

02

A CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE COM RECORTE DE GÊNERO: MULHERES, HOMENS E LGBTQIA+¹ EM MEIO A DISPUTAS, CONFLITOS E TENSÕES

THE CONSTRUCTION OF NATIONAL HEALTH POLICIES WITH A GENDER APPROACH: WOMEN, MEN AND LGBTQIA+ IN THE MIDST OF DISPUTES, CONFLICTS AND TENSION

Rodrigo Broilo

Mestre em Políticas Públicas e Formação Humana (UERJ)

Psicólogo do Centro de Referência e Acolhimento

LGBT+ da Prefeitura de Ouro Preto-MG

E-mail: rbroilo@gmail.com

¹ Utiliza-se a nomenclatura LGBTQIA+ por ser a sigla oficialmente utilizada pelo governo federal desde 2024, porém respeitou-se as siglas dos documentos conforme foram utilizadas previamente.

RESUMO

Atualmente, existem três Políticas Públicas de Saúde visando a Integralidade da Atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) destinadas a públicos definidos por gêneros: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), implementada no ano de 2004; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), de 2008, e Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (PNSILGBT), de 2011. Cada uma dessas políticas foi construída por meio de um percurso histórico singular e se estruturou, consequentemente, de forma específica, tendo sofrido a influência de interesses e atores complexos. Reconstruir esses históricos nos ajuda a entender como as relações de poder e os jogos de interesses operam na implementação de instrumentos legais relativos às políticas de saúde. Sem esgotar a discussão, esse recorte de dissertação, mediante uma metodologia que alia a análise documental das referidas Políticas Públicas com artigos que abordaram o tema, define marcos temporais na construção das políticas com recorte de gênero e mostra seu compromisso com noções binaristas, cisheteronormativas e reprodutivistas: as mulheres são vistas como seres para a reprodução e o cuidado, os homens como seres do trabalho e da violência, e todos aqueles que escapam a essa lógica são ‘empurrados’ para uma Política LGBTQIA+.

Palavras-chave: Gênero. Políticas Públicas. Saúde. Integralidade. Histórico.

ABSTRACT

Currently, there are three Public Health Policies aimed at Comprehensive Care in the Unified Health System (SUS) aimed at groups defined by gender: National Policy for Integral Care for Women's Health (PNAISM), implemented in 2004; National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH), 2008, and National Policy for Comprehensive Health for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transsexuals and Transvestites (PNSILGBT), 2011. Each of these policies was built through a path unique history and was consequently structured in a specific way, having suffered the influence of complex interests and actors. Reconstructing these histories helps us to understand how power relations and the games of interests operate in the implementation of legal instruments related to health policies. Without exhausting the discussion, this dissertation clipping, through a methodology that combines the documental analysis of the aforementioned Public Policies with articles that addressed the theme, we define certain temporal landmarks in the construction of policies with a gender approach and show its commitment to binarist notions, cisgender normative and reproductive: women are seen as beings for reproduction and care, men as beings of work and violence, and all those who escape this logic are 'pushed' towards an LGBTQIA+ Policy.

Keywords: Gender. Public Policies. Health. Integrality. History.

Introdução

Ao longo das últimas décadas ocorreram mudanças no modo como entendemos a Saúde em nossa sociedade: desde a expansão do conceito para além da simples ausência de doenças, visando a uma relação equilibrada entre aspectos biológicos, psicológicos, sociais, de trabalho e renda, entre outros, até a forma assumida pelo cuidado, que foi passando da mera assistência aos doentes para a noção de que a Saúde deve ser promovida e as doenças, não só tratadas, mas prevenidas. Essas mudanças ocorreram na esteira do surgimento do conceito de Integralidade, o qual defende que o ser humano deve ser atendido em sua totalidade, respeitando suas características e necessidades de forma ampla. Com isso surgiram Políticas Nacionais de Saúde com foco integral para algumas populações específicas, entre elas as caracterizadas por gênero.

Não nos deteremos em eventuais críticas ao conceito de integralidade, tampouco ao conceito de humano, embora ambos corram o risco de implementar dispositivos de controle da vida sob fachadas aparentemente libertárias. Os problemas do presente artigo, embora articulados à dita “saúde integral”, são mais específicos, a saber: saúde tem gênero? Se tem, que gêneros são esses? Quem está contemplado nos documentos relativos às políticas de gênero?

Nessa linha de problematização, o presente trabalho surgiu de uma pesquisa maior¹ e visa mostrar o processo histórico de construção desses documentos, aqui denominados “Políticas”². Três Políticas de Atenção Integral à Saúde, hoje em vigor no Brasil, delimitam seu público por gênero (Mulheres, Homens e LGBTQIA+). Vê-se com certa facilidade, mesmo antes de análises mais minuciosas, que tais Políticas tomam por base gêneros entendidos como binários, cisgêneros e heterossexuais, com fins reprodutivos, quando se fala de Mulheres e de Homens. As pessoas que não se enquadram nesse binarismo são empurradas para uma ‘condição’ LGBTQIA+, tornando-se assim ‘os outros’ da polaridade Homem-Mulher.

A primeira Política que abordaremos é aquela voltada para as Mulheres, de 2004, embora com um histórico bem anterior. Já a Política voltada para homens é de 2008, e para LGBTs, de 2011³. Em 2017 foi lançada a Portaria de Consolidação nº 2 (Brasil, 2017), que reúne as três Políticas

-
- 1 Este artigo surge como recorte de pesquisa de mestrado. A dissertação e o artigo contaram originalmente com a brilhante orientação da Prof. Dra. Heliana de Barros Conde Rodrigues, que infelizmente nos deixou em 2023.
 - 2 Uma Política, evidentemente, vai muito além dos textos legais. Mas a análise do discurso de tais textos, aliado ao estudo de suas circunstâncias históricas e a uma bibliografia crítica de apoio, pode servir como um revelador de processos mais complexos.
 - 3 Sua criação ocorreu em 2011, com promulgação em 2012. O documento referenciado, por sua vez, é o da 1ª reimpressão que ocorreu em 2013.

