolados de seus contextos textuais, alguns discursos proporcionam rasgos no palimpsesto de sexo-gênero, como nos trechos a seguir: “contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil (...)” (Brasil, 2004, p. 67, grifo da autora) e “ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina (...)” (Brasil, 2021, art. 4º, grifo da autora). Os léxicos grifados abririam lacunas na cisnorma por apresentarem possibilidades de ruptura no binômio sexo-gênero à medida em que, estruturados em estudos queer e transfeministas, os documentos poderiam referir-se às populações femininas descoladas da parafernália útero-ovários-mamas e às populações masculinas independentemente do mecanismo corporal pênis-testículos-próstata. Léxicos, entretanto, que não me deixam passar do simples vislumbre da pluralidade, um pequeno furo no papiro que permitiria não mais que imaginar outras configurações. O uso do pretérito imperfeito sinaliza que não é possível assumi-las na produção do palimpsesto de sexo-gênero, porque um enunciado não acontece sozinho, no vazio de uma cena discursiva. Portanto, ler os trechos acima em suas localidades, devolvidos às suas linhas nos documentos, reafirma a impossibilidade identitária inteligível de corpos inconformes diante das categorias “mulher” e “homem”, uma vez que o princípio cisgênero homogeneiza o conjunto de normativas em atenção integral em saúde. Sobre isso, Michel Foucault (2008a, p. 63) sugere atenção ao modo como se compõem e se organizam os discursos,

(...) quer seja a ordem das inferências, das implicações sucessivas e dos raciocínios demonstrativos; ou a ordem das descrições, os esquemas de generalização ou de especificação progressiva aos quais obedecem, as distribuições espaciais que percorrem; ou a ordem das narrativas e a maneira pela qual os acontecimentos do tempo estão repartidos na sequência linear dos enunciados (...).

A categoria analítica sexo-performance destacou, nos capítulos dos textos políticos sobre diagnósticos, as estratégias governamentais de cada política. Em relação à Saúde do Homem, o texto mostra maior preocupação com a performatividade masculina predominante que teria, como característica comum, a predisposição à violência. Além disso, se atenta ao uso abusivo de álcool, ao tabagismo e ao envolvimento em acidentes automobilísticos. Portanto, ao mesmo tempo em que o autor Brasil (Morais, 2023) afirma existir uma masculinidade hegemônica que prejudica a saúde da categoria “homem”, reafirma a mesma masculinidade ao manter o foco diagnóstico e os objetivos alinhados a ela, não para transformá-la, mas para que a saúde se adapte a ela. Há, ainda, uma outra camada nessa discursividade: permanecer o foco em homens-masculinos (lê-se homens cisgêneros, heterossexuais, brancos, dominadores, descuidados, violentos e invulneráveis) mantém às margens masculinidades dissidentes, performadas por corpos negros, indígenas, gays, bissexuais, trans, com deficiência e tantas outras localidades possíveis. O foco nessa categoria dominante de homem (Lugones, 2020) incapacita profissionais de pluralizarem suas visões e ações, perpetuando, no não-dito do texto, as discriminações que impedem o acesso à saúde.

Por outro lado, a PNAISM discursa pouco sobre aspectos comportamentais relacionados à feminilidade. No capítulo diagnóstico, são quinze tópicos: três deles abordam parto, aborto e maternidade; um aborda anticoncepção; um aborda a menarca e adolescência e outro a menopausa; e dois abordam nosografias (relacionadas às IST, doenças degenerativas e cânceres). A maioria, portanto, é dedicada às vivências desses corpos nomeados “mulher”, cuja inteligibilidade requer capacidade reprodutiva-gestacional e maternagem. Novamente, me recordo do comentário de Lima et al. (2022) sobre a histórica investigação da medicina acerca das características biológicas do útero-ovários-mamas, prática a qual esses corpos já estariam acostumados. O costume, por assim dizer, é, para Elizabeth Vieira (2002), a manutenção da reprodução de mão-de-obra, razão pela qual a medicina passa a legislar sobre o corpo dito feminino principalmente a partir do século XVIII, quando a Família se tornava o núcleo de efervescência do biopoder (Foucault, 2004). Além disso, a menção de Lima et al. (2022) relaciona-se ao que Vieira (2002) nomeou criticamente como suposta “natureza feminina”: naturalizar, nesse sentido, é tornar algo corriqueiro e comum; acostuma-se ao que está dado pela natureza, uma vez que recebe a característica da imutabilidade. Parece, portanto,

corriqueiro, natural e comum que aconteça a predominância de discursos sobre gestação, parto, aborto e dinâmicas materno-infantis no diagnóstico e nos objetivos da Política de Saúde da Mulher (Brasil, 2004), o que é condição de possibilidade para que o documento persevere sem alterações por mais de vinte anos.

Outros seis tópicos no diagnóstico relacionam-se com marcadores sociais – aspectos de saúde mental, vivências de mulheres lésbicas, mulheres negras, mulheres indígenas, trabalhadoras do campo e mulheres privadas de liberdade. Há ainda um tópico sobre violência contra mulheres. Abordo-os não porque há alguma importância especial no capítulo de diagnóstico, até porque seus dados estão desatualizados, mas sim porque são nesses levantamentos que emergem as demandas a serem respondidas nos objetivos que, estes sim, vigoram até o presente momento.

Em relação à saúde mental, o texto reconhece o impacto das desigualdades de gênero (citando as violências contra as mulheres), classe (mencionando as jornadas duplas e triplas de trabalho), raça, etnia, idade e orientação sexual. Entretanto, não passam disso: menções e reconhecimentos. Os parágrafos restantes dedicam-se a levantamentos de dados sobre internações psiquiátricas, elencando transtornos de humor e uso de álcool e outras drogas, e diagnósticos mais comuns, mencionando o pós-parto como momento propício para adoecimento mental sem, com isso, analisar os aspectos socioculturais que impactam o evento. Como colocam Rangel e Castro (2023), os manicômios foram instituições que corroboraram com as violências contra as mulheres, funcionando a partir de lógicas misóginas e racistas, patologizando experiências desviantes dos ideais conservadores e das posições de cuidado.

Os objetivos são bastante gerais, versando sobre a necessidade de melhorar as informações sobre “mulheres portadoras de transtornos mentais” (Brasil, 2004, p. 71) e a qualificação da atenção em saúde mental. Dessa forma, a Política de Saúde da Mulher reafirma uma lógica manicomial que ainda permeia a saúde mental pública (Sampaio & Bispo Júnior, 2020) ao elencar dados sobre internações sem analisá-los, e não tendo como objetivo suas reduções. O tratamento em liberdade não aparece no horizonte do documento. Também reafirma o viés individualista e acrítico do cuidado em saúde mental, quando apresenta marcadores sociais como fatores impactantes, mas sequer os analisa ou produz normativas que objetivem reduzir as desigualdades sociais.

Em relação à saúde de mulheres negras, os dados de diagnóstico mencionam condições socioeconômicas e demoram-se mais em aspectos biologicistas: mortalidade materna, mortalidade infantil, nascimento de bebês abaixo da média de peso e prevalência de doenças. Em pouco mais de três páginas de diagnóstico, o léxico “racismo” não aparece nem mesmo

uma vez como barreira importante no acesso aos direitos. O tópico é finalizado com a sinalização de quais objetivos serão apresentados – aponta para a necessidade de mais levantamentos de dados para melhorias no acesso aos serviços de saúde. Permanecer em aspectos biomédicos, nesse sentido, dedicando-se a descrever nosografias mais do que atentar-se para artimanhas de discriminação, é uma estratégia que dialoga com o racismo institucional, à medida em que as lógicas de exclusão são perpetuadas pelo silêncio, pela ausência de análises e pela estruturação de práticas normativas que invisibilizam as vivências de pessoas negras nos espaços de saúde, como coloca Jurema Werneck (2016). Em pesquisa realizada por Souza e colaboradoras (2024), o racismo institucional apareceu nas experiências de acesso à saúde de mulheres negras como elemento silencioso que faz a manutenção da biopolítica. O mesmo ocorre com as mulheres indígenas: o diagnóstico levanta dados já mencionados no *Programa Saúde Indígena* (Brasil, 2001) e reafirma a necessidade de desenvolvimento de políticas de saúde voltadas a elas, mas não o faz. Apesar de novos levantamentos em relação à raça/etnia terem sido propostos como objetivos do Monitoramento e Acompanhamento da PNAISM e do PNPM (Brasil, 2015), nenhuma atualização que comprove sua realização foi publicada. E assim, o racismo segue sustentando discursos esvaziados e práticas biomédicas em saúde.

Os tópicos que se debruçam sobre as vivências de mulheres trabalhadoras do campo e mulheres privadas de liberdade reafirmam, novamente, as lógicas materno-infantis e biomédicas da PNAISM. O documento demonstra preocupação com o parto e as condições de saúde nos territórios rurais, estabelecendo com essas mulheres uma relação hierárquica colonizadora, em que o Estado ensina e os sujeitos assujeitam-se e interrompem práticas locais e ancestrais. Nas penitenciárias, novamente repete-se o foco biologicista, repetindo os enunciados sobre doenças e infecções, especialmente aquelas sexualmente transmissíveis. Ambos os marcadores sociais recebem objetivos sucintos e amplos. Há, inclusive, uma arrogância intelectual (Lynch, 2018) no que se refere às trabalhadoras (do campo e da cidade – unidas no mesmo objetivo): “introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde” (Brasil, 2004, p. 72). A lógica colonial propõe que os movimentos sociais sejam educados sobre seus direitos, mas são estes mesmos movimentos que pressionam o Estado, autor do texto, para reivindicação e garantia de acessos a direitos que foram sistematicamente negados a eles, como é caso de mulheres que lutam no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) (Gonçalves, 2009) e no Movimento dos Trabalhadores Sem-Teto (MTST) (Carmo, 2021).

A saúde de mulheres lésbicas aparece resumidamente no capítulo de diagnóstico da PNAISM e, diferente dos marcadores mencionados até aqui, este é o mais elaborado em termos

socioculturais, mais atento à performance do que à carne. O texto aborda as experiências familiares violentas às quais muitas adolescentes lésbicas sofrem, mas não o relaciona à saúde mental ou mesmo propõe objetivos que combatam estes acontecimentos, garantindo a segurança dessas jovens. Os aspectos biologicistas que aparecem são relativos ao desenvolvimento de cânceres pela ausência de rastreio que, segundo o documento, seria consequência de uma noção social das próprias mulheres lésbicas de que tais doenças afetam apenas heterossexuais. Entretanto, como demonstra a pesquisa realizada por Rodrigues e Falcão (2021), a heteronorma que estrutura a medicina forma profissionais incapazes de atender eficientemente mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres, o que, além de produzir práticas ineficazes em saúde, também corrobora com práticas homofóbicas. Entre a violência e a prevenção, muitas mulheres acabam por evitar as consultas e desenvolvem práticas de cuidado próprias, partilhadas na comunidade. A saúde, por outro lado, permanece cômoda no heterossexismo, enxergando as sáficas como meras “(...) possibilidades de parte da clientela (...)” (Brasil, 2004, p. 49).

Como demonstra o estudo realizado por Alves et al. (2020), embora cartilhas tenham sido publicadas posterior ao ano de 2004 abordando as iniquidades em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, o campo das políticas nacionais de saúde ainda permanece estreito, reafirmando discriminações que vieram, nos últimos vinte anos, sendo apontadas e problematizadas pelos movimentos sociais LBT+. Além disso, os autores apontam, no estudo de documentos políticos, a invisibilidade da intersecção de marcadores sociais, que tornam ainda maiores os obstáculos à saúde de mulheres lésbicas negras, por exemplo, de modo que a homofobia e o racismo operam juntos lógicas específicas de biopolítica e necropolítica. Mesmo que algumas problemáticas estejam descritas no capítulo de diagnóstico, ainda aparecem estigmatizadas, e, de acordo com Alves et al. (2020), não são suficientes para garantir a integralidade na atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais – o acolhimento é instável nos sistemas de saúde e não há educação continuada para equipes. Enquanto o campo de “Saúde da Mulher” for centralmente um campo de saúde da reprodução, seguirá sendo um campo designado à heterossexualidade.

É pertinente ainda acenar para a ausência de menções às mulheres bissexuais no documento. Na saúde, a produção de binômios a partir do normal-patológico, produz outras exclusões. Análogo a ele, está a cisgeneridade-transsexualidade, um binômio que reproduz as vivências cisgêneras como normais e naturais e as vivências trans como aquelas que devem ser estudadas, diagnosticadas e tratadas (Carvalho, 2014) O mesmo ocorreu historicamente com o binômio heterossexualidade-homossexualidade. Entretanto, a posição de abjeção também se

reserva às vivências que ficam de fora do binário produzido por esses significantes: as identidades não-binárias e as sexualidades monodissidentes, que sequer são mencionadas em grande parte dos textos políticos, também são empurradas às margens.

