

UM OLHAR (DE)GENERADO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT

Rodrigo Broilo

*Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ. Bolsista CAPES.
rbroilo@gmail.com*

Heliana de Barros Conde Rodrigues

*Orientadora. Professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e
Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ.
helianaconde@uol.com.br*

Simpósio Temático nº 37 – Saúde Coletiva e estudos queer

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (PNSILGBT) surge em 2011, depois de muitas negociações entre a sociedade civil e o poder público, com o objetivo de promover a integralidade do cuidado para a população LGBTQIA+. Muito se discute desde então sobre sua efetividade. No trabalho aqui apresentado, que é um recorte da pesquisa maior, desenvolvida durante o mestrado, sobre como as noções de gênero operam dentro dos documentos das Políticas Públicas de Saúde Integral, busca-se focalizar especificamente a PNSILGBT. Com base nas noções de biopoder, heteronormatividade, identidade e diferença, fundamentadas em Foucault e na teoria *queer*, intenciona-se demonstrar como discursos normatizados sobre o que é ser LGBTQIA+ são propagados e reforçados através da linguagem presente no documento da PNSILGBT. Homens e mulheres cisgêneros e heterossexuais são estabelecidos como o referencial e o “normal”, enquanto pessoas LGBTQIA+ são os “outros”, abjetos e anormais. Sem tentar esgotar qualquer discussão, queremos, com esse trabalho, agregar matizes ao arcabouço teórico e demonstrar como a saúde de LGBTQIA+s vem sendo construída como uma política *cis*-heteronormativa, mesmo em face dos avanços conquistados em termos de direitos.

Palavras-chave: políticas públicas, saúde, LGBTQIA+, heteronormatividade, *queer*.

ABSTRACT

The National Comprehensive Health Policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transsexuals and Transvestites (PNSILGBT) emerged in 2011 after many negotiations between civil society and government, with the aim of promoting comprehensive care for the LGBTQIA+ population. Much has been discussed since then about its effectiveness. In this work presented here, which is an excerpt from the larger research developed during the master's degree on how the notions of gender operate within the documents of Public

Policies for Integral Health, we seek to focus on this policy. Based on the notions of biopower, heteronormativity, identity and difference, based on Foucault and on queer theory, it is intended to demonstrate how standardized discourses about what it means to be LGBTQIA+ are propagated and reinforced through the language present in the PNSILGBT document. Cis-gender and heterosexual men and women are established as the benchmark and the “normal”, while LGBTQIA+ people are the “others”, abject and abnormal. Without trying to exhaust any discussion, we want with this work to add to the theoretical framework and demonstrate how the health of LGBTQIA+s has been constructed as a cis-heteronormative policy, even in a phase of advances achieved in terms of rights.

Keywords: public policies, health, LGBTQIA+, heteronormativity, queer.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é um recorte da pesquisa de mestrado¹ que vem sendo realizada desde 2020 no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob orientação da Profa. Dra. Heliana de Barros Conde Rodrigues. Nesta pesquisa, busco avaliar como o gênero atravessa rizomaticamente as Políticas Nacionais de Saúde Integral que são destinadas a públicos marcados por gêneros. Atualmente são três as políticas com essas características, em 2017 reunidas na Portaria de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017), que consolida as políticas nacionais de saúde: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM de 2004 (BRASIL, 2004) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH de 2008 (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 de 2011 (BRASIL, 2013²) na Seção IV, de “Políticas de Promoção da Equidade em Saúde”. A pesquisa maior tem por metodologia uma associação de procedimentos - pesquisa bibliográfica, análise documental e análise crítica do discurso - como forma de cartografar o gênero nos documentos mencionados. Neste trabalho em particular, busco apresentar um olhar sobre a PNSILGBT e no fato de a mesma se apresentar como uma política da diferença, mesmo que marcada por questões identitárias, bem como por noções associadas ao biopoder e à heteronormatividade.

DESENVOLVIMENTO

Antes de iniciar o resgate histórico do surgimento da PNSILGBT, é importante ressaltar um aspecto sobre a 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 aumentar outros protagonismos além do masculino (LAURENTINO, 2015). Alguns pesquisadores, inclusive, utilizam a alternância na ordem das letras na construção da sigla para demarcar que não existem hierarquizações ou identidades prioritárias dentro do movimento (MELLO, MAROJA, BRITO, 2010a). Existiram diversas variações nas siglas ao longo das décadas, sendo que durante muito tempo GLS (Gay, Lésbicas e simpatizantes) era a mais usada; porém a demanda de reconhecimento por novas identidades é constante (BROILO; AKERMAN, 2015). Opto pelo uso da sigla LGBTI³, utilizada tanto pela *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association* (ILGA) como pela Organização dos Estados Americanos (OEA), bem como nacionalmente pela ABGLT (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos), como forma de dar visibilidade também à população Intersexo, que tem suas demandas específicas em relação a gênero, sexualidade e direito ao próprio corpo, e que ainda é pouco visibilizada (FAUSTO-STERLING, 2002).