Nacionais de Saúde: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (Brasil, 2004a) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH (Brasil, 2008), ambas na Seção III de ‘Políticas voltadas à Saúde de segmentos populacionais’; e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis – PNSILGBT (Brasil, 2013) na Seção IV de ‘Políticas de Promoção da Equidade em Saúde’.

Todas essas Políticas se situam no âmbito do SUS e suas respectivas emergências passaram por lugares históricos divergentes. Antes de abordá-las singularmente, trazemos aqui algumas definições de cunho oficial, como o conceito de Políticas Públicas apresentado por Souza (2003, p. 13), que as entende como um processo no qual “os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real”. Nessa perspectiva, as Políticas Públicas devem buscar responder às demandas sociais e aos problemas políticos para curto, médio e longo prazo, de forma que, tanto quanto possível, devem se tornar Políticas de Estado, e não apenas de um governo específico (Mello, Maroja, Brito, 2010a. Mello *Et al.*, 2011). Consequentemente, o “estudo das políticas públicas passa pela avaliação de como elas atendem as demandas sociais e como são articuladas com os instrumentos de planejamento do Estado, que garantam sua efetividade” (Broilo, Akerman, 2015, p. 237).

Metodologia

Este artigo nasce de um recorte de dissertação de mestrado, e alia a análise documental de Políticas Públicas de Saúde com uma revisão bibliográfica de artigos que foram sendo selecionados em bases de busca como *Scielo* e *BvS* entre 2020 e 2022, quando a dissertação foi defendida. O objetivo era analisar como o gênero se espalhava rizomaticamente nas Políticas em questão. No presente artigo, apresentamos mais nitidamente o recorte histórico de construção e implementação desses documentos, de forma a explicitar como as disputas em torno de gênero foram se construindo.

Nas seções posteriores apresentaremos, por ordem de lançamento, como surgiram as três Políticas com foco em gênero.

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

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tem sua história entrecruzada com a história do próprio SUS, pois é por meio da articulação entre o movimento sanitário e o movimento feminista que surge, antes mesmo da existência do SUS, um programa pensando na integralidade da saúde da mulher: já em 1984 cria-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Brasil, 1984). Anteriormente, a saúde da mulher era encarada em uma perspectiva apenas

reprodutiva, principalmente ligada ao processo da gravidez ao puerpério: a mulher era entendida como mãe e o foco primário estava na saúde do bebê. Com o PAISM, no entanto, são problematizados aspectos reprodutivos e sexuais, entre eles a contracepção (Medeiros; Guareschi, 2009. Zocche *Et al.*, 2017). Embora nesse momento ainda vigore uma ideia de saúde como ‘assistência’, a integralidade já aparece, no caso relacionada notadamente à articulação das esferas do governo em seus três níveis (Federal, Estadual e Municipal), vinculadas ao Ministério da Saúde. Assim:

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

Entre o surgimento do PAISM e a emergência da PNAISM, o cenário foi o de uma busca por mudanças e melhorias no processo. Souto (2008) aponta que uma das principais mudanças a impactar a perspectiva da saúde da mulher foi a ampliação da discussão dos direitos reprodutivos, que passaram a incorporar os direitos性uais. Isso se evidencia notadamente com os eventos seguintes: Encontro sobre

Direitos Reprodutivos de Amsterdã em 1984; Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) em Nairóbi em 1985, em Cairo em 1994 e em Pequim em 1995. Os períodos entre essas conferências são assim descritos pela autora:

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

Observa-se, por meio da citação, que há uma pressão do movimento de mulheres para que a pauta da saúde seja ampliada, podendo-se identificar um movimento instituinte voltado à ampliação das noções referentes à saúde da mulher e contestando sua restrição ao papel materno.

Cerca de 20 anos depois do PAISM, surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (Brasil, 2004a), apresentando as diretrizes que deveriam nortear a atenção, de início apenas no período 2003-2007. Mas tais diretrizes foram ‘revalidadas’ com a Portaria de Consolidação nº 2 (Brasil, 2017), que oferece consistência às Políticas Nacionais de Saúde e toma por referência a PNAISM em sua totalidade.

Segundo consta na apresentação da PNAISM, participaram de sua construção “diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional” (Brasil, 2004a, p. 5).

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

Embora não conceitue o que seriam grupos minoritários, Pogrendinschi (2012) faz referência ao processo

deliberativo das conferências, o qual permite que grupos nem sempre representados nos governos e partidos políticos possam definir suas demandas sem depender dos *lobbies* políticos ou de moedas de troca. Segundo o autor:

Ao permitir que mulheres, índios ou negros afirmem a sua identidade como grupos, por meio do compartilhamento de experiências, perspectivas e valores que transcendem divisões de classe ou cisões ideológicas, as conferências nacionais redefinem o sentido e a prática da igualdade política. As conferências nacionais têm, assim, a habilidade de fazer com que a agregação de preferências individuais resulte, de fato, em escolhas sociais – e, mais do que isso, ao destronarem o pluralismo pelo multiculturalismo e transformarem coletividades historicamente excluídas em sujeitos de direito, as conferências nacionais convertem minorias em maiorias, e fazem de interesses particulares políticas universais (Pogrendinschi, 2012, p. 9).

Talvez o que a PNAISM mais amplie, de início, seja o debate em torno da violência doméstica e violência sexual. Bezerra *et al.* (2018) entendem a violência sexual como uma questão de saúde pública, caracterizando-a como “qualquer ação ou conduta em que o agressor tenha controle sobre a mulher, com a subordinação da sexualidade, envolvendo o exercício sexual, desejo e o ato sexual contra a sua vontade, com o objetivo único de saciar o desejo sexual do agressor”

(p. 2). As violências mencionadas passaram a ser alvo de normas, leis e programas desde 2003, sendo uma das principais a sua criminalização por intermédio da Lei Maria da Penha, de 2006. Todas essas regulamentações, que buscam diminuir as desigualdades entre homens e mulheres, ainda enfrentam dificuldades de implementação e esbarram em questões formativas e culturais (Batista; Schraiber; D'oliveira, 2018). Vale frisar que a violência contra a mulher, em suas variadas formas, é uma preocupação em diversos locais, não sendo uma realidade exclusivamente brasileira.