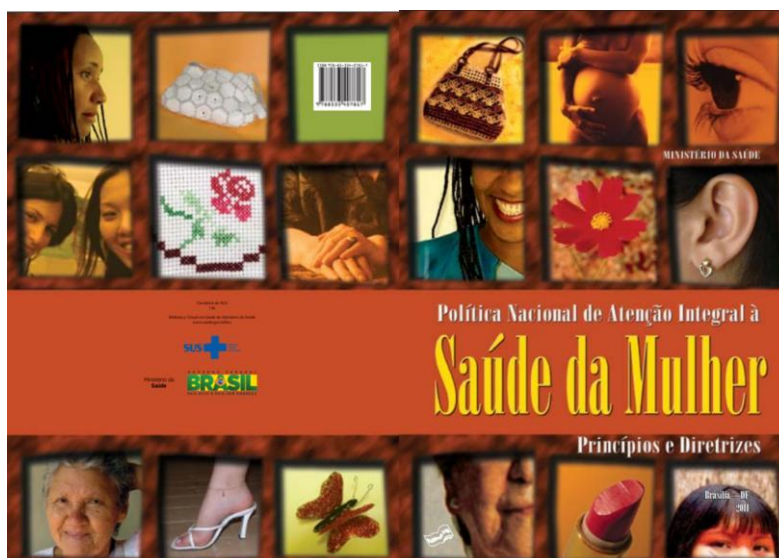
Todos esses binômios são produzidos e, ao mesmo tempo, numa dinâmica relacional, produzem o palimpsesto de sexo-gênero a partir da diferenciação sexual binária. Como vimos, os dois documentos reafirmam, constantemente, que, apesar de carregarem gêneros em seus nomes, falam de corpos sexuados, versam sobre mulheres cisgêneras que tenham útero-ovários-mamas e homens cisgêneros que tenham pênis-próstata-testículos. Nesse sentido, é relevante retomar Paul B. Preciado (2022) quando o autor afirma que o regime da diferença sexual tem profunda relação com a manutenção da heterossexualidade como norma, fazendo funcionar os opostos sexuais complementares. Nas palavras do escritor (2022, p. 37): “o processo de criação da diferença sexual é uma operação tecnológica de redução que consiste em extrair determinadas partes da totalidade do corpo e isolá-las para fazer delas significantes sexuais”.

6.3.2 Os recortes de mulher, a unidade de homem e as sobras dos papéis

O palimpsesto de sexo-gênero se reescreve a partir da invenção dos órgãos sexuais e do mecanismo de bioescritura das carnes (Preciado, 2022) que, por ação disciplinar da medicina, historicamente escreveu significantes sexuais no biológico correspondentes a posições sociais de produção e reprodução na lógica capitalista. Elizabeth Vieira (2002) chama a atenção para a produção do discurso médico como discurso verdadeiro, a partir da tecnologia biopolítica de fragmentação dos corpos em suas partes que, isoladas e descontextualizadas de quaisquer elementos externos, passaram a ser examinadas a partir da métrica normal-patológica e encaixadas em quadros nosográficos. A partir da fratura do sexo único que resultou na constituição de dois sexos opostos, complementares e naturais, mulher-homem, no final do século XVIII, o saber médico volta-se para o problema das populações, exercendo poder nas taxas de natalidade, mortalidade infantil e qualidade de vida. Para garantir a reprodução da mão-de-obra, volta-se para o corpo com útero – nomeado “mulher”/“feminino” – e passa a medicalizar seus processos de menarca, ovulação, parto, puerpério e menopausa, exercendo seu controle na dimensão biológica.

De volta aos documentos, fechemos o livro de Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e nos atentemos, de novo e agora com mais atenção analítica, à capa e contracapa:

Figura 8 – capa e contracapa PNAISM para análise



Fonte: Ministério da Saúde.

Fragmentos. São poucas as palavras, não mais que títulos e assinaturas, e é pertinente resgatar Michel Foucault (2008a) para refletir sobre o que pode ser um discurso. Formações discursivas não se limitam a estruturas linguísticas, de mesmo modo que uma frase não é, necessariamente, um enunciado. Pode uma equação de segundo grau ser um discurso, ou mesmo a organização dos móveis num cômodo, um simples desenho de giz no asfalto, uma fotografia amadora. O que define um enunciado não é sua composição; é sua função. Nas palavras do autor (2008, p. 98): “(...) é que ele não é em si mesmo uma unidade, mas sim uma função que cruza um domínio de estrutura e de unidades possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço”. Vale lembrar que o enunciado não existe sozinho, ou seja, ele está impreterivelmente relacionado a outros enunciados. E, neste sentido, Foucault é rigoroso na descrição do enunciado como função de existência, ou dito de outro modo, o enunciado emerge em uma função discursiva que opera de acordo com as regras de formação do discurso, ou seja, com a ordem de um discurso e as correlações que ali em seu interior é possível se fazer com outros enunciados e suas funções.

A capa e a contracapa da Política de Saúde da Mulher (Brasil, 2004) têm dezessete pequenas imagens. Seis delas são objetos. Na primeira linha superior, vemos o que parecem dois tipos de bolsas diferentes, uma branca e outra em tons de marrom, que parecem ter sido feitas por processos manuais como crochê ou tricô. Talvez uma delas seja um *nécessaire*, uma bolsa menor usada geralmente para carregar itens de higiene pessoal. De todo modo, esse acessório se popularizou com a ampliação da circulação das mulheres cisgêneras, brancas e burguesas fora do ambiente privado da casa. Para além de mães e esposas, tornaram-se, no século XIX, cidadãs políticas. É pertinente pontuar que a moda historicamente desenvolveu-se

para atender às classes mais altas da sociedade nas lógicas capitalistas, de modo que mulheres negras e pobres já trabalhavam e circulavam pelas cidades desde muito antes. Nem por isso, é evidente, eram autônomas ou livres, como o feminismo branco virá reivindicar neste período. As primeiras bolsas popularizadas eram minúsculas e serviam para armazenar itens pessoais como batons e perfumes pequenos – uma vez que, quando as moças e senhoras burguesas saíam, estavam acompanhadas de seus maridos e, portanto, não precisavam carregar muitos pertences, como mostra o trabalho de Cardoso (2017).

Entretanto, as bolsas que vemos na capa e contracapa da PNAISM parecem caber mais que espelinhos. São maiores e modernas. Elas passam a existir em contextos em que as mulheres brancas acessam a cidade sozinhas, passam a circular, usar os transportes públicos e trabalhar, deixando o ambiente exclusivo do lar. São itens de mulheres sociais e trabalhadoras. Nesse sentido, as imagens de bolsas remetem à autonomia desse grupo, a uma noção liberal de praticidade e liberdade, além de ainda serem itens produzidos por trabalhos manuais – majoritariamente exercidos por mulheres. Em mesmo sentido, na linha abaixo, aparece uma imagem de um bordado, prática que, no contexto brasileiro, ainda é cultivada em famílias tradicionais através do ensino de mãe para filha e assim por diante. Por muitas vezes, é uma técnica usada para afastar o ócio da vida privada e doméstica, remetendo, novamente, às classes mais altas e abastadas e à branquitude eurocentrada.

É pertinente destacar que no âmbito da psicologia social e das ciências humanas, diferentes autoras têm destacado a importância de se abordar a questão da branquitude no debate sobre raça. Autoras como Maria Aparecida Bento (2014) nos inspiram a questionar a não responsabilização das pessoas brancas no que concerne às discussões acerca das relações raciais no país, o que, segundo essa autora, nos permite afirmar, por exemplo, que “os brancos saíram da escravidão com uma herança simbólica e concreta extremamente positiva, fruto da apropriação do trabalho de quatro séculos de outro grupo” (Bento, 2014, p. 27). É neste sentido que a noção de branqueamento passa a ser abordada, conforme afirma Iray Carone (2014), como uma ideologia baseada na “purificação étnica”, a fim de conferir um novo caráter identitário à nação.

Portanto, inequívoca a pertinência em se problematizar a noção de branquitude que surge, conforme afirma Lia Schucman (2012), para representar a construção social e histórica fundamentada na noção falaciosa da superioridade da raça branca, o que resultou na identificação simbólica negativa daqueles excluído desse grupo. Mais uma vez torna-se fundamental recorrer às leituras de Lélia González (2020) no intuito de destacar a importância de se abordar as questões raciais sob duas perspectivas: a da consciência e a da memória.

Segundo essa autora, a primeira nos ajuda a compreendermos as origens do preconceito racial e da alienação social; enquanto que a segunda, a memória, revela o discurso dominante de uma dada cultura, evitando o apagamento histórico de fatos e acontecimentos. A branquitude, portanto, é um analisador fundamental, posto que se estabelece como parâmetro que legitima sistemas de privilégios, reforçando as desigualdades raciais e também as de gênero evidentes na sociedade brasileira.

Voltando a atenção aos elementos imagéticos da capa analisada e com a análise ancorada nas reflexões propostas por Rosa (2019), podemos pensar em dois giros que ocorrem na prática do bordado. Em primeiro lugar, bordar é uma reconhecida prática comunitária de geração de renda entre mulheres, guardando e transmitindo saberes entre gerações. É, portanto, um ato de costurar e manter viva uma memória feminina e, por vezes, feminista, à medida que guarda inquietações sobre a misoginia e estratégias de subversão praticadas e aprendidas. Em segundo momento, o bordado deixa de ser exclusivamente uma atividade doméstica e de lazer e começa a se tornar fonte de renda para alguns grupos de mulheres reservadas aos afazeres do lar, garantindo alguma independência financeira e lhes possibilitando fugas às artimanhas machistas e capitalistas de seus matrimônios.

A imagem bordada, uma rosa, dialoga com a fotografia de uma flor, na mesma linha, e com a fotografia de uma borboleta, na última linha. São signos comumente relacionados à delicadeza e à feminilidade, além de serem elementos da natureza, que novamente nos devolvem às ligações realizadas pelo saber científico – mulher-natureza e homem-pensamento (Butler, 2019) – e que permanece em circulação por meios midiáticos, sociais e culturais.

A fotografia de um batom vermelho reafirma, enquanto acessório de beleza, o autocuidado como performance naturalizada de uma feminilidade cisheterocêntrica, colonial, sensual e sutil. “Bela, recatada e do lar”⁷³. Como coloca Naomi Wolf (2019), o batom é historicamente utilizado como simbologia da responsabilidade atribuída às mulheres em permanecerem atraentes e interessantes para as dinâmicas do casamento, mas não só. Desenvolvido e popularizado na ascensão capitalista, o batom se tornou um objeto de consumo, de modo que sua produção, junto às tendências da moda, oferece estratégia de controle do corpo das mulheres, à medida em que se mudam as cores, texturas e composições, mas permanecem as leituras socioculturais das performances inteligíveis de feminilidade.

⁷³ A expressão popularizou-se em 2016 por ter titulado uma matéria sobre Marcela Temer, esposa do então presidente, Michel Temer. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/marcela-temer-bela-recatada-e-do-lar/>

Enquanto os objetos podem ser observados em uma certa completude nas imagens da capa e contracapa da PNAISM, retratados de modo integral, o mesmo não acontece com as fotografias de mulheres. São onze quadros que retratam partes de corpos, como consta na figura 8. Na capa, destaca-se no centro o léxico “Saúde da Mulher” e, na parte superior, a fotografia de uma silhueta da barriga arredondada de uma grávida, nua, com o antebraço cobrindo os seios, remetendo à mulher cisgênera com capacidade de gestar e, desse modo, em idade fértil. Há ainda o recorte de um olho e um quadro de uma orelha com um brinco em formato de coração, ambos de pessoas brancas. Observar e escutar são sentidos essenciais ao cuidado, que é comumente associado ao feminino (Machado & Penna, 2022). Além disso, a joia remete a uma experiência bastante comum no Brasil: ao nascer um bebê designado do sexo feminino, suas orelhas são furadas e passam a carregar brincos pequenos, que cumprem a função de comunicar às pessoas seu sexo-gênero e fazem parte do universo de características associadas ao feminino, como coloca Cardoso (2019). Errar os pronomes de um bebê, confundindo seu sexo-gênero, produz ira no conservadorismo antigênero e ciscolonial (vergueiro, 2015).

Compondo a capa, estão ainda três quadros: o recorte de uma fotografia de uma mulher negra, na qual vemos a ponta de seu nariz, a bochecha direita, parte do seu cabelo e a boca, que, com batom vermelho, sorri; a fatia de um outro rosto, agora de uma mulher branca, mostrando uma bochecha com marcas do tempo e uma das orelhas, com brinco; e a parte superior do rosto de uma mulher indígena, mostrando olhos e cabelos, e uma pintura facial de tonalidade vermelha. Estão postas, portanto, diferentes identidades raciais e geracionais de mulheres, que também aparecem, como já discuti, na composição do texto político. Porém, assim como dizem as palavras, também dizem as imagens: são múltiplas as mulheres, mas pouco retratadas as mulheridades. Em outras palavras, a política reconhece mulheres com diferentes marcadores sociais, mas permanece com a noção universal de acontecimentos biológicos que reconhecem naturais à categoria dominante “mulher”.

Na contracapa, há um quadro com o rosto de uma mulher negra de perfil, com feição calma e olhar reto; outra fotografia retrata duas mulheres sorrindo, mas só vemos uma fatia do rosto de cada uma delas; na parte de baixo, há a fotografia do rosto de uma mulher idosa. Novamente, repete-se o enunciado da pluralidade de mulheres fragmentadas. O quadro com a imagem de um pé calçando um tamanco, onde também se vê uma tornozeleira dourada, reafirma a feminilidade performada através dos usos da moda, com sapatos de salto e acessórios pelo corpo. Finalizando a descrição, está posta a fotografia das mãos de uma pessoa, a mão esquerda sobre a direita, em posição de repouso. É possível ver, reluzente na imagem, a aliança dourada no dedo anelar esquerdo: o casamento estampado na contracapa da Saúde da Mulher.

A união matrimonial entre uma mulher-cisgênera-heterossexual e um homem-cisgênero-heterossexual funda a Família como dispositivo tecnológico de controle da biopolítica num contexto capitalista colonial/moderno. Preciado (2022) alerta que a medicina como conhecemos se desenvolveu exercendo o poder de determinar corpos humanos a partir da diferenciação sexual, separando-os por produção de óvulos ou de espermatozoides, e corpos monstruosos, não-humanos e abjetos como sendo aqueles que escapam ou desobedecem às normativas cisgêneras, ameaçando a estabilidade da família heterossexual. O perigo, portanto, de que a Família seja destruída, como colocam comumente os discursos políticos conservadores fascistas⁷⁴, diz respeito à ruptura com a família que serve ao neoliberalismo, em que a mulher-cisgênera-heterossexual gesta e cria os trabalhadores do futuro, e o homem-cisgênero-heterossexual, como empresário de si mesmo (Foucault, 2008b), movimenta a engrenagem do capital.

Nesse sentido, a aliança brilhante da capa da Política de Saúde da Mulher (Brasil, 2004) acena à posição designada, no documento, a esses corpos. A categoria “mulher” é sujeitada ao planejamento da Família. O que encontro está de acordo com os achados de Morais (2023). A autora reconheceu o Planejamento Familiar como política neocolonial e, em pesquisa em Unidades Básicas de Saúde, afirmou que as estratégias de “saúde da mulher”, pela garantia de direitos reprodutivos (e sexuais, de modo acessório), aloca a responsabilidade da estabilidade da categoria “família”, pela permanência cisgênera e heterossexual. Na PNAISM, os objetivos específicos mais extensos relacionam-se com o planejamento familiar, em suas instâncias de anticoncepção, infertilidade, gestação, obstetrícia e aborto. Na página 69 do documento (Brasil, 2004, grifo da autora), lê-se: “estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar”. No plano de ação (Brasil, 2004b, p. 18), consta como ação referente “capacitar os profissionais de saúde da atenção básica em articulação com ONGs que trabalham com homens jovens”, sendo designada a coordenação da ação à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Assim, os discursos não referem-se à saúde física e mental de mulheres, que são afetadas pela responsabilização do planejamento familiar, mas à educação dos homens, o que reafirma o compromisso de mulheres à medida em que homens poderão participar de algo que permanece de domínio delas⁷⁵, de modo que o objetivo não é

⁷⁴ Jair Bolsonaro foi eleito ecoando o discurso em defesa da família tradicional. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/09/09/deus-patria-familia-bolsonaro-usa-lema-da-acao-integralista-brasileira-em-carta-a-nacao/>

⁷⁵ Em 2022, foi estimado que onze milhões de mulheres exerciam a maternidade sozinhas devido ao abandono paterno. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-08/no-brasil-11-milhoes-de-mulheres-criam-sozinhas-os-filhos>

garantir o exercício da parentalidade⁷⁶, mas permitir o benefício ao homem e à família, que o terá mais presente.

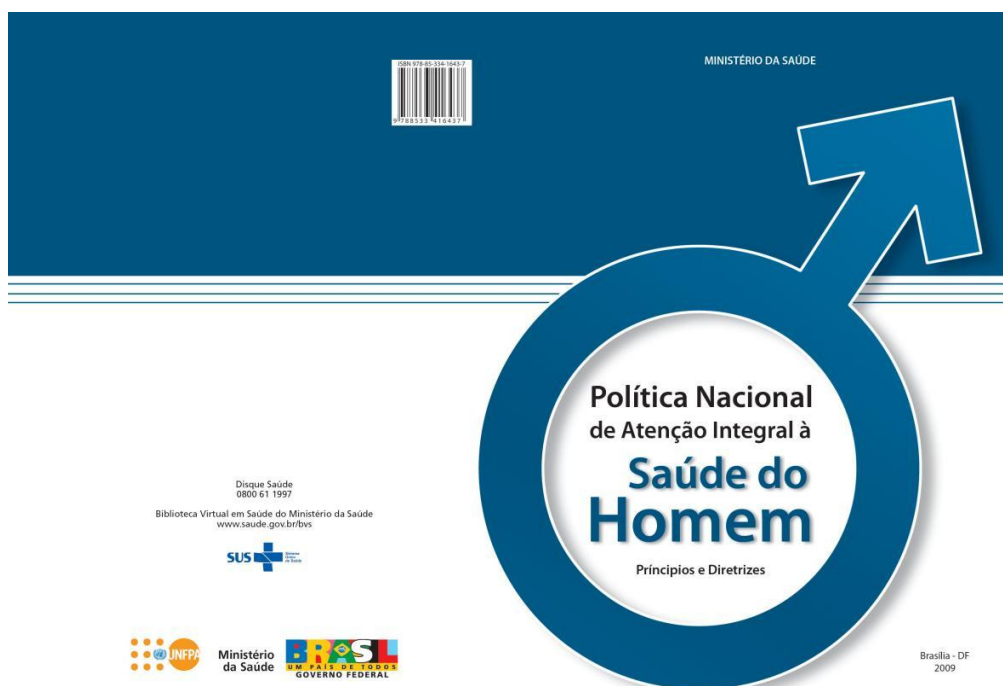
Nos objetivos da PNAISH em versão original (Brasil, 2009, p. 31, grifo da autora), lê-se outro termo: “ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade”. O léxico “planejamento familiar” não aparecia na primeira publicação da política, permanecendo e perpetuando a responsabilização da categoria “mulher” pela família. Além disso, o enunciado “planejamento reprodutivo masculino” acena ao privilégio historicamente reservado aos cishomens heterossexuais, brancos e burgueses de organizarem suas vidas livremente, sem qualquer vínculo impeditivo com outros sujeitos, garantindo que desenvolvessem suas vidas profissionais, por exemplo, sem interrupções, pausas e atrasos, eventos comuns às carreiras de mulheres cisheterossexuais. O léxico ainda abre espaço para o abandono parental, uma vez que, mesmo com filhos, não necessariamente falamos de “um homem de família”, porque seu planejamento reprodutivo não seria familiar, mas masculino.

Entretanto, na atualização da PNAISH (Brasil, 2021, art. 4º, grifos da autora), o enunciado dá lugar a outro, numa revisão do mesmo objetivo: “ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, estimulando a participação e inclusão dos homens e reconhecendo as diferentes expressões de masculinidades, enfocando as ações educativas, especialmente no que se refere ao exercício da paternidade”. Este sim, relaciona-se com o objetivo da PNAISM, de modo que os dois documentos passam a dividir mesmas palavras. Tanto em 2004 quanto em 2021, o discurso à categoria “homem” é o mesmo – estimular a participar e incluir –, o que me faz retomar a reflexão do subcapítulo um da análise: na retomada de pautas do início dos anos 2000, mais retrocedemos do que avançamos, e os desafios ainda seguem os mesmos.

Com a Política de Saúde do Homem em mãos, voltemos à capa e à contracapa:

Figura 9 – capa e contracapa da PNAISH para análise

⁷⁶ Parentalidade refere-se ao exercício de cuidado de uma ou mais crianças, descentralizando a maternidade e a paternidade heteronormativas e matrimoniais, abrindo espaço para configurações múltiplas de famílias, podendo também sinalizar para a responsabilidade da comunidade com as suas crianças.



Fonte: Ministério da Saúde.

Azul. A cor chega como a primeira informação da imagem. “É uma nova era no Brasil: Menino veste azul e menina veste rosa!” (Globo, 2019, 00:23), exclamou a ex-ministra Damares Alves, quando tomava posse do então Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, encerrado em 2023. Do mesmo modo, desde 2018⁷⁷ o chá revelação tem se tornado costume brasileiro, atravessando as diferentes classes sociais, e pluralizando seus métodos. A prática consiste em reunir familiares para assistir à revelação do sexo-gênero do bebê que ainda está sendo gestado, o que pode ser feito pela explosão de uma fumaça azul, uma chuva de papel picado rosa ou o uso de um corante no recheio de um bolo, por exemplo. Se azul, a família passa a esperar por um menino, enquanto rosa anuncia uma menina.

Nesse sentido, o jogo de cores reproduz a diferenciação sexual, atualizando as normativas binárias de gênero através de celebrações e práticas sociais (Butler, 2022). O uso das cores se torna uma das regras para a normalização do binômio mulher-homem, especialmente durante a infância, determinando e diferenciando roupas, brinquedos e decorações femininas e masculinas. Portanto, azul compõe o universo performativo masculino e aparece na capa da Política de Saúde do Homem reafirmando a masculinidade hegemônica como elemento constitutivo do público de usuários.

⁷⁷ As buscas por temáticas relacionadas ao chá revelação cresceram a partir de 2018. Veja mais em: <https://revistacrescer.globo.com/gravidez/enxoval/cha-de-bebe/noticia/2023/11/pesquisas-no-google-por-cha-revelacao-cresceram-290percent-nos-ultimos-5-anos.ghtml>

A capa é simples. Além da predominância da cor, impera uma simbologia do escudo e da lança de Marte, cultuado na Roma Antiga. Deus da guerra, a figura de Marte remete historicamente às disputas por poder, à soberania e à força e coragem, como coloca Abreu (2022). O símbolo foi e é utilizado por estudos da biologia para marcar o masculino das espécies, discurso que, na capa da política, está direcionado aos homens-cisgêneros, cujo binômio sexo-gênero é conforme às prerrogativas biomédicas. Para significar o feminino usa-se um símbolo similar, mas que retrata o espelho de Vênus, cultuada pelos romanos como a deusa da fertilidade, do amor e da beleza. Portanto, *Homens são de Marte, Mulheres são de Vênus*, como afirma a obra de John Gray (1996), metáfora para representar o que o autor reconhece como uma discrepante diferença entre os sexos, que os faz parecer que vieram de planetas diferentes. O livro é um compilado de dicas para melhorar relacionamentos conjugais mulher-homem, compondo o universo de reafirmação da cisheteronorma. De mesmo modo, a capa da Política de Saúde do Homem (Brasil, 2009) é uma formação discursiva de afirmação e conformação de sexo-gênero, à medida em que reafirma o significante biológico masculino e conforma-se com as performances masculinas próximas ao deus da guerra como aquelas que produzem a inteligibilidade do Homem.

Além disso, a homogeneização das masculinidades plurais no escudo e lança de Marte demonstra a unidade pré-discursiva da categoria no que diz respeito à Saúde do Homem. A binariedade das duas políticas não coloca o gênero masculino para a cultura como o sexo masculino estaria para a natureza (Butler, 2019); este paralelo não tem validade na instância da PNAISH. Nas palavras da autora (p. 234): “essa produção disciplinar do gênero leva a efeito uma falsa estabilização do gênero, no interesse da construção e regulação heterossexuais da sexualidade no domínio reprodutor”. O gênero aparece, na simbologia unitária, anterior a quaisquer constituições sociais, definido por critérios biologicamente verdadeiros da noção de homem, à medida em que concede a inteligibilidade do sexo (vergueiro, 2015). Dentro e fora, a Política de Saúde do Homem discursa para o homem eurocentrado, branco, cisgênero e heterossexual, homem único, e mantém no não-dito as masculinidades ininteligíveis mais diversas, como as masculinidades negras, as transmasculinidades e as masculinidades bissexuais e gays.

O binário de sexo-gênero desenha as delimitações do campo de direitos em saúde dos corpos. Tanto o documento de 2009 quanto a revisão publicada em 2021 produzem o regime de verdade da masculinidade à medida em que discursam para corpos com pênis-próstata-testículos que se relacionam afetiva e sexualmente com corpos com vulva-útero-ovários, cujas dimensões raciais, de classe e orientação sexual não são tensionadas, mas apenas mencionadas,

como fatores isoláveis de análise – embora não sejam analisados. Delimita, portanto, a ininteligibilidade de identidades masculinas cisheterodissidentes e não-brancas, que rompem com a noção conservadora colonial da Família, produzindo barreiras às diversidades no que tange o direito ao acesso à saúde pública.

Nesse sentido, é possível afirmar que a estratégia de centralização da masculinidade hegemônica nas diretrizes de saúde não tem possibilitado a ampliação do SUS aos públicos que são buscados, uma vez que a literatura científica já vem apontando para a incapacidade das unidades de saúde em atenderem públicos masculinos. As dificuldades encontradas pelas populações masculinas, no que tange ao acesso aos serviços de saúde na atenção primária, por exemplo, já são alvo de escrutínio científico há tempos (Vieira et al., 2013; Santiago, 2015) e destacam a ausência de práticas efetivas voltadas para esses grupos no âmbito da saúde (Pinheiro et al., 2012) ou mesmo a inexistência ou raridade de programas de saúde específicos para os homens no Brasil (Carvalho et al., 2014). Na tentativa de facilitar o acesso às UBS para os homens cisgêneros, brancos e heterossexuais que performam a masculinidade hegemônica, a Política de Saúde do Homem reproduz a exclusão de todas as identidades marginais, pactuando com a branquitude (Cida Bento, 2022) do Sistema e operacionalizando a normativa ciscolonial (vergueiro, 2015). E nem por isso cumpre com seus objetivos, de modo que os mesmos desafios de 2009 aparecem em publicidades do Ministério da Saúde de 2025, conforme já coloquei, e também são evidenciadas por estudos científicos ao longo da última década (Knauth et al., 2012; Martins & Malamut, 2013; Nobre & Aires de Freitas, 2021; Sousa et al., 2015; Mozer & Corrêa, 2014; Leal et al., 2012; Vasconcelos et al., 2019). É pertinente lembrar que, de fato, a Política de Saúde do Homem, embora muito verse sobre comportamentos de risco e regras de sexo-gênero, não se propôs como uma “política de gênero”, uma vez que seus objetivos são majoritariamente biomédicos e guiados por uma demanda econômica do Estado.