Outra circunstância que muito afeta as mulheres é a divisão sexual do trabalho. Mesmo depois de anos de tentativas de quebra da visão do homem como provedor e da mulher como mãe e doméstica, essa divisão ainda causa impactos na saúde das mulheres (Giffin, 2002). No texto da PNAISM, menciona-se a influência do trabalho sobre a saúde, apontando que, em relação às mulheres, “os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico” (Brasil, 2004a, p. 9). Nesta linha, Giffin (2002) há muito já apontava uma tendência à feminilização da pobreza, considerando que entre as 1,3 bilhão de pessoas vivendo em situação de pobreza no mundo, 70% eram mulheres – condição essa devida não somente à dificuldade dos homens de ‘proverem’ as famílias, como à

responsabilização das mulheres (principalmente quando há filhos) em arcar com seu sustento quando o homem se ausenta. Existem, desse modo, impactos sobre o adoecimento, mortalidade e abortamento nas mulheres, o que se acentua quando associado a condições não-hegemônicas de raça, classe, capital cultural, entre outros (Giffin, 2002). Tal apontamento interseccional⁴ é, inclusive, mencionado no PNAISM como realçando a desigualdade (Brasil, 2004). Tudo isso mostra que não se pode falar em saúde, seja em termos de conceitos, seja de práticas, ignorando o capitalismo; mas igualmente convida a uma perspectiva mais nuançada do que aquela que encara as políticas de saúde como mero reflexo de uma infraestrutura econômica. A luta que devemos levar em conta ao abordar essas políticas não se baseia em grupos e classes preestabelecidos, pois tais grupos e classes são também efeitos das próprias lutas (Rodrigues; Francisco, 2016).

Nesse sentido, o panorama que envolve a mulher na sociedade brasileira é apresentado na PNAISM e tem por efeito uma problematização da categoria *vulnerabilidade*:

⁴ A interseccionalidade pode ser entendida como um cruzamento de múltiplas subordinações: sexismo, racismo, patriarcalismo, opressão de classe, transfobia, entre outros, que intensificam as desigualdades (Crenshaw, 2002). Trata-se de uma categoria primordial para entender como ações e políticas podem desencadear, agravar ou atenuar opressões, criando uma rede complexa de interdependências passível de atravessar um mesmo sujeito em múltiplos pontos (Moreira, Broilo, 2022).

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

Parece inegável, neste ponto da apresentação, o quanto as questões de gênero são condicionantes sociais da saúde. Quando falamos de mulheres, essas questões envolvem práticas contraceptivas, de planejamento familiar, segurança e risco de violência, relações de trabalho, entre outras. A preocupação com o tema tem aumentado: as pesquisas no campo da saúde relativas a gênero têm se ampliado desde a década de 1980 (Araújo *Et al.*, 2014), a despeito dos problemas conceituais e metodológicos ligados a tal noção.

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

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

Apesar disso, não está determinado, no documento de 2004, como estabelecer mecanismos de avaliação e acompanhamento, tampouco quais serão os indicadores a utilizar. Isso só será tema do documento “Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM” (Brasil, 2015), que avalia como a política tem sido efetivada em âmbito nacional. Cumpre, nesse sentido, destacar a necessidade de constante reavaliação das políticas públicas para promover as mudanças desejadas (Souza, 2003).

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

Como dito anteriormente, a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

encontra-se, hoje, dentro da Portaria de Consolidação nº 2, que reúne as Políticas Nacionais de Saúde (Brasil, 2017). Porém, originalmente, essa Política para os homens era constituída por dois documentos: os “Princípios e Diretrizes”, lançados em 2008 (Brasil, 2008), e a Portaria Ministerial nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, que “Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (BRASIL, 2009, p. 1). Apenas o último texto faz parte, hoje, da Portaria de Consolidação nº2 (Brasil, 2017), mas, como apontam Lopez e Moreira (2013), ambos servem como referência, pois se complementam.

O processo de construção da PNAISH difere consideravelmente daquele da Política voltada para as mulheres e seu resgate histórico passa pela análise de textos bastante diversificados: “a história da PNAISH não se encontra disponível em um único documento oficial. Antes, encontra-se espalhada e distribuída na literatura científica em alguns poucos textos que discutem a sua construção ou ainda em textos midiáticos que possibilitam maior compreensão deste processo” (Martins; Malamut, 2013, p. 432).

Para caracterizar esse processo histórico precisamos reconhecer inicialmente que, ao contrário da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004a) e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 1984), a PNAISH não teve política ou

programa antecessor específicos. É possível, porém, rastrear algumas ações de saúde nesse sentido. Segundo Martins e Malamut (2013), as taxas de morbimortalidade de homens vêm sendo objeto da Epidemiologia desde o século XVII, com estudos relacionados à maior vulnerabilidade de homens frente à cólera, em Londres. Já as campanhas contra o alcoolismo e as doenças venéreas, como a sífilis, das décadas de 1920 a 1940, protagonizadas por associações como a Liga Brasileira de Saúde Mental, atuavam em locais ditos masculinos, como bordéis, bares e casas de jogo. Propunham-se como formas de higienizar condutas relativas à masculinidade, como a extraconjugalidade, a promiscuidade e a vagabundagem (Carrara; Russo; Faro, 2009. Muller; Birman, 2016. Cesaro; Santos; Silva, 2018).

E é justamente na esteira de campanhas contra doenças sexualmente transmissíveis que surge, de forma pioneira, no Brasil, a Andrologia, entre 1930 e 1940 – uma ciência masculina relacionada a problemas sexuais (Carrara; Russo; Faro, 2009). A Andrologia, porém, passou a ser subordinada à Urologia, tida como a verdadeira ciência do Homem, enquanto a Andrologia cuidaria de aspectos específicos da sexualidade (Muller; Birman, 2016).

Foi a partir da década de 1990, no entanto, com a realização de dois eventos internacionais, que se passou a ressaltar a importância de reconhecer a presença dos homens nas

políticas públicas: em 1994, a Conferência Internacional sobre Desenvolvimento e Populações, em Cairo, e, em 1995, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (Leal; Figueiredo; Nogueira-da-Silva, 2012. Martins; Malamut, 2013). Esses eventos influenciaram a futura PNAISH no Brasil, ao recomendarem o desenvolvimento de políticas de saúde com enfoque em gênero, o que levava em consideração também os homens, portanto.

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

Mas não só de Viagra (e similares) viveu a sexualidade do homem na década seguinte. Os anos 2000 são marcados por intenso protagonismo da Sociedade Brasileira de Urologia na promoção de eventos e campanhas, com foco especial na próstata, e que irão culminar, ao final da década, no surgimento da PNAISH (Cesaro; Santos; Silva, 2018. Hemmi; Baptista; Rezende, 2020).

A principal iniciativa da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), foi a ‘Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem’, de julho a setembro de 2008, tendo por tema a

disfunção erétil. Como justificativa, por sua vez, trazia dados de 2007 do Ministério da Saúde (MS) sobre a quantidade de consultas realizadas por homens com urologistas (2,7 milhões), comparados com a quantidade de consultas realizadas por mulheres com ginecologistas (16,7 milhões) (Carrara; Russo; Faro, 2009).

Entre campanhas da própria SBU e parcerias com instituições de Saúde estatais, a estruturação da PNAISH ocupou boa parte da década de 2000 (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020). No campo acadêmico, teve destaque, em 2005, a edição especial da Revista Ciência & Saúde Coletiva, com o tema “Saúde do Homem: alerta e relevância” (Hemmi; Baptista; Rezende 2020, p. 11). No campo das pactuações, o ‘Pacto pela Saúde’, de 2006, teve forte influência na construção dos objetivos e diretrizes da PNAISH (Fontes *Et a.*; 2011).

Dentro do Ministério da Saúde, alguns pontos chamam atenção quando se procura analisar os eventos ocorridos. O primeiro é a criação, entre 2006 e 2007, da Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH), no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS). Tal área tinha como responsável o psicólogo Eduardo Chackora, sem formação na área de saúde pública, mas com experiência em grupos de homens na forma de consultoria. Por meio de parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a intenção da

ATSH era a de promover um diálogo com a sociedade, buscando a integralidade da atenção. A nomeação de alguém externo ao contexto médico parece ter sido uma estratégia de José Gomes Temporão, na época Secretário de Atenção à Saúde e que assumiria como Ministro da Saúde logo em seguida (2007). O objetivo seria balancear o peso da SBU, mostrando haver “pelo menos duas perspectivas sobre como lidar com a saúde do homem” (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020, p. 13). Ainda em 2007, a ATSH passa por novas inserções e configurações:

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

Apesar de ser médico ginecologista e sexólogo, e de escolher uma equipe com profissionais de Saúde Coletiva, Ricardo Cavalcanti tinha maior aproximação com os interesses da SBU (Da Silva *Et al.*, 2013): “Confundem-se, nesse processo, ‘sexologia’ e ‘sexualidade’ como saberes que

dariam conta de abranger a amplitude do campo de atuação que se propõe uma política de saúde do homem no Brasil” (Muller; Birman, 2016, p. 706). Assim, sob a condução de Cavalcanti foram “realizadas articulações políticas entre a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que passaram a integrar o grupo de discussão desta temática” (Martins; Malamut, 2013, p. 434). Acerca dessa atuação, ressalta-se que:

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

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

O levantamento revelou que as principais causas de adoecimento e morte da população masculina estavam relacionadas com as masculinidades. Diferentemente do

que advogava a SBU, as neoplasias não se apresentavam como principal causa de morte ou de adoecimento, sendo muito mais importantes as causas externas, em especial as decorrentes da violência e doenças cardiovasculares (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020, p. 15).

Entre embates acerca das possibilidades de atuação do Ministério da Saúde, decidiu-se realizar uma série de seminários, com a presença de especialistas das diferentes áreas, a fim de verificar como cada uma delas encarava os problemas de morbimortalidade masculina e de identificar quais seriam as causas da ausência dos homens nos serviços promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Nessa estratégia, adotando os seminários como modelo, o foco para elaborar um projeto político era absorver o conhecimento de especialistas, preterindo-se, com isso, o diálogo mais amplo e a construção coletiva (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020).

Foram realizados cinco seminários, com a participação não só das Sociedades Médicas citadas anteriormente, como de algumas outras, como, por exemplo, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Somente no Seminário referente à Saúde Mental, o primeiro realizado, foram chamadas a participar algumas representações da sociedade civil, como as Organizações Não-Governamentais (ONGs) Promundo e Instituto Papai, e a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis

e Transexuais (ABGLT), além de acadêmicos da área de saúde e masculinidades (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020). Os seminários subsequentes abordaram temas estritamente médicos, como “hiperplasia prostática benigna, câncer de próstata e de pênis, planejamento familiar masculino e medicina sexual; seguido dos seminários com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, com a Federação Brasileira de Gastroenterologia e com a Sociedade de Pneumologia e Tisiologia” (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020, p. 18).