De modo similar, a Política de Saúde da Mulher (Brasil, 2004) cumpre com a fragmentação proposta pelo modelo biomédico, mas com outros objetivos: manejar as capacidades reprodutivas, inscrevendo os corpos com vulva-útero-ovários-mamas nas posições feminilizadas de cuidado, passividade e reprodução. Ambos os documentos reproduzem a colonialidade no campo da saúde, ignorando as práticas racistas que seguem privilegiando atendimentos de corpos brancos e marginalizando e violentando principalmente corpos negros e indígenas, bem como centralizando a mulher-cisgênera-heterossexual em detrimento da abjeção das identidades-corporeidades cisheterodissidentes.

Encerrando a análise empreendida, é possível afirmar que capas e conteúdos textuais discursam sobre os mesmos conjuntos normativos e constituem a mesma tecnologia de controle dos corpos, administrando-os – biopolítica – e selecionando aqueles que serão mortos – necropolítica –, cujo luto também será negado. Em outras palavras, as normativas em saúde, postuladas por ambos os documentos aqui analisados, PNAISM e PNAISH, regulam, estabilizam e reafirmam as noções de cisgeneridade, heterossexualidade, branquitude e colonialidade, ao mesmo tempo em que reinscrevem na biopolítica dos corpos os regimes de diferenciação sexual binária que circunscrevem gêneros inteligíveis e gêneros abjetos.

7. Considerações finais ou colagens contra-binárias para ensaiar saúdes plurais

*para que serve um livro (...)
senão para que fiquemos
desconfiadíssimas (...)
(Mallmann, 2021, p. 175)*

Ao longo da escrita desta pesquisa, busquei trazer à discussão os enunciados que apareceram repetidas vezes nas leituras e investigações do campo documental, me debruçando a compreender suas condições de possibilidade e suas funcionalidades dentro do sistema de saúde pública brasileiro. Michel Foucault (2008a) afirma que não se pode falar sobre tudo, a todo momento; busquei elucidar algumas das disputas travadas nessas arenas políticas nomeadas “saúde da mulher” e “saúde do homem”, mas não estão encerradas, com esta pesquisa, as possibilidades de análise dos dois documentos. Como indicam as publicações mais recentes no Diário Oficial da União, revisões estão em curso e, como demonstram as articulações no cenário político, direitos estão em jogo. O trabalho que empreendi é sustentado pelos contextos contingenciais atuais – transformações futuras hão de demandar outras análises da Psicologia Social, bem como das diversas áreas da saúde e assistência social.

Andréa Zanella (2013) bem nomeia a sensação de retornar de um contexto de pesquisa – é como estar encharcada, com as roupas pesando o corpo com toda a água, emergindo de um rio que segue seu fluxo. Ao longo da escrita deste trabalho, me comprometi a estar imersa no campo documental, complexificando as rotas da pesquisa e estruturando categorias de análise para dar conta da pluralidade de categorias emergentes. Estive também guiada, em certa medida, pelo afeto do incômodo, instigada a aprofundar as leituras para encontrar as nomeações dos estranhamentos frente aos enunciados. Esta é, inclusive, uma das limitações desta pesquisa: sua dimensão local e pessoal, cujo manejo se faz inédito e, assim como num trabalho artesanal, ganha as formas que minhas mãos são capazes de criar. Outras mãos fariam outros recortes e,

por isso, reafirmo que não estão esgotadas as pesquisas em relação à Política de Saúde da Mulher e à Política de Saúde do Homem.

Ainda que meu objetivo principal tenha se mantido a análise do binário de gênero na atenção integral à saúde, ignorar outros aspectos que funcionam junto à artimanha da binariedade seria simplesmente contribuir para a manutenção e reprodução do seu funcionamento. Não é tarefa simples tomar o SUS para a análise, especialmente por um viés crítico, porque a conquista da saúde pública foi a tarefa de vida de muitos trabalhadores e trabalhadoras militantes da reforma sanitária, da reforma psiquiátrica e de movimentos sociais diversos. Reconheço o privilégio de empreender um trabalho como este, que sinaliza certa solidez no solo da nossa jovem democracia, ainda que os ventos tragam ameaças fascistas.

Na seara da biopolítica, a racialidade e a colonialidade operam normativas que misturam-se às de gênero e sexualidade, orquestrando a manutenção da Família cisgênera, heterossexual, branca e eurocentrada, que mantém o capitalismo em funcionamento a partir das desigualdades sociais. Durante a análise das duas políticas, mantive um dizer popular com certa constância em meu diário de campo: na produção das políticas públicas, não adianta não ser racista. Não é suficiente reconhecer a raça como fator, como determinante social; é urgente reconhecer e investigar o pacto da branquitude, como nomeia Cida Bento (2022), e tomá-lo como processo contínuo, que reafirma e atualiza as opressões raciais quando não as nomeia, que refaz violências quando não objetiva desmantelá-las. Não é suficiente que tenhamos políticas que não sejam racistas; é necessário que tenhamos políticas comprometidamente antirracistas.

Nesse sentido, estou de acordo com as produções de viviane v. (2015) e María Lugones (2014): no curso das análises, foi possível reconhecer a cisgeneridade e a heterossexualidade compulsória atuando como norma invisível, uma vez que não são ditas ou mencionadas, mas aparecem na normalização de corpos conformados pelo destino biológico e cuja orientação sexual é supostamente dada pela natureza. Junto ao dispositivo da racialidade que hierarquiza pessoas brancas em detrimento de pessoas não-brancas, compreendo que ambas as políticas têm como condição de possibilidade a ciscolonialidade, perpetuada pela tecnologia política da binariedade hierárquica de sexo, gênero e raça.

Nas últimas duas décadas, acompanhamos a ascensão das ofensivas antigênero ao posto mais alto do executivo, misturando-se às narrativas anticientíficas e antivacinas no contexto da pandemia de Covid-19. Direitos dos mais diversos grupos sociais estiveram em ameaça por detrás das cortinas de fumaça dos discursos midiáticos das figuras políticas, como é o caso da saúde das populações negras e indígenas e das populações LGBTQ+. Celebrar os dez anos da

Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT) como fazem os autores da obra organizada por Marco Duarte e Pablo Rocon (2022) é um ato político de reafirmação da (re)existência das identidades e sexualidades plurais e dos fazeres científicos éticos e políticos.

Temos múltiplos avanços para celebrar. É o caso do Processo Transexualizador, garantido pelo SUS desde 2013 pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro, que vem aumentando o número de instituições de saúde habilitadas em níveis ambulatoriais e hospitalares, demonstrando as articulações entre setores sociais e setores da saúde nacionais, estaduais e municipais. O SUS não está estático – segue se transformando e segue em disputa, através das quais direitos das populações LGBTQ+ vêm sendo alcançados e garantidos.

Porém, os jogos de poder são mesmo complexos e multidimensionais. Enquanto nunca se falou tanto em direitos em saúde de pessoas trans, também é por esses discursos que a norma binária se atualiza, produzindo conhecimentos médicos para que as transições sejam rápidas e que a norma seja restabelecida (Favero, 2022); mesmo nas travessias trans, o objetivo dos tratamentos e intervenções, quando elas ocorrem, nem sempre é o bem-estar da pessoa, mas a devolução do corpo desviante à estética cisgênera. Estamos avançando, mas concluo que os enunciados “mulher” e “homem” ainda seguem estáveis: cisgêneros, heterossexuais, brancos e genitalistas.

Diversos documentos científicos e políticos em relação à PNSI LGBT compõem meu arquivo geral, embora eu tenha optado por não incluí-los no campo documental de análise, como abordei no capítulo de metodologia. Entretanto, o objetivo principal 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, 2011, p. 18) foi uma das bússolas que mantive atenção durante a análise empreendida. Ao final dessa trajetória, considero que a produção de uma política atenta à integralidade da saúde de pessoas cisheterodissidentes não é o suficiente para desarticular o complexo *cistema* que mantém funcionando a saúde pública brasileira. Evidentemente, transformações importantes ocorreram durante os últimos quatorze anos, porém a cisheteronormatividade segue se atualizando e se capilarizando nas produções binárias de saúde mulher-homem. Este binômio perpetua a normalidade cisgênera e sustenta a legitimidade da Família, mantendo às margens as identidades e sexualidades plurais, sendo endossado por formações conservadoras e coloniais em saúde, especialmente no âmbito da medicina (Freitas, 2016; Negreiros et al., 2019).

Mais do que alcançar respostas possíveis às perguntas que compartilhei na introdução deste trabalho, finalizo a trajetória de pesquisa com outras inquietações. Será que a lógica da inclusão é mesmo a nossa melhor aposta? Será que, ao incluirmos as pluralidades identitárias e sexuais nas lógicas de saúde, lutando pelo fim das discriminações sem necessariamente agir nas normativas que as produzem, estamos contribuindo para o encerramento do *cistema*? Este é um questionamento especialmente direcionado à Psicologia, que historicamente esteve tão preocupada em incluir. No movimento de trazer para a inteligibilidade da saúde, que historicamente é nosográfica, individualizante, cisheteronormativa e colonial, as cisheterodissidências e experiências coletivas e decoloniais, poderíamos imaginar que profundas transformações já estão sendo feitas. No entanto, as duas políticas de atenção integral à saúde permanecem ciscoloniais – a Saúde da Mulher permanece estática, a mesma desde 2004, enquanto a Saúde do Homem foi atualizada em 2021 e seus discursos antigênero tornaram-se ainda mais rarefeitos.

Chego ao final da dissertação com o palpite de que a ruína da ciscolonialidade produz a necessidade de outras lógicas em saúde, levando ao escombros os campos de Saúde da Mulher e de Saúde do Homem que, diante das pluralidades raciais, identitárias e sexuais, são insuficientes. Retomando o termo que usei para me aproximar desse campo, “pessoas com útero” e variantes dele, concluo que fracionar os direitos de saúde pelas frações das carnes seria igualmente insuficiente, porque novamente a fragmentação atuaria como tecnologia nosográfica de controle dos corpos que atualizaria o palimpsesto do sexo-gênero, reinscrevendo binários outros, também excludentes.

Não existem respostas fáceis, assim como as artimanhas de poder sempre coexistem com fraturas de resistência (Foucault, 2014a). Embora as duas políticas que analisei insistam em manter às margens todas as dissidências plurais, elas se reorganizam, elas travam as disputas, elas fúram as normativas, nós encontramos modos de manter aceso o encantamento. Compreendo que esta pesquisa se soma ao brado de denúncias na arena contra o *cistema* colonial/moderno, e dela retorno com fôlego para outras trajetórias possíveis em pesquisa, para anunciar coletivamente as rupturas e assistir, como disse Simas e Rufino (2021), esse projeto de humanidade normativa falir, para o nosso triunfar. Diante do palimpsesto de sexo-gênero, praticar colagens contra o binário, unir os recortes das brasilidades afro-latino-americanas que nos constituem, ancestrais e contemporâneos, trabalhar junto às miscelâneas comunitárias, descartar as sobras excludentes de um ideal de família eurocentrada. Colagem como técnica de encantamento com as diversidades, saúdes como políticas encantadas das pluralidades identitárias, corporais, sexuais, raciais, territoriais e geracionais.

Referências

ABREU, S. K. **O deus Marte na Eneida de Virgílio**: uma análise sobre o Império Romano. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Letras) – Faculdade de Letras, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

ABU SAIF, A. **Quero estar acordado quando morrer**: Diário do genocídio em Gaza. Edição de L. Brandino e T. Breda. Tradução de G. Eberspächer. São Paulo: Editora Elefante, 2024.

ADAMY, E. K. *et al.* National policy health care of man: vision of managers of SUS. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 2415–2424, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2415-2424>.

AGUIAR, R. S.; SANTANA, D. C.; SANTANA, P. C. A percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família sobre a saúde do homem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s. l.], v. 5, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v5i3.872>.

ALMEIDA FILHO, J. M. M. **O gênero em jogo**: o dispositivo da cisgeneridade e as representações sobre as transgeneridades em projetos de lei federal. 2022. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/52370>.

ALVARES, J.; MEDEIROS, C. ¿La culpa es de qué? El invisible y el incógnito en el discurso sobre el feminicidio. **Memorare**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 172–188, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.19177/memorare.v6e12019172-188>.

ALVES, A. N. *et al.* Ações educativas para a promoção da saúde do homem na atenção primária: Revisão integrativa. **Revista de APS**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 430–445, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.30168>.

ALVES, B. M. S. *et al.* Atuação do enfermeiro da atenção básica diante das dificuldades para a implementação da política de saúde do homem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 12, p. 5391–5401, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a110143p5391-5401-2017>.