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

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

Desses eventos surgiu uma proposta de texto base para a PNAISH. Em 2008 é lançada, para consulta pública, a primeira versão do documento, ficando a cargo de Cavalcanti e Chakora a consolidação das sugestões e a apresentação da versão final. Quando lançada, esta última foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e promulgada com a portaria ministerial citada anteriormente, em 2009 (Carrara; Russo; Faro, 2009. Leal; Figueiredo; Nogueira-da-Silva, 2012. Moura; Lima; Urdaneta, 2012. Martins; Malamut, 2013. Hemmi; Baptista; Rezende, 2020)

O texto final resultante, apesar de definido como consensual, constituía uma espécie de acomodação de entendimentos divergentes sobre a saúde masculina. Por parte das sociedades médicas, haveria doenças específicas a serem combatidas e necessidade de criar mecanismos para seu tratamento; por parte da Saúde Coletiva, sociedade civil e acadêmicos, seria prioritária a ênfase na Atenção Primária, na organização do SUS e em uma leitura que trouxesse “as causas externas, gênero, masculinidade e aspectos sociais como principais problemas a serem enfrentados” (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020, p. 21).

Mediante a aparentemente objetiva ‘Atenção’ à Saúde do homem se faziam presentes os interesses das diferentes instituições envolvidas. Para a SBU, “estavam em jogo questões corporativas, como o valor dos honorários pagos ao urologista pelo SUS ou a obrigatoriedade de os urologistas vinculados ao SUS serem credenciados pela

sociedade” (Carrara; Russo; Faro, 2009, p. 663). Por parte do Ministério da Saúde, buscava-se desonerar os serviços, visto que a porta de entrada dos homens tem sido a atenção secundária, uma vez que só procuram atendimento em casos de agravos já estabelecidos ou emergências (Santos; Nardi, 2014). Cria-se, na tensão entre essas forças e interesses, o mecanismo da PNAISH, que chama o homem a ser responsável pela própria saúde e a se inserir na Atenção Primária para prevenção de doenças e promoção da Saúde, sem deixar de privilegiar, contudo, a visão tradicional de saúde (como oposição a doença), ao trazer à tona toda a sorte de enfermidades que demandam urologistas, ou seja, médicos do homem, para atendê-las (Schwarz, 2012. Martins; Malamut, 2013).

Percebe-se, com isso, que a PNAISH não surge de uma demanda da população de homens, como havia sido o caso da PNAISM, que contara com a articulação das mulheres em movimentos pela busca de equidade em saúde. A PNAISH emerge, predominantemente, de uma decisão política, gestada entre Governo (formuladores e executores da política) e saber biomédico, com vistas à medicalização dos corpos masculinos. E isso sem que os sujeitos de destino da política sequer participassem da sua formulação e implementação (Carrara; Russo; Faro, 2009. Schwarz, 2012. Martins; Malamut, 2013). Promove-se, portanto, um processo de construção “em nome dos homens” (Martins;

Malamut, 2013, p. 437) e para “salvar os homens de si mesmos” (Carrara; Russo; Faro, 2009, p. 668).

Há que se ter em mente também que a população ‘masculina’ é vista em seus atravessamentos com outras políticas nacionais, em especial a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISA) – devido à importância desse período da vida para o afloramento da sexualidade e para a imersão nos estereótipos de masculinidade (Lopez; Moreira, 2013) – e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade – uma vez que são os homens os principais ‘contemplados’ por esta, passando pelos instrumentos de disciplinarização prisional para a ampliação da masculinidade como forma, inclusive, de sobrevivência (Santos; Nardi, 2014).⁵

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

Assim como ocorreu com a PNAISH, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) está hoje incluída na Portaria de Consolidação n.º 2 (BRASIL, 2017) e tampouco tem uma política

⁵ Embora a Política para Pessoas em Privação de Liberdade seja tema de nosso interesse, é aqui mencionada somente para mostrar como os gêneros podem se espalhar (rizomaticamente) por diferentes políticas.

a antecedê-la. A história de políticas públicas para a população LGBTQIA+, no entanto, decerto não é tão recente assim.

Antes de abordar essa história, cumpre ressaltar aspectos ligados à sigla. No Brasil, conforme definido na I Conferência Nacional LGBT de 2008, a sigla usada para definir Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais passou a ser LGBT – alterando a anterior, GLBT, de forma a incluir outros protagonismos além do masculino (Laurentino, 2015). Alguns pesquisadores, inclusive, utilizam a alternância na ordem das letras para demarcar que não existem hierarquizações ou identidades prioritárias dentro do movimento (Mello, Maroja, Brito, 2010b). Existiram variações nas siglas ao longo das décadas, sendo que durante muito tempo GLS (Gay, Lésbicas e simpatizantes) foi a mais usada; a demanda de reconhecimento por novas identidades, entretanto, é constante (Broilo; Akerman, 2015). Para o presente artigo, optou-se pelo uso da sigla LGBTQIA+ por ser a utilizada pelo governo federal desde 2024, ainda que já existam outras variações como LGBTQIAPN+.

As Políticas Públicas de Saúde e a população LGBTQIA+ brasileira têm como principal ponto de articulação histórica a epidemia de HIV/AIDS (Cardoso; Ferro, 2012). Após a despatologização da homossexualidade nos manuais diagnósticos de saúde, como o Código Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

(DSM), ocorrida nos anos 1970, a epidemia de HIV/AIDS, nas duas décadas subsequentes, teve, segundo Miskolci (2011), o papel de ‘repatologizar’ a homossexualidade. Essa epidemia também gerou as primeiras iniciativas de ações de saúde com vistas ao seu enfrentamento. Segundo Perillo, Pedrosa e Mello (2010a), no Brasil, tal combate tem início com a criação do Programa Nacional de DST e AIDS, vinculado ao Ministério da Saúde, em 1986. Posteriormente, esse programa tornou-se o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST⁶, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, e desde 2019 integra o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde⁷. Com a Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 que “dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS” (Brasil, 1996), o país se colocou na vanguarda do atendimento a pessoas vivendo com HIV e pacientes de AIDS no

-
- 6 Aponta-se aqui para a mudança ocorrida, posteriormente à publicação destas políticas, de DST para IST, substituindo o termo Doenças pelo mais apropriado Infecções.
 - 7 Essa mudança gerou muita discussão quando da sua ocorrência, uma vez que significava a diluição dos esforços brasileiros referentes à epidemia de HIV/AIDS, referência mundial de prevenção e tratamento, em um departamento maior e mais genérico. Ocorreu em meio às ações de remodelação do então presidente Jair Bolsonaro, logo no início do seu mandato, sob o argumento de limitar gastos do governo reduzindo ministérios, secretarias e departamentos, porém dentro de uma abordagem implicitamente conservadora e moralizante do olhar sobre essas doenças (Agostini Et al., 2019).

mundo. Para tanto, contou com a intensa (e imprescindível) participação do movimento LGBTQIA+.

Da resposta ao HIV/AIDS até os dias atuais, houve tentativas de ampliar as ações de saúde, com vistas à universalidade, equidade e integralidade previstas pelo SUS (Perillo; Pedrosa, 2010. Mello *Et al.*, 2011. Cardoso, Ferro, 2012). O ano de 2004 é reconhecido como um marco para as Políticas Públicas LGBTQIA+ devido ao lançamento do programa nacional ‘Brasil sem Homofobia’ (BSB) (Brasil, 2004b), de acordo com diversos autores pesquisados (Albuquerque *Et al.*, 2013; Lionço, 2008; Mello, Brito, Maroja 2010a; Mello *Et al.*, 2011; Perillo, Pedrosa, Mello, 2010), embora o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-2), de 2002, já fizesse menção às ações relativas à diversidade sexual (Mello, Brito, Maroja, 2012).

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

exibe as diferenças de interesses e as pressões envolvidas na criação de cada uma dessas políticas.

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

Em 2007 foram lançados dois planos de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS, sendo um deles dedicado ao combate à feminilização da doença (Brasil, 2007a), voltado a mulheres *cis* e *trans*, independente da orientação sexual, enquanto o outro se destinava a gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis (Brasil, 2007b) – uma primeira demonstração das diferenciações existentes no entendimento de algumas identidades não *cis*-gêneras (Mello *Et al.*, 2011. Laurentino, 2015). Ainda em 2007, ocorreu o “Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT” promovido pelo “Comitê Técnico de Saúde da população GLBT” em parceria com o Movimento Social, a fim de discutir a saúde da população LGBTQIA+ (Laurentino, 2015).

Já o ano de 2008 foi palco da 1^a Conferência Nacional LGBT, bem como de seus precedentes municipais e municipais/regionais, da primeira consulta pública para o texto da PNSILGBT e das portarias referentes ao processo

transexualizador “visando garantir às mulheres transexuais, o tratamento adequado no sistema público de saúde para o processo transexualizador, e credenciando os hospitais com expertise ambulatorial e cirúrgica habilitados para este procedimento” (Laurentino, 2015, p. 37). O processo transexualizador inclui uma série de procedimentos médicos (como cirurgia de redesignação de gênero e implante ou retirada de mamas) e farmacológicos (hormonização), bem como o acompanhamento por equipe multiprofissional pré e pós acesso aos procedimentos, com vistas à população trans e travesti. Laurentino (2015) ainda aponta a 13^a Conferência Nacional de Saúde e o lançamento do ‘Programa Mais Saúde – Direito de Todos’ como acontecimentos relevantes do ano de 2008 por levarem em conta ações voltadas à população LGBTQIA+.

Em 2009, ocorreu a criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT (CISPLGBT) e o lançamento do PNDH-3, sendo algumas de suas ações voltadas à população LGBTQIA+. Porém a grande contribuição do ano foi a aprovação do PNSILGBT pelo Conselho Nacional de Saúde, o que abriu a oportunidade para seu lançamento no ano seguinte. Em 2010, entretanto, ainda não tinha sido realizada a pactuação com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e não fora publicada portaria específica para a política. Apenas em 2011, com a Portaria MS 2979 (BRASIL,

2011), promulgada pela Presidenta Dilma Rousseff, houve a garantia de recursos para a implantação da PNSILGBT nos estados, municípios e Distrito Federal (Laurentino, 2015). “O ano de 2012 foi um ano de organização para que as ações do Plano Operativo da PNSILGBT pudessem ser implementadas. Foram organizadas ações de fortalecimento tanto do Movimento Social, quanto de gestões estaduais e municipais de saúde para a implementação da PNSILGBT” (Laurentino, 2015, p. 40).

Em 2013 há uma reimpressão do documento da PNSILGBT (BRASIL, 2013), utilizado para as análises do presente artigo, somado ao que consta da Portaria de Consolidação nº 2 (Brasil, 2017) e da Portaria MS nº 2979/2011. Dessa forma, desde o programa Brasil sem Homofobia até o surgimento da PNSILGBT, houve quase uma década de disputas e tensões para se avançar em propostas de saúde LGBTQIA+.

Considerações Finais

Apesar de não esgotarmos a discussão e análise da construção dos documentos de cada uma das três políticas, o que percebemos mediante esse recorte histórico é que os interesses envolvidos partem de diferentes lugares e vão envolver as populações-alvo em disputas que assumem diferentes formas. Todas essas políticas, apesar de ‘revalidadas’ em 2017, têm esbarrado em retrocessos democráticos,

binarismos e cisheteronormatividade, que escancaram a forma como têm sido genderificadas. É inegável que todas elas, ao seu tempo e modo, constituem avanços na discussão sobre a temática, na sociedade brasileira.