ALVES, G. K. A. *et al.* Relação entre iniquidade racial e violência obstétrica no parto. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, [s. l.], v. 9, n. 9d3, p. 1–19, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2023.V9.9d3>.

ALVES, I. G.; MOREIRA, L. E.; PRADO, M. A. M. Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: Política, movimento e heteronormatividade. **Revista Psicologia e Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 145–161, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1072>.

ALVES, J. F. **O que é um fanzine?** A história e importância dos periódicos alternativos como laboratórios de escrita criativa. *Traços Literários*, 17 jun. 2024. Disponível em: <https://www.literaturauneb.com.br/2024/06/o-que-e-um-fanzine-historia-e.html>.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. **Dossiê**: Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2024. [S. l.]: ANTRA, 2025. 144 p. Disponível em: <https://antrabrasil.org/wp-content/uploads/2025/01/dossie-antra-2025.pdf>.

ARAÚJO, M. G. *et al.* Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 682–689, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140097>.

ATINGIR. *In*: **DICIO**: dicionário online de português. Porto: 7Graus, [s. d.]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/atingir/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

BARBOSA, A. P. S. S. *et al.* Advances and challenges in men’s health: a literature review. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 2, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i2.40006>.

BARBOSA DE SOUSA, H. B. *et al.* Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Adversidades e interseccionalidades entre a enfermagem e a psicologia. **Revista CPAQV - Centro De Pesquisas Avançadas Em Qualidade De Vida**, [s. l.], v. 16, n. 2, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36692/V16N2-162RV>.

BARBOZA, R.; ROCHA, A. T. da S. Acesso da população masculina aos serviços de saúde: alguns caminhos para o enfrentamento de vulnerabilidades. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 192–195, 2010.

BARONE, M. A. **Narrativas-trans-aborteiras**: O aborto desde uma perspectiva trans e uma aproximação cuir/queer. 2022. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2022. Disponível em: https://sappg.ufes.br/tese_drupal//tese_13746_ANTONELLA_TESE_PPGP-UFES_2022.pdf.

BARONE, M. A.; RODRIGUEZ, A. M. Justiça reprodutiva para quem? O aborto desde uma perspectiva dos estudos sapatransviados. *In*: SCHIOCCHET, T.; CASTILHO, N. M. (org.). **Justiça reprodutiva no Brasil**. Rio de Janeiro: Multifoco, 2024. p. 73–90.

BARRETO, E. F. *et al.* A implementação da política nacional de atenção integral à saúde do homem: estado da arte. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], v. 10, n. Especial, p. 80–84, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.80-84>.

BARRETO, J. J. R. **João e as imposições de gênero em Como se estivéssemos em um palimpsesto de putas (2016), de Elvira Vigna**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Letras) – Departamento de Letras, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2019.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 9–18, 2016.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde-doença: A que responde o modelo biomédico? **Saúde & Sociedade**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 67–84, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290200200010000>.

BBC NEWS BRASIL. **Como primeira “presidenta”, Dilma deixou algum legado para as mulheres?** 1 set. 2016. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-37226797>.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. 3. ed. [S. l.]: Editora Devires, 2017.

BENTO, C. **O pacto da branquitude**. [S. l.]: Companhia das Letras, 2022.

BENTO, M. A. S. Branqueamento e branquitude no Brasil. *In*: CARONE, I.; BENTO, M. A. S. (org.). **Psicologia social do racismo**: Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 13–23.

BERBEL, C. M. N.; CHIRELLI, M. Q. Reflexões do cuidado na saúde do homem na atenção básica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 33, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.11559>.

BISSELL, T. Jedha, Kyber, Erso. *In*: **ANDOR**. Temporada 2, Episódio 12. Lucasfilm/Disney+, 13 maio 2025.

BONITO, R. F.; LANDÓ, L.; COSTA, D. de S. R. Discutindo saúde do homem em unidades básicas de saúde da família, em Uberlândia-MG. **Revista Em Extensão**, [s. l.], v. 9, n. 1, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/REE-v9n12010-20556>.

BOSI, E. **O tempo vivo da memória**: Ensaios de psicologia social. São Paulo, SP: Ateliê Editorial, 2004.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getulio Vargas, 2004.

BOZZANO, C. B. Feminismos transnacionais descoloniais: Algumas questões em torno da colonialidade nos feminismos. **Revista Estudos Feministas**, [s. l.], v. 27, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n158972>.

BRAGATO, F. F. Para além do discurso eurocêntrico dos direitos humanos: Contribuições da descolonialidade. **Novos Estudos Jurídicos**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 201–230, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.14210/nej.v19n1.p201-230>.

BRANDÃO, B. C. **A produção das transidentidades**: psicologia e modos de subjetivação. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016. Disponível em: Repositório da UFJF.

BRANDÃO, C. C. *et al.* Gestão federal da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma perspectiva histórico-crítica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 29, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.240378>.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Ana Pimentel fala sobre a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF: TV Câmara, 21 maio 2024. 1 vídeo (3 min). Disponível em: <https://www.camara.leg.br/tv/1066782-ana-pimentel-fala-sobre-a-politica-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Ana Pimentel fala sobre a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF: TV Câmara, 21 maio 2024. 1 vídeo. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/tv/1066782-ana-pimentel-fala-sobre-a-politica-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Érika Hilton é interrompida e rebate transfobia em debate sobre aborto legal**: “Respeite minha fala”. Brasília, DF: TV Câmara, 2024. 1 vídeo (3 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ha-R-ZCacps>. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

_____. **Decreto nº 10.989, de 8 de março de 2022**. Regulamenta a Lei nº 14.214, de 6 de outubro de 2021, que institui o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2022.

_____. **Decreto nº 11.432, de 8 de março de 2023.** Regulamenta a Lei nº 14.214, de 6 de outubro de 2021, que institui o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2023.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:** Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

_____. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996:** regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Brasília, DF: Presidência da República, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Cerca de 60% dos brasileiros acima de 18 anos afirmam não usar preservativo nenhuma vez em relações sexuais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/cerca-de-60-dos-brasileiros-acima-de-18-anos-afirmam-nao-usar-preservativo-nenhuma-vez-em-relacoes-sexuais>. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013.** Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política de atenção integral à saúde do homem:** Plano de ação nacional (2009–2011). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 1 recurso eletrônico (slides). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/palestras/politica_atencao_integral_saude_homem.pdf. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **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. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 16, de 27 de março de 2024.** Institui Câmara Técnica Assessora para prestar consultoria e assessoramento para revisão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020**. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2282_28_08_2020.html. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.561, de 24 de setembro de 2020**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2561_24_09_2020.html. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021**. Altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3562_15_12_2021.html. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa saúde indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, 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: 9 fev. 2026.

BRASIL DE FATO. **Bolsonaro e Damares escolheram não usar recursos em políticas públicas para mulheres**. [S. l.], 8 mar. 2023. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/03/08/bolsonaro-e-damares-escolheram-nao-usar-recursos-em-politicas-publicas-para-mulheres/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. **Dilma: à 5ª Conferência Nacional de Mulheres, “superamos um período de retrocessos”**. [S. l.], 29 set. 2025. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2025/09/29/dilma-a-5a-conferencia-nacional-de-mulheres-superamos-um-periodo-de-retrocessos/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. **Temer reduz em mais da metade verbas para políticas públicas às mulheres**. [S. l.], 3 abr. 2017. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2017/04/03/temer-reduz-em-mais-da-metade-verbas-para-politicas-publicas-as-mulheres/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A.; FERREIRA, N. E. M. S. Opinião de técnicos de enfermagem sobre a política de atenção à saúde do homem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 624–634, 2014a. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769210721>.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A.; FERREIRA, N. E. M. S. Opinião de agentes comunitários de saúde sobre a política específica à saúde masculina. **Cogitare Enfermagem**, 19(1), 10–16, 2014b. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v19i1.9483>.

BUTLER, J. **Desfazendo gênero**. Tradução de A. Bretas *et al.* São Paulo: Editora Unesp, 2022.

_____. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de R. Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. [S. l.]: Forense Universitária, 2009.

CARDOSO, B. M. **A joia como um reflexo do papel social de gênero contemporâneo: Projeto e desenvolvimento de um sistema de brincos não-binário**. 2019. Trabalho de

Conclusão de Curso (Graduação em Design de Produto) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

CARDOSO, N. G. M. **O papel social das bolsas femininas**: Como a bolsa se tornou uma extensão do corpo da mulher. 2017. Artigo (Graduação em Letras/Moda) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

CARMO, C. G. C. “Nossa Luta é Transversal”: Ocupação Tereza de Benguela e a Luta das Mulheres do MTST. **Emancipação**, [S. l.], v. 21, p. 1–20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.21.2015047.009>. Acesso em: 9 fev. 2026.

CARNEIRO, L. M. R. *et al.* Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 554–563, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p554>.

CARNEIRO, S. **Dispositivo de racialidade**: a construção do outro como não-ser como fundamento do ser. [S. l.]: Zahar, 2023.

CARONE, I. Breve histórico de uma pesquisa psicossocial sobre a questão racial brasileira. *In*: BENTO, M. A. S.; CARONE, I. (org.). **Psicologia social do racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2014.

CARRARA, S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. **Mana**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 323–345, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p323>.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 659–678, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>.

CARVALHO, F. P. B. *et al.* Conhecimento acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família. **Revista APS**, [S. l.], v. 16, n. 4, p. 201–207, 2014.

CARVALHO, N. S. Gênero e sexualidade: intersecções em disputa. *In*: JESUS, J. G. de (org.). **Transfeminismo**: teorias e práticas. Rio de Janeiro: Metanoia Editora, 2014. p. 69-84.

CAVALCANTI, C. S. **Sobre nós (des)organizados**: pesquisa-intervenção em psicologia e o processo de implementação de políticas para pessoas trans na UFPE. 2016. 138 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/26609>. Acesso em: 9 fev. 2026.

CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

CESARO, B. C.; SANTOS, H. B.; SILVA, F. N. M. da. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, n. 2, p. 1-19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>. Acesso em: 9 fev. 2026.

CHAGAS, R. d. S. **Entre preconceitos e visibilidades**: a inserção das mulheres trans na política formal. 2020. Dissertação (Mestrado em Política Social e Direitos Humanos) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2020. Disponível em: <https://pos.ucpel.edu.br/ppgps/wp-content/uploads/sites/5/2021/04/Rosana-da-Silva-Chagas-22-12-2020.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2026.

COLLINS, P. H. **Bem mais que ideias**: a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo, 2022.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS. **Entrevista**: a ofensiva antigênero como política de Estado. [S. l.], 7 mar. 2020. Disponível em: <https://conectas.org/noticias/ofensiva-antigenero-politica-estado/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>. Acesso em: 9 fev. 2026.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

COSTA, J. F. A. Quem é o “cidadão de bem”? **Papers: revista de sociologia**, Barcelona, v. 1, n. 3, p. 61-80, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/wZ8DHtsYrgSc7tTZKJZSszS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 9 fev. 2026.

CÔRREA, S.; PRADO, M. A. M. A “ideologia familista” nas ofensivas contra gênero na educação: conexões conservadoras transnacionais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 45, e275372, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES.275372>. Acesso em: 9 fev. 2026.

CRENSHAW, K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, Stanford, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/1229039>. Acesso em: 9 fev. 2026.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2002000100011>. Acesso em: 9 fev. 2026.

CRIOLA. **Dossiê**: mulheres negras e justiça reprodutiva. Rio de Janeiro: Criola, set. 2021. Disponível em: <https://criola.org.br/criola-lanca-dossie-mulheres-negras-e-justica-reprodutiva-nesta-sexta-feira-01-10-as-19h/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

DAMASCO, M. S.; MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 133–151, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100008>. Acesso em: 9 fev. 2026.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de H. R. Candiani. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELFINO, C. C. da S. Atenção integral à saúde da mulher: intersecções de gênero e raça. **Revista Praia Vermelha**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 441-464, 2022.

DICIONÁRIO Priberam da Língua Portuguesa. [S. l.]: **Priberam Informática**, [s. d.]. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/>. Acesso em: 20 out. 2025.

DINIZ, C. S. G. Materno-infantilismo, gênero e inovação em saúde materna. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11., 2017, Florianópolis. **Anais** [...]. Florianópolis: UFSC, 2017. p. 1-10.

DINIZ, D. **Carta de uma orientadora**: sobre pesquisa e escrita acadêmica. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2024.

DINIZ, D. *et al.* Aborto e raça no Brasil: Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 3085–3092, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232811.14062023>. Acesso em: 9 fev. 2026.

DOS-SANTOS, E. M. *et al.* Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 20, n. 2, p. 231-238, abr./jun. 2017.

DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual e Política Nacional de Saúde Mental: contribuições pertinentes dos sujeitos insistentes. **Revista Em Pauta**: teoria social e realidade contemporânea, Rio de Janeiro, n. 28, p. 83-102, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2011.2935>. Acesso em: 9 fev. 2026.

DUARTE, M. J. de O.; ROCON, P. C. (org.). **Dez anos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT**: análises e perspectivas interseccionais e transdisciplinares. São Paulo: Editora Devires, 2023.

DUNKER, C. A hipótese depressiva. *In*: SAFATLE, V.; SILVA JÚNIOR, N.; DUNKER, C. (org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica, 2021. p. 180-219.