Pudemos perceber que a PNAISH não surge de uma demanda da sociedade civil organizada, diferentemente das demais. Na PNAISM e na PNSILGBT, há um histórico de décadas de reivindicação e construção de Políticas de Saúde. Seja em função de um programa anterior, como no caso das Mulheres, seja em função das demandas ligadas à epidemia de HIV/AIDS, no caso de LGBTQIA+, as políticas foram construídas em permanente interrelação com a movimentação da sociedade e a participação nas conferências gerais e específicas de Saúde. A PNAISH, contudo, surge ‘de cima para baixo’, atendendo interesses de sociedades médicas, especialmente a Urologia, assim como do intuito do Ministério da Saúde de reduzir gastos com os serviços de urgência e emergência a que os Homens mais se vinculam. Mesmo o tempo para a construção da PNAISH foi consideravelmente mais curto, se comparado às demais políticas. Entre a criação da Área Técnica de Saúde do Homem no Ministério da Saúde e a promulgação da PNAISH passaram-se apenas três anos, enquanto que entre o PAISM e a PNAISM decorreram 20 anos (e já se passaram quase 20 outros anos, desde a criação da última).

Sabendo-se que divergências não estavam ausentes dos debates em torno da PNAISH, como já explicitado, é possível concluir que conflitos ‘no topo’ se resolvem rapidamente, visto que nesse caso parece ser mais relevante não dar margem a insurreições na base do que exercer predomínios absolutos sobre aqueles que, ao fim e ao cabo, são aliados na implantação de controles de corpos e/ou populações.

Desde o golpe democrático de 2016, que resultou no *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, a participação social na efetivação de políticas tem sido cada vez menor, o que tem quase impossibilitado que a discussão de gênero seja ampliada na saúde e fuja dos estereótipos. No caso da população LGBTQIA+, deveríamos ter realizado conferências específicas em 2019 e já estaríamos nos preparando para uma nova, em 2023. Porém desde 2015 estamos sem as conferências e sem revisar ou ampliar demandas. Vale frisar que pessoas transmasculinas e intersexo precisam ser incluídas urgentemente na PNSILGBT e/ou em outras políticas públicas.

Além disso, a implementação de todas essas políticas passa por uma série de impasses operacionais que, embora não sejam o foco da análise aqui apresentada, visto que nos debruçamos sobre os textos, é um dificultador em transformar o proposto em efetivo cuidado da população. Entendemos que tais políticas são tecnologias biopolíticas de

disciplinarização e regulação da sexualidade, fundadas na duplicidade do corpo como individual e social, mostrando cuidados com a capacidade de reprodução, que entendem competir à Mulher, e com a virilidade, atribuída ao Homem. Estabelecem-se normas, “nessa tecnologia de poder que tem como objeto e como objetivo a vida” (Foucault, 2005, p. 303), em forma de objetivos, princípios, diretrizes, analisadas e monitoradas por indicadores, a fim de fazer viver, mas também deixando morrer, seja física, seja politicamente. Um grande exemplo dos impasses operados está na questão do aborto em casos de violência sexual (estupro), que, apesar de legalmente previsto, tem encontrado entraves na moralidade religiosa de nossa sociedade – intensificada e inclusive promovida pelo atual titular do poder executivo, exibindo novamente os retrocessos presentes no período histórico que se segue ao golpe democrático e às eleições de 2018.

No final das contas, o que as Políticas demonstram fazer é basear a Saúde em gêneros binários, cis e heterossexuais, para fins reprodutivos, notadamente quando falam de Mulheres e Homens. A PNAISM não simplesmente ‘descrêve’ a Mulher brasileira. Ela a cria! Com objetivos, com dados, com indicadores, com perfis. O mesmo pode ser dito da PNAISH e do Homem. E vale dizer ficamos limitados ao discurso das políticas, sem sequer acessar a caixa de Pandora que é o financiamento do SUS.

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

A integralidade do atendimento deveria levar em consideração uma série de aspectos sobre gênero (e sexualidade) para escapar dos lugares comuns, dos estereótipos e dos preconceitos. Caso contrário, nada mais é do que um nome sedutor para o controle biopolítico de corpos e populações. E não adianta, para tanto, ficar limitado à formação em ‘ciências da saúde’, porque quem vai tratar com desrespeito ou vai barrar o acesso das pessoas não-hegemônicas no ‘postinho’ ou na emergência é a linha de frente, com seu ‘terceirizado’.

O que apresentamos aqui é simplesmente um pedaço, um ínfimo de tudo aquilo que precisamos discutir. E é uma discussão urgente, pois, nos próximos anos, assim que

acabar o desgoverno e ingressarmos em uma democracia (que assim seja!), por mais que bastante limitada, precisaremos retomar, rever e lutar por invenções ético-políticas. Pois hoje, o que se encontra nessas Políticas voltadas a públicos definidos por gênero são elementos e dispositivos para a estruturação, a permanência e a manutenção de um “Cis-tema Único de Saúde”. Urge, pois, ‘trans-formar’ o SUS para efetivar universalidade, integralidade e equidade que não sejam meros poderes exercidos com outros nomes.

Agradecimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Referências bibliográficas

- AGOSTINI, Rafael; *et al.* A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4599-4604, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204599&lng=en&nrm-iso. Acesso em 28 de janeiro de 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>.
- ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; *et al.* Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, setembro de 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300015&lng=en&nrm=iso. Acessado em 28 de janeiro de 2022.
- ARAUJO, Mércio Gabriel de; *et al.* Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 682-689, dezembro de 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400682&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2022. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140097>.
- BATISTA, Karina Barros Calife; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00140017, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000805011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 de novembro de 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00140017>.

BEZERRA, Juliana da Fonseca; et al. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, 31(1), 1-12, jan./mar., 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6544/pdf>. Acesso em 27 de fevereiro de 2022. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6544>

BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. (Série B – Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em 26 de novembro de 2021.

_____. **Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 16 de novembro de 2021.

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

_____. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemiia da Aids e outras DST.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids – Brasília: 2007a, 32 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

_____. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemiia de Aids e DST entre Gays, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids – Brasília: 2007b, 37 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_epidemia_aids_hsh.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: 2008, 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

_____. **Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em 26 de janeiro de 2022.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp., 2013, 36 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lebicas_gays.pdf. Acesso em 30 de novembro de 2021.

_____. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM.** Presidência da República, Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnmpm-versaoweb.pdf. Acesso em 19 de fevereiro de 2022.