ERNAUX, A. **A escrita como faca e outros textos**. São Paulo: Fósforo, 2023.

ESTEVES, B. de O. *et al.* Acolhimento da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, intersexuais, assexuais e demais orientações (LGBTQIA+) no Sistema Único de Saúde: preconceito e sofrimento. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 22316-22330, set./out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-327>. Acesso em: 9 fev. 2026.

FARIA, M. A. *et al.* Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: percepções de gestores de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte-MG. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 5–13, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/15177130-2015v16n3p5>. Acesso em: 9 fev. 2026.

FARIAS FILHO, J. A.; ALVIM, A. T. B. Higienismo e forma urbana: uma biopolítica do território em evolução. **Urbe: Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v. 14,

e20220050, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.014.e20220050>. Acesso em: 9 fev. 2026.

FAVERO, S. **Psicologia suja**. 1. ed. Salvador: Devires, 2022.

FAVERO, S.; MARINI, M. B.; SENNA, A. Uma teoria psicológica transfeminista: sobrevivendo aos escombros da saúde mental brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 43, e243741, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243741>. Acesso em: 9 fev. 2026.

FELICIANO, K. O. Orgulho de ser travesti: a ressignificação da identidade social travesti como estratégia de resistência. **Humanidades em Perspectiva**, Curitiba, v. 7, n. 16, 2023. Disponível em: <https://mail.cadernosuninter.com/index.php/humanidades/article/view/2639>. Acesso em: 9 fev. 2026.

FELITTI, C. **Rainhas da noite**: as travestis que tinham São Paulo a seus pés. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

FERREIRA, F. G. P. *et al.* Male health in the theory-practice paradox: applicability in Nursing. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 8, e6155, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6155>. Acesso em: 9 fev. 2026.

FONTES, W. D. *et al.* Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430–433, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300020>. Acesso em: 9 fev. 2026.

FONTOURA JÚNIOR, E.; MEDEIROS, M. M. de; PICCOLI FONTOURA, F. A. Saúde, ética no cuidado e a política nacional de atenção integral à saúde do homem. **TRaHS (Transnational Research in the History of the Sciences)**, [S. l.], n. 6, e1269, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.25965/trahs.1269>. Acesso em: 9 fev. 2026.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário brasileiro de segurança pública**. 1. ed. São Paulo: FBSP, 2024.

FÓRUM NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NEGRAS E NEGROS (FONATRANS). **Travestilidades negras**: movimento social, ativismo e políticas públicas. Coordenação de J. Baby e J. Rodrigues. 1. ed. [S. l.]: Ed. dos Autores, 2024.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

_____. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de L. F. A. Sampaio. 24. ed. São Paulo: Loyola, 2014b.

_____. **Em defesa da sociedade**. 4. tir. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

_____. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014a. v. 1.

_____. **Microfísica do poder**. Tradução de R. Machado. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2021.

_____. **O nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). Organização de M. Senellart. Tradução de E. Brandão. Revisão de C. Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **Segurança, território, população**: curso no Collège de France, 1977-1978. Organização de M. Senellart. [S. l.]: Gallimard/Le Seuil, 2004.

FREITAS, A. **Um útero é do tamanho de um punho**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

FREITAS, B. F. de *et al.* Tecnologia educacional para gestantes vinculadas à Estratégia Saúde da Família: construção e validação. **Revista Foco**, [S. l.], v. 17, n. 1, e4146, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n1-078>. Acesso em: 9 fev. 2026.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Fernandes Figueira. **Principais questões sobre a consulta de puerpério na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 5 maio 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-a-consulta-de-puerperio-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. de S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 335–342, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>. Acesso em: 9 fev. 2026.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63–76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>. Acesso em: 9 fev. 2026.

GLOBO. **Em vídeo, Damares Alves diz que “nova era” começou no Brasil**: “Meninos vestem azul e meninas vestem rosa”. [S. l.]: G1, 3 jan. 2019. 1 vídeo (2 min). Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/01/03/em-video-damares-alves-diz-que-nova-era-comecou-no-brasil-meninos-vestem-azul-e-meninas-vestem-rosa.ghtml>. Acesso em: 9 fev. 2026.

GODOI, A. L.; FACIO JUNIOR, F. N. Prescrição, oferta e acesso aos medicamentos para disfunção erétil: um paradoxo na saúde pública? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e17702022, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024292.17702022>. Acesso em: 9 fev. 2026.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571–579, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kw9SwJT5SHMYty6dhTYvsGg/?lang=pt>. Acesso em: 9 fev. 2026.

GOMES, M.; MINÊM, C. (dir.). **Máscaras de oxigênio não cairão automaticamente**. [S. l.]: HBO, 2025. 1 minissérie. Disponível em:

<https://www.hbomax.com/br/pt/shows/mascaras-de-oxigenio-nao-cairao-automaticamente/c7f66fe5-1a06-4b38-af8b-df56423fc2d8>. Acesso em: 9 fev. 2026.

GOMES, R. *et al.* Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2589–2596, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000008>. Acesso em: 9 fev. 2026.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.

GONÇALVES, R. (Re)politizando o conceito de gênero: a participação política das mulheres no MST. **Mediações: revista de ciências sociais**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 198–216, 2009.

GONZAGA, P.; GONÇALVES, L.; MAYORGA, C. O conservadorismo distópico à brasileira: direitos sexuais e direitos reprodutivos e a pandemia da COVID-19 no Brasil. **Revista Feminismos**, Salvador, v. 9, n. 1, 2021.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Organização de F. Rios e M. Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. *In*: HOLLANDA, H. B. de (org.). **Pensamento feminista hoje**: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 38-45.

GRAY, J. **Homens são de Marte, mulheres são de Vênus**. Tradução de A. Jordão. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

GREENBERG, J. A. Definitional dilemmas: male or female? Black or white? The law's failure to recognize intersexuals and multiracials. *In*: LESTER, T. (ed.). **Gender nonconformity, race, and sexuality**: charting the connections. Madison: University of Wisconsin Press, 2002. p. 102-126.

GUARESCHI, N. *et al.* O aborto e as políticas de atenção integral à saúde da mulher. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 2, n. 1, p. 18-23, 2007.

GUERELLUS, N. de S. Palimpsesto: historiografia, literatura e gênero a partir da trajetória de Rachel de Queiróz. **Revista História**, Salvador, v. 5, n. 1-2, p. 283–307, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rhufba/article/view/28228>. Acesso em: 9 fev. 2026.

GILLIGAN, C. **In a different voice**. 38. impr. Cambridge: Harvard University Press, 2003.

GUIMARÃES, G. Teoria de gênero e ideologia de gênero: cenário de uma disputa nos 25 anos da IV Conferência Mundial das Mulheres. **Revista Tempo & Argumento**, Florianópolis, v. 12, n. 29, e0107, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5965/2175180312292020e0107>. Acesso em: 9 fev. 2026.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em:

<https://ieg.ufsc.br/public/storage/articles/October2020/31102009-083336haraway.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2026.

HEMMI, A. P. A.; BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. de. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300321, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>. Acesso em: 9 fev. 2026.

HIRANO, L. F. K. Marcadores sociais das diferenças: rastreando a construção de um conceito em relação à abordagem interseccional e a associação de categorias. *In*: HIRANO, L. F. K.; ACUÑA, M.; MACHADO, B. F. (org.). **Marcadores sociais das diferenças: fluxos, trânsitos e intersecções**. Goiânia: Imprensa Universitária, 2019. p. 27–54.

HOLLANDA, H. B. de (org.). Introdução. *In*: HOLLANDA, H. B. de (org.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 11-34.

HOOKS, b. Intelectuais negras. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 464–478, 1995.

_____. **Olhares negros: raça e representação**. São Paulo: Elefante, 2019a.

_____. **Teoria feminista: da margem ao centro**. Tradução de R. Patriota. São Paulo: Perspectiva, 2019b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social: Brasil**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA DATASENADO; OBSERVATÓRIO DA MULHER CONTRA A VIOLÊNCIA. **Pesquisa nacional de violência contra a mulher: comparativo por UFs**. Brasília: Senado Federal, 2024.

JESUS, J. G. de (org.). **Transfeminismo: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Metanoia, 2014.

_____. Interloquções teóricas do pensamento feminista. *In*: JESUS, J. G. de (org.). **Transfeminismo: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Metanoia, 2014. p. 3-18.

_____. Xica Manicongo: a transgeneridade toma a palavra. **Revista Docência e Cibercultura**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 250–260, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/redoc.2019.41817>. Acesso em: 9 fev. 2026.

JUNQUEIRA, R. D. “A ‘ideologia de gênero’ existe, mas não é aquilo que você pensa que é”. [S. l.]: Campanha Nacional pelo Direito à Educação, 15 nov. 2018. Disponível em: <https://campanha.org.br/analises/rogerio-diniz-junqueira/a-ideologia-de-genero-existe-mas-nao-e-aquilo-que-voce-pensa-que-e/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. de C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da

integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>. Acesso em: 9 fev. 2026.

KALMAN, M. **Women holding things**. New York: Bloomsbury Publishing, 2022.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C. *et al* (org.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p. 137–156.

KNAUTH, D. R. *et al*. O diagnóstico do HIV/AIDS em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00170118, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00170118>. Acesso em: 9 fev. 2026.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. dos S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617–2626, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000011>. Acesso em: 9 fev. 2026.

KYRILLOS, G. M.; SIMIONI, F. Raça, gênero e direitos humanos na política externa brasileira no governo bolsonaro (2019-2021). **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1874–1896, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2022/68535>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LAPORTA, L. **Pessoas que gestam, corpos que abortam**. [S. l.]: Brasil de Fato, 1 maio 2024. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/columnista/lucchi-laporta/2024/05/01/pessoas-que-gestam-corpos-que-abortam/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LAQUEUR, T. W. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Tradução de V. Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. dos S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607–2616, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LEAL, M. do C. *et al*. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LEMOS, A S. *et al*. Saúde pública e gênero: um panorama sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 1–7, 2024. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/2118/1569>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LEMOS, F. C. S.; CARDOSO, H. R. A genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 353-357, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000300008>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LIMA, C. S.; AGUIAR, R. S. Men's access to primary health care services: an integrative review. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 4, e179943027, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i4.3027>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LIMA, C. M. *et al.* O agente comunitário de saúde na promoção da saúde do homem: possibilidades e desafios. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 7, p. 1272–1283, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v7i7.1777>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LIMA, E. D. *et al.* Masculinidades na publicidade governamental sobre saúde do homem no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 2, p. 155-174, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36482/1809-5267.arbp2020v72i1p.155-174>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LIMA, K. D.; PIMENTEL, C.; LYRA, T. M. Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 3, p. 4909–4918, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24242019>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LIMA, K. O.; GALVÃO, A. P. F. C.; NOGUEIRA DA SILVA, P. L. Fatores dificultadores para o acesso e acompanhamento de rotina do homem nas instituições de saúde: revisão integrativa. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, Brasília, v. 34, n. 4, p. 291–299, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.14450/2318-9312.v34.e4.a2022.pp291-299>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LIMA, Y. M. S.; MOURA, M. A. V. A percepção das enfermeiras sobre a competência social no desenvolvimento da assistência pré-natal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 672–678, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400010>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LOPES, T. A. F. L. *et al.* Abordagem da saúde da mulher nos cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas do estado do Ceará. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 3, e110, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n3-110>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 743–752, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300020>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LOURO, G. L. (org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

LUGONES, M. **Pilgrimages = Peregrinajes: theorizing coalition against multiple oppressions**. Lanham: Rowman & Littlefield, 2003.

_____. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/QtnBjL64Xvssn9F6FHJqznb/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Colonialidade e gênero. *In*: HOLLANDA, H. B. de (org.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 51-81.

LUIZ, O. C. *et al.* Iniquidade racial na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: estudo de séries temporais de 2002 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e05202023, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05202023>. Acesso em: 9 fev. 2026.

LYNCH, M. P. Arrogance, truth and public discourse. **Episteme**, Cambridge, v. 15, n. 3, p. 283–296, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/epi.2018.23>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MACÊDO, M. A. *et al.* A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na percepção dos profissionais da atenção básica. **ID on line: Revista de Psicologia**, [S. l.], v. 10, n. 31, supl. 2, p. 1–16, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v10i31.513>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MACHADO, C. M. **Na casa dos sonhos: memórias**. Tradução de A. Guadalupe. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

MACHADO, J. S. A.; PENNA, C. M. M. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, e320221, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320221>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MAGALHÃES, M. C. *et al.* Atendimento à população masculina na Atenção Primária de Maracanaú-CE: estudo documental. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 21, n. 4, p. 1–9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15437>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MALLMANN, F. **Tudo o que leva consigo um nome**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2021.

MARACCI, J. G.; PRADO, M. A. M. Ofensivas antigênero e a depuração dos direitos humanos como política de Estado no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1372-1392, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2022.71643>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MARTÍN, P. P. S. **Manual de introdução à ginecologia natural**. 3. ed. [Chile]: Ginecosofia Ediciones, 2019.

MARTINS MARQUES, A. **Risque esta palavra**. São Paulo: Todavia, 2021.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1996.

MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429–440, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200014>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MARTINS, L. R. Colagem: investigações em torno de uma técnica moderna. **ARS**, São Paulo, v. 5, n. 10, p. 50-61, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-53202007000200006>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MATOSO, L. M. L. O papel da enfermagem diante da homossexualidade masculina. **Saúde**, Santa Maria, p. 27-34, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/223658349267>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. v. 3. p. 61-80.

MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. F. (org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

MBEMBE, A. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte**. Tradução de R. Santini. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31–48, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J. P.; MELLO, R. P. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. In: SPINK, M. J. P. *et al.* (org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 274–294.

MELO, E. M.; WERNECK CÔRTEZ, M. da C.; CARNEIRO, P. S. Eles morrem mais do que elas. Por quê? **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 109-114, 2008.

MENDES, Á.; CARNUT, L.; MELO, M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e210307pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210307pt>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MENEZES, R. F. *et al.* Desvelando um cenário acerca dos desafios para a promoção e prevenção à saúde do homem, na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 2542–2562, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-150>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MESQUITA, C. C. Planejamento familiar e contracepção: saúde, gênero e política pública na transição democrática (Rio de Janeiro, década de 1980). *In*: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA – IDENTIDADES, 13., 2008, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ANPUH-RIO, 2008. Disponível em: <https://anpuh.org.br/index.php/encontros-regionais/encontros-anpuh-rio/xiii-encontro-regional-de-historia-2008-rj>. Acesso em: 12 mar. 2023.

MODENA, C. M. *et al.* Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n. 3, p. 644–660, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9483>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MORAIS, A. L. **O regime político da sexualidade**: a saúde sexual como dispositivo colonial/moderno nas políticas públicas. 2023. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/15891>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MOREIRA, R. L. S. F.; FONTES, W. D.; BARBOZA, T. M. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 615–621, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140087>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MOURA, E. C.; LIMA, A. M. P.; URDANETA, M. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2597–2606, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000009>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MOURA, E. C. *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 429–438, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MOZDZENSKI, L. Feminismo de mercado e a comoditização do autocuidado pelo femvertising. **Revista Mediação**, Belo Horizonte, v. 26, n. 37, p. 216–226, 2025.

MOZER, I. T.; CORRÊA, Á. C. P. Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital brasileira. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 578–585, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140082>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MOZER, I. T.; CORRÊA, Á. C. de P. Gestão do processo de implementação da política de saúde do homem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e9483, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9483>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MÚJICA RODRÍGUEZ, A. **Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de Florianópolis, 2017-2018**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/215200/PGSC0239-T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 9 fev. 2026.

NABUCO, L. **OUTRA**. [S. l.]: Youtube, 1 out. 2025. 1 vídeo. Disponível em: [link suspeito removido]. Acesso em: 9 fev. 2026.

NASCIMENTO, L. **Transfeminismo**. São Paulo: Jandaíra, 2021.

NASCIMENTO, L. V. *et al.* Estudo de avaliabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no município de Sobral, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 1, p. 95–114, 2014. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/580/pdf_468. Acesso em: 9 fev. 2026.

NEDEL, F. B.; BASTOS, J. L. Whither social determinants of health? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001618>. Acesso em: 9 fev. 2026.

NOBRE, J. P.; AIRES DE FREITAS, C. Aspectos relacionados à implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) no Brasil. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 22, e794, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e794>. Acesso em: 9 fev. 2026.

NOGUEIRA, C. **Interseccionalidade e psicologia feminista**. Salvador: Devires, 2017.

NÚÑEZ LONGHINI, G. D. **Nhande ayvu é da cor da terra**: perspectivas indígenas guarani sobre etnogenocídio, raça, etnia e branquitude. 2022. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/241036>. Acesso em: 9 fev. 2026.

_____. Perspectivas indígenas antirracistas sobre o etnogenocídio: contribuições para o reflorestamento do imaginário. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 35, e277101, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2023v35e277101>. Acesso em: 9 fev. 2026.

OLIVEIRA, E. A. *et al.* Adolescentes gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens: interseccionalidade e continuum de cuidado de PrEP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, 11, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005705>. Acesso em: 9 fev. 2026.

OLIVEIRA, J. A. *et al.* Strategies and competences of nurses in men's health care: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, e20190546, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0546>. Acesso em: 9 fev. 2026.

OLIVEIRA, M. C. N.; SOARES, V. N.; LIBERATO, M. T. C. “A gente trata todo mundo igual”: onde fica a interseccionalidade no cuidado em saúde mental? **Pretextos: revista da graduação em psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 9, n. 17, p. 15–36, 2024.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25–32, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>. Acesso em: 9 fev. 2026.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PARAÍSO DO TUIUTI. **Quem tem medo de Xica Manicongo?** Rio de Janeiro, 2025. 1 samba-enredo. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/gres-paraiso-do-tuiuti/samba-enredo-2025-quem-tem-medo-de-xica-manicongo/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

PAREDES, J. **Hilando fino desde el feminismo comunitario**. 2. ed. [S. l.]: Cooperativa El Rebozo, 2014.

PASSOS, R. G. **Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão**. São Paulo: Hucitec, 2023.

PEREIRA, M. J. B. *et al.* Avanços e lacunas no processo de elaboração das políticas de saúde da mulher do Brasil, no momento da perda do período perinatal. **Transições**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 9-41, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.56344/2675-4398.v2n1a20211>. Acesso em: 9 fev. 2026.

PEREIRA, J.; KLEIN, C.; MEYER, D. E. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 132–146, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170836>. Acesso em: 9 fev. 2026.

PEREIRA, P. P. G. Queer nos trópicos. **Contemporânea: revista de sociologia da UFSCar**, São Carlos, v. 2, n. 2, p. 371–394, 2012. Disponível em: <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/88>. Acesso em: 9 fev. 2026.

PEREZ, O. C.; RICOLDI, A. A quarta onda feminista no Brasil. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 31, e83260, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-026X2023e83260>. Acesso em: 9 fev. 2026.

PERUCCHI, J. “**Mater semper certa est, pater nunquam**”: o discurso jurídico como dispositivo de produção de paternidades. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

PIRES, P. V.; MEYER, D. E. E. Noções de enfrentamento da feminização da AIDS em políticas públicas. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 95–113, 2019.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens e camisinha: possibilidades e limites na construção da Saúde do Homem. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 49–55, 2012. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33718>. Acesso em: 9 fev. 2026.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. Homens e cuidado: construções de masculinidades na saúde pública brasileira. **Psicologia, Conhecimento e Sociedade**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 177–195, 2012.

PRECIADO, P. B. **Manifesto contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual**. São Paulo: Zahar, 2022.

PRINCÍPIO. In: **DICIO**: dicionário online de português. Porto: 7Graus, [s. d.]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/principio/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

QUEIROZ, I. B. S. *et al.* Nurses' knowledge about the National Policy for Integral Human Health Care. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 15417–15428, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-318>. Acesso em: 9 fev. 2026.

QUIJANO, A. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. In: CONSEJO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES (ed.). **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 117–142.

RAMALHO, M. N. A. *et al.* Dificuldades na implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 642–649, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v13i4.18420>. Acesso em: 9 fev. 2026.

RANGEL, S. P. A.; CASTRO, A. M. Saúde mental: onde se colocam as questões de gênero? Os papéis das mulheres cisgêneras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, e9048, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19048P>. Acesso em: 9 fev. 2026.

RIBEIRO, D.; NOGUEIRA, C.; MAGALHÃES, S. I. As ondas feministas: continuidades e descontinuidades no movimento feminista brasileiro. **Sul-Sul: Revista de Ciências Humanas e Sociais**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 57–76, 2021.

RIBEIRO, D. B. *et al.* Saúde dos homens: abordagem na formação de enfermeiros. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 540–545, 2015.

RICH, A. C. Compulsory heterosexuality and lesbian existence (1980). **Journal of Women's History**, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 11–48, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1353/jowh.2003.0079>. Acesso em: 9 fev. 2026.

RIOS, L. F.; DIAS, J. P. S.; LUCKWU, J. H. M. Para onde a roda nos levou? Uma conversa sobre promoção da saúde sexual para populações sexo-dissidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, e06162023, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.0616202>. Acesso em: 9 fev. 2026.

ROCHA, F. C. S. *et al.* Acceptance the male population about the perception of nursing professional: deconstructing invisibility. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 12, e10708, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i12.10708>. Acesso em: 9 fev. 2026.

RODRIGUES, A. M. P.; ZOBOLI, F. A categoria “mulher” como dispositivo biopolítico de educação do corpo. **RPGE – Revista on-line de Política e Gestão Educacional**, Araraquara, v. 26, p. 1-20, 2022.

RODRIGUES, C. *et al.* The politics of (non) Male Care: theoretical and practical applications for health in a community context. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 9, e32207, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.32207>. Acesso em: 9 fev. 2026.

RODRIGUES, J. L.; FALCÃO, M. T. C. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 1, e181062, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021181062>. Acesso em: 9 fev. 2026.

RODRIGUES, J. P. *et al.* Implementation strategy for men's health actions: action-research potentialities and challenges. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 32, e20230187en, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0187en>. Acesso em: 9 fev. 2026.

RODRIGUEZ, S. S.; ANZINI, V. B. Transviades contra o sistema transfóbico: você sabe o que é genitalismo? **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, Cuiabá, v. 3, n. 12, p. 41-57, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31560/2595-3206.2020.12.12026>. Acesso em: 9 fev. 2026.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S201–S212, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800002>. Acesso em: 9 fev. 2026.

ROSA, H.; CABRAL, C. S. Uma cidadania da fertilidade: as políticas de saúde da mulher como tecnologias de produção do sexo e do gênero. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2, e220534pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220534pt>. Acesso em: 9 fev. 2026.

ROSA, H.; CABRAL, C. S. da. Mulheres de família: moralidades sexuais e reprodutivas nas políticas públicas de saúde. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 17, n. 51, p. 696-718, 2024.

ROSA, L. S. **Bordado e resistência**: a prática tradicional como potência para a autonomia feminina. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

SABINO, L. W.; SANTOS, P. Mulheres, corpo-território e saúde indígena no Brasil, em uma perspectiva feminista decolonial. **Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades**, Quito, v. 8, n. 35, e1025, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.46652/rgn.v8i35.1025>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SABO, D. O estudo crítico das masculinidades. *In*: ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C. B. (org.). **Coletânea Gênero Plural**. Curitiba: Editora UFPR, 2002. p. 33-46.
SAFATLE, V.; SILVA JÚNIOR, N.; DUNKER, C. (org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica, 2021.

SAITO, D. Y. T. *et al.* Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem? **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175–183, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100021>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19,

e00313145, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SANGLARD, G. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. **Varia História**, Belo Horizonte, v. 26, n. 44, p. 437–459, 2010.

SANTANA, T. D. B. *et al.* Avanços e desafios da concretização da Política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 135–141, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n61.6012>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SANTIAGO, F. P. *et al.* Perfil de homens na atenção primária à saúde. **Holos**, Natal, v. 5, p. 430–439, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15628/holos.2015.3214>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SANTOS, A. Medicalização e racismo. In: TEIXEIRA, L. A. *et al.* (org.). **Medicalização do parto: saberes e práticas**. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 346-358.

SANTOS, C. B. de O.; PASSOS, R. G. As contribuições críticas de Ignacio Martín-Baró: notas sobre saúde mental, fatalismo e guerra. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 147, n. 2, e409, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.409>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SANTOS, S. P. dos. **Ressonâncias do discurso do presidente Michel Temer proferido em 2017 em homenagem ao Dia da Mulher: misoginia e feminismo em contradições**. 2020. Dissertação (Mestrado em Língua, Literatura e Interculturalidade) – Universidade Estadual de Goiás, Cidade de Goiás, 2020.

SANTOS MARIOSA, G. *et al.* Impactos psicossociais do racismo na saúde mental de mulheres negras. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [S. l.], v. 15, n. 43, 2024.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107–119, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SARTURI, L. **Brasil já esqueceu a pandemia, mas precisa lembrar para sempre o negacionismo e a omissão de Bolsonaro**. [S. l.]: The Intercept Brasil, 18 mar. 2025. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2025/03/18/pandemia-covid-bolsonaro-governo/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7–17, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo": raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana**. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 71-99, 1989.

_____. História das mulheres. In: BURKE, P. (org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. Tradução de M. Lopes. 7. reimpr. São Paulo: Editora da UNESP, 1992. p. 63-96.

SCUSSEL, M. R. R.; MACHADO, D. M. Política nacional de assistência integral à saúde do homem: uma revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 5, n. 2, p. 235–244, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v5i2.1754>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SENADO FEDERAL. **Impeachment de Dilma Rousseff marca ano de 2016 no Congresso e no Brasil**. [S. l.]: Senado Notícias, 28 dez. 2016. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/28/impeachment-de-dilma-rousseff-marca-ano-de-2016-no-congresso-e-no-brasil>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415–428, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SHAW, J. **Invisibilidade: cultura, ciência e a história secreta da bissexualidade**. Tradução de V. R. Vieira Ramires. São Paulo: Cultrix, 2023.

SILVA, B. F.; ALVES, G. S. Desafios e perspectivas na implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Revista de Enfermagem da UFJF**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, e40993, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/2446-5739.2024.v10.40993>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SILVA, G. A. *et al.* Produção científica, ações profissionais e atenção à saúde do homem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 12, p. 4657–4663, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i12a11535p4657-4663-2016>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SILVA, G. de A. M. A crise da psicologia social brasileira: apontamentos históricos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 3, p. 48-63, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i3p.48-63>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SILVA, L. C. da *et al.* Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: revisão de literatura. **Europub Journal of Health Research**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 75–93, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54747/ejhrv5n1-005>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SILVA, M. L. *et al.* O impacto da saúde mental no ciclo gravídico-puerperal. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, Fortaleza, v. 4, n. 3, p. 1259–1264, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.51161/conais2023/20635>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SILVA, P. A. S. *et al.* A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561–568, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300019>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SIMAS, L. A.; RUFINO, L. **Encantamento**: sobre política de vida. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2020.

SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 35–42, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42301998000100007>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SOARES, L. G. Palimpsesto e as relações de gênero em Elvira Vigna: um recurso como crítica ao patriarcado em 'Como se estivéssemos em palimpsesto de putas'. **Revista PHILIA | Filosofia, Literatura & Arte**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 365–388, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2596-0911.103795>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161–182, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.26512/ser_social.v10i22.12950. Acesso em: 9 fev. 2026.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832–846, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113020>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SOUSA, A. P. *et al.* Evaluation of the policy of integral attention the men's health. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí**, Teresina, v. 4, n. 3, p. 65–70, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v4i3.4304>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SOUSA, A. R. *et al.* Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: desafios vivenciados por enfermeiras. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e2020023603759, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020023603759>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SOUSA, M. T.; CARVALHO, C. A. de. O dispositivo midiático: da conceituação foucaultiana à aplicação nos estudos comunicacionais. **Anagramas: Rumbos y Sentidos de la Comunicación**, Medellín, v. 16, n. 32, p. 31-46, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17227/1692-2522.16>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SOUZA, L. P. S. *et al.* Conhecimento de uma equipe da estratégia saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291–304, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200005>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SOUZA, L. V. S. A. *et al.* Challenges of implementing the National Policy for Integral Attention to Man's Health in Mato Grosso. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 11, n. 2, e25354, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25354>. Acesso em: 9 fev. 2026.

SOUZA, S. T. H. *et al.* Vivência de racismo institucional por mulheres negras em serviços de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 16, n. 2, e16282568, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v16i1.2568>. Acesso em: 9 fev. 2026.

TELES, I. A. As características e impactos das políticas públicas de atenção à saúde materna no Brasil nos últimos 20 anos. **Íandé: Ciências e Humanidades**, São Bernardo do Campo, v. 7, n. 1, p. 64–73, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufabc.edu.br/index.php/iande/article/view/693>. Acesso em: 9 fev. 2026.

TEIXEIRA, D. C. *et al.* Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 563–576, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00009>. Acesso em: 9 fev. 2026.

TONELI, M. J. F.; MÜLLER, R. F. 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: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 195–202, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1477>. Acesso em: 9 fev. 2026.

TENÓRIO, P. C. S. “Assim eu sei que viverei para a posteridade”: depoimentos orais de Almerinda Farias Gama, uma pioneira do feminismo brasileiro. **História Oral**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 171–190, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51880/ho.v24i1.1149>. Acesso em: 9 fev. 2026.

TESSARO, V. C. Z.; SILVA, A. M. R.; LOCH, M. R. Estágios de mudança de comportamento para atividade física no lazer em adultos brasileiros: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 2969–2980, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.18022020>. Acesso em: 9 fev. 2026.

TOLEDO PINTO, W. A. **Racismo e saúde do homem negro**: subsídios do debate da masculinidade negra para a intervenção do serviço social. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

VAGO DAHER, D. *et al.* A construção do vínculo entre o homem e o serviço de atenção básica de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, Havana, v. 33, n. 1, p. 111–120, 2017.

VASCONCELOS, I. C. B. L. *et al.* National policy of comprehensive attention to men’s health and the challenges of its implementation. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 5, n. 9, p. 16340–16355, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n9-185>. Acesso em: 9 fev. 2026.

VERGUEIRO, V. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes**: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. 2015. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/19685/1/VERGUEIRO%20Viviane%20-%20Por%20inflexoes%20decoloniais%20de%20corpos%20e%20identidades%20de%20gengero%20inconformes.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2026.

VICENTE, D. D.; SOUZA, L. Razão e sensibilidade: ambiguidades e transformações no modelo hegemônico de masculinidade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 59–74, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.18089/abpsi.2006v58n1p59>. Acesso em: 9 fev. 2026.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VIEIRA, E. S. *et al.* Psicologia e Políticas de Saúde da População Trans: encruzilhadas, disputas e porosidades. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 39, n. esp. 3, e228504, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228504>. Acesso em: 9 fev. 2026.

VIEIRA, K. L. D. *et al.* Atendimento da população masculina em unidade básica de saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 120–127, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>. Acesso em: 9 fev. 2026.

VIGNA, E. **Como se estivéssemos em palimpsesto de putas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Acesso em: 9 fev. 2026.

WILSON, A. N. **The developmental psychology of the Black child**. New York: Africana Research Publications, 1978.

WOLF, N. **O mito da beleza**: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Tradução de W. Barcellos. São Paulo: Rosa dos Tempos, 2019.

ZANELLA, A. V. **Perguntar, registrar, escrever**: inquietações metodológicas. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2013.

Anexo 1 – Fanzine diagramado para impressão

O BINÁRIO DE SEXO GÊNERO É:
UM PRODUTO BIOMÉDICO QUE SE SUSTENTA NA REPETIÇÃO DE SIMBÓLOS SOCIAIS.
PARTE DA HERANÇA COLONIAL RACISTA DO NOSSO PAÍS.
O TESOURO DO NEOLIBERALISMO:

caça-palavras para governar
 CORPOCSXVBMDM
 ACFRNMORDEMIA
 CONTROLÉYEQIAQ
 RTCANORMADCYU
 FCEAXVTSCFTVXI
 VFTECLUCRODIN
 DSCAEIVCAGNCF
 COLONIALFRDCIP
 LSEVGRACISMOLI
 FAMILIADCRGTTA

caça-palavras para libertar
 CORPOCSXVBMDF
 ACFRNMORDEMIE
 ANCESTRALLEQIAS
 LIBERDADECZAST
 FCEAXVTSCFTVXA
 ANTICAPITALIDIP
 DSCAEIVCAGNCFP
 DECOLONIALFCSE
 DIVERSIDADECGJI
 COMUNIDADECJOI

segue vigorando como norma

mas o SUS é uma arena de disputas e ainda triunfa a cisheteronorma* quando a atenção integral à saúde segue binária

***CISHETERONORMA É A IDEIA QUE NORMALIZA TODAS AS PESSOAS QUE SE IDENTIFICAM COM O GÊNERO ATRIBUÍDO ÀS DIVERSIDADES SEXO, ASSIM, MARGINALIZADAS.**

ESTE ZINE É PRODUTO de uma dissertação de mestrado em Psicologia
minhas geranças, 2025
AUTORIA DAS FOTOGRAFIAS, TEXTOS E ARTES DE
fernanda Zeloschi

APORTE À CLÍNICA DO CÂNCER PARA AMPLIAR A ZINE!

SUS para todas as PESSOAS
zine-manifesto

A nossa luta é por um SUS pra todo mundo e por isso defender a política nacional de saúde integral
LGBTI é gostoso demais

Anexo 2 – Fanzine em alta qualidade, página por página





A nossa luta é por um SUS

pra todo mundo

e por isso

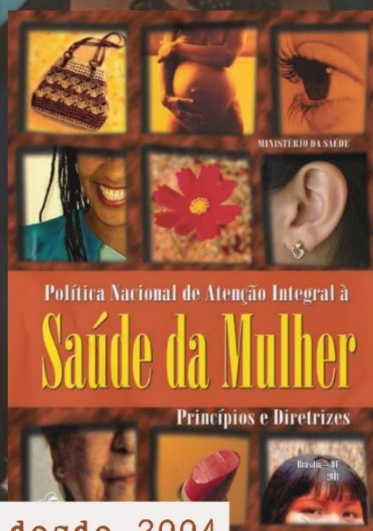
defender a

política
nacional de
saúde integral

LGBT

é gostoso demais

mas o SUS é uma arena de disputas
e ainda triunfa a cisheteronorma*
quando a atenção integral à saúde
segue binária



desde 2004



desde 2009

*CISHETERONORMA é A IDEIA QUE NORMALIZA TODAS AS PESSOAS QUE SE IDENTIFICAM COM O GÊNERO ATRIBUÍDO AO NASCEREM E QUE SÃO HETEROSSEXUAIS. AS DIVERSIDADES SÃO, ASSIM, MARGINALIZADAS.



segue
vigorando
como norma



caça-palavras

para governar

CORPOCSXVBMDM

ACFRMNORDEMIA

CONTROLEYEQIAQ

RTCANORMADCYU

FCEAXVTSCFTVXI

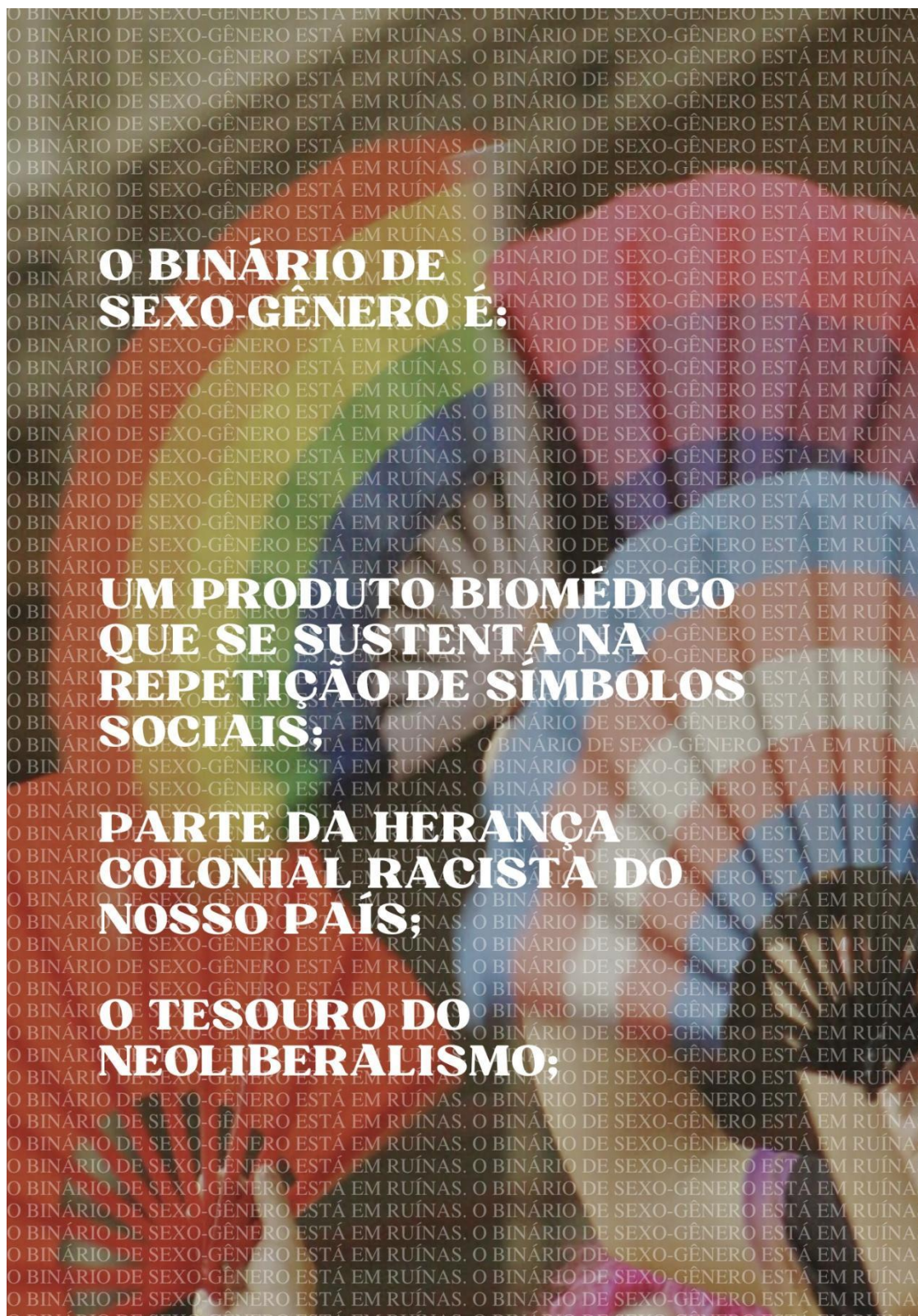
VFTESCLUCRODIN

DSCAEIVCAGNCFA

COLONIALFRDCIP

LSEVCRACISMOLI

FAMILIADCRGTTA



caça-palavras

para libertar

CORPOCSXVB MDF
ACFRMNORDE MIE
ANCESTRALEQ IAS
LIBERDADECZ AST
FCEAXVTSCFTVXA
ANTICAPITALIDIP
DSCAEIVCAGNCFP
DECOLONIALFCSE
DIVERSIDADECGJI
COMUNIDADECJOI



APONTE A CÂMERA
DO CELULAR PARA
AMPLIAR A ZINE!

ESTE ZINE é PRODUTO

de uma dissertação de mestrado em
Psicologia

minas gerais, 2025

AUTORIA DAS FOTOGRAFIAS,
TEXTOS E ARTES DE

fernanda Zeloschi