_____. **Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017:** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudedelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 16 de novembro de 2021.

BROILO, Rodrigo; AKERMAN, Jacques. Políticas Públicas de Saúde para a População LGBT no Brasil: Identidades sexuais e novas zonas de exclusão. **Revista Cadernos de Gênero e Diversidade**, UFBA, volume 1, n.º 1, p. 232 – 250, 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendif/article/view/13571/11004>. Acesso em 28 de janeiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.9771/cgd.v1i1.13571>

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

CARDOSO, Michelle Rodrigo; FERRO, Luís Felipe. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, n.º 32, v. 3, p. 552-563, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282024793003>. Acesso em 27 de janeiro de 2022.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de jan. de 2022. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300006>.

CESARO, Bruna Campos De; SANTOS, Helen Barbosa dos; SILVA, Francisco Norberto Moreira da. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**, v. 42, e119, p. 1-5, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49562/v42e1192018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 11 janeiro 2022. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>.

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, janeiro de 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 de maio de 2021.

DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira; et al. Política de atención a la salud del hombre en Brasil y los retos de su implantación: una revisión integrativa. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 32, p. 381-413, outubro de 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400024&lng=es&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismos em Duelo. **Cadernos Pagu**, Campina, nº 17/18, p. 9-79, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n17-18/n17a02>. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

FONTES, Wilma Dias de; *et al.* Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de jan. 2022. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300020>.

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

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e eqüidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 103-112, 2002. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2002.v18suppl0/S103-S112/pt>. Acesso em 16 de novembro de 2021.

HEMMI, Ana Paula Azevedo; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; REZENDE, Mônica de. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 03, e300321, p. 1-28, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/78gHj7nfmyd8wy6Qbm3nvQt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 11 de janeiro 2022. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>.

LAURENTINO, Arnaldo Cezar Nogueira. **Políticas públicas de saúde para população LGBT:** da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. 2015. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12194>. Acesso em 23 de janeiro de 2022.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibele. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH),

desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, outubro de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2022. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>.

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

LOPEZ, Silvia Brâna; MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 743-752, março de 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2022. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300020>.

MARTINS, Alberto Mesaque; MALAMUT, Bernardo Salles. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ausoc/2013.v22n2/429-440/pt>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

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

Acesso em 16 de novembro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 39, p. 403-429, dezembro de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332012000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 de janeiro de 2022. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332012000200014>.

MELLO, Luiz; MAROJA, Daniela; BRITO, Walderes. Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil: Um Mapeamento Crítico Preliminar. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**. UFSC. 23 a 26 de agosto, 2010a. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277347233_ARQUIVO_PPLGBT-FG2010.pdf. Acessado em 27 de janeiro de 2022.

Políticas PÚblicas para População LGBT no Brasil: apontamentos gerais de uma pesquisa inacabável. In: MELLO, Luiz (org.). **Políticas PÚblicas para a população LGBT no Brasil: um mapeamento crítico preliminar**. Relatório de pesquisa. Goiânia: UFG, Faculdade de Ciências Sociais, Ser-Tão, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade. p. 21-60, 2010b. Disponível em: https://portais.ufg.br/up/16/o/Texto_2_-_Geral_-_versao_final.pdf. Acessado em 28 de janeiro de 2022.

MELLO, Luiz; et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, dezembro de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

MISKOLCI, Richard. Não ao sexo rei: da estética da existência foucaultiana à política queer. In: SOUSA, Luis Antonio Francisco; SABATINE, Thiago Teixeira; MAGALHÃES, Bóris Ribeiro de (Orgs.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011, p. 47-68.
Disponível em: http://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/foucault_book.pdf. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

MOURA, Erly Catarina de; LIMA, Aline Maria Peixoto; URDANETA, Margarita. Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2597-2606, outubro de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 de janeiro de 2022. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000009>.

MOREIRA, Deborah Souza; BROILO, Rodrigo. Quando a casa é o armário: Implicações da Pandemia de COVID-19 sobre a população LGBTI. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 138-155, 2022.
Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/mnemosine/article/view/66392>. Acesso em 10 de maio de 2022. <https://doi.org/10.12957/mnemosine.2022.66392>

MULLER, Rita Flores; BIRMAN, Joel. Negociando saberes e poderes: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e a Sociedade Brasileira de Urologia. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 703-717, setembro de 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000300703&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2022. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000011>.

PERILO, Marcelo; PEDROSA, Cláudio. Certos sujeitos, determinados desejos: das políticas de saúde para a população LGBT no

Brasil. In: **Anais do Congresso Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**, UFSC, 23 a 26 de agosto de 2010, p. 1-8. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278270277_ARQUIVO_PeriloePedrosa,Saude,FG9.pdf. Acesso em 16 de agosto de 2021.

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

POGREBINSCHI, Thamy. **Conferências Nacionais e Políticas Públicas para grupos minoritários**. Texto para discussão – 1741. IPEA - Rio de Janeiro, p. 1-48, junho de 2012. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1741.pdf. Acesso em 30 de novembro de 2021.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; FRANCISCO, Alessandro. Foucault nas lutas estratégicas no campo da saúde. **Revista Ecopolítica**, São Paulo, n. 15, pp. 37-55, maio-agosto de 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/29471/20570>. Acesso em 16 de novembro de 2021.

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

SCHWARZ, Eduardo. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2581-2583, outubro de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2022. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000004>.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, junho de 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de janeiro de 2022. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. 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, 2008. Disponível em https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950. Acesso em 19 de fevereiro de 2022.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, vol. 16, nº 39, p. 11-24, 2003. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/18743/12116>>. Acesso em 30 de novembro de 2021.

ZOCCHE, Denise Antunes de Azambuja; et al. Percepções de enfermeiros acerca da integralidade da atenção à saúde feminina. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 11 (suplementar), p. 4758-4766, outubro de 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231219/25235>. Acesso em 16 de novembro de 2021. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231219p4757-4766-2017>.