A história da relação entre Políticas Públicas de Saúde e a população LGBTI brasileira tem como ponto em comum a epidemia de HIV/AIDS, a partir da década de 1980 (CARDOSO; FERRO, 2012). Após a despatologização da homossexualidade nos manuais diagnósticos de saúde, como o CID e o DSM a partir de 1970, a epidemia de HIV/AIDS, nas décadas de 1980 e 1990, teve, segundo Miskolci (2011), o papel de repatologizar a homossexualidade. Essa epidemia também gerou as primeiras iniciativas de ações de saúde com vistas ao seu enfrentamento. Segundo Perillo, Pedrosa e Mello (2010), no Brasil, o combate à AIDS tem início com a criação do Programa Nacional de DST e Aids, vinculado ao Ministério da Saúde, em 1986. Posteriormente esse programa tornou-se o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, e integra o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde desde 2019⁴. Com a Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que “dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS” (BRASIL, 1996), o país se

colocou na vanguarda do atendimento a pessoas vivendo com HIV e pacientes de AIDS no mundo, e para isso teve a participação do movimento LGBTI.

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

Porém, para o surgimento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (BRASIL, 2013), foram necessárias ainda outras ações. Laurentino (2015) aponta que, associado ao Programa Brasil sem Homofobia e ao lançamento da PNAISM, o ano de 2004 viu nascer o Comitê Técnico de Saúde da População GLTB dentro do Ministério da Saúde, com vistas a criar a futura PNSILGBT.

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

Em 2007 ocorre o lançamento de dois planos de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS, sendo um deles dedicado ao combate à feminilização da doença, para mulheres *cis* e *trans*, independente da orientação sexual, enquanto o outro é destinado para gays, homens que fazem sexo com homens (HSH) e travestis (MELLO *ET AL.*, 2011. LAURENTINO, 2015). Ainda em 2007, realizou-se o “Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT”, promovido pelo “Comitê Técnico de Saúde da população GLBT” em parceria com o Movimento Social, a fim de discutir a saúde da população LGBTI (LAURENTINO, 2015).

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

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

O ano de 2009 é o da criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População LGBT (CISPLGBT) e do lançamento do Programa Nacional de Direitos Humanos 3 (PNDH-3), também com algumas das suas ações voltadas a população LGBTI. Porém a grande contribuição deste ano foi a aprovação do PNSILGBT pelo Conselho Nacional de Saúde, que abriu a oportunidade para o seu lançamento em 2010. Em 2010, porém, 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, promulgada pela Presidenta Dilma Roussef, é que há a garantia de recursos para implantação da PNSILGBT nos estados, municípios e Distrito Federal (LAURENTINO, 2015).

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

Em 2013, há uma reimpressão do documento da PNSILGBT que é o utilizado para a análise desta pesquisa (BRASIL, 2013), assim como o constante na Portaria de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017).

Exposto o contexto histórico em que surge este documento, é possível então atentar para o documento em si. Opto por iniciar a análise pelo objetivo geral da política:

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

Com este objetivo, a Política enuncia o seu público alvo elencando as identidades às quais se destina e determinando de que forma busca conseguir “promover a saúde integral” dessa população, ou seja: atuando em preconceitos, discriminações e desigualdades. Essa enunciação de sujeitos também acontece em alguns objetivos específicos, como por exemplo os objetivos XII e XIII, que vão dizer da prevenção das neoplasias ginecológicas e de próstata, respectivamente. Nestes objetivos são descritas as identidades a que se destina a prevenção: lésbicas e mulheres bissexuais nos cânceres ginecológicos; gays, homens bissexuais, travestis e transexuais nos cânceres de próstata. Não há menção, neste momento, de que há homens trans que podem também ser acometidos por neoplasias cérvico-uterinas. A categoria ‘transexuais’ é entendida aqui como ‘mulheres transexuais’ apenas. Além disso, não há menção às pessoas intersexo em nenhum dos objetivos especificados, tampouco em outra parte da política. Dessa forma é que a PNSILGBT se estrutura como uma política identitária, ou seja, com base na especificação de sujeitos definidos por características estanques e finalizadas, excluindo, assim, a inclusão de outras formas possíveis ou posteriores⁵ de identificações de gênero e sexualidade, e gerando zonas de exclusão (BROILO; AKERMAN, 2015). Isso também tem relação com a ideia de igualdade apontada por Colling (2013, p. 408):

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

O autor ainda defende que seria necessário priorizar políticas da diferença que:

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

Atualmente no Brasil, quando falamos da política para LGBTIs, estamos falando dos “outros” do binarismo homem-mulher, e constantemente verificamos questões de cis-heteronormatividade:

A condição de LGBT incorre em hábitos corporais ou mesmo práticas sexuais que podem guardar alguma relação com o grau de vulnerabilidade destas pessoas. No entanto, o maior e mais profundo sofrimento é aquele decorrente da discriminação e preconceito. São as repercussões e as consequências destes preconceitos que compõem o principal objeto desta Política (BRASIL, 2013, p. 16).

Divisamos aqui a naturalização de uma condição LGBTI como aquela que incorre em hábitos corporais, ou mesmo em práticas sexuais (não especificadas) que seriam possíveis condições de vulnerabilidade das pessoas que se identificam como pertencentes à ampla variedade de identidades incluídas na insuficiente sigla LGBTI. Segundo o texto em análise, há uma relação de causalidade entre ser LGBTI, realizar determinadas práticas corporais e sexuais, e estar em vulnerabilidade. Porém só a vulnerabilidade aparece situada na esfera da possibilidade, enquanto as práticas corporais e sexuais são uma direta “incorrência”. Cumpre não só problematizar a existência de uma, e única, condição LGBTI, dentre tantas identidades que compõem a sigla, como indagar se é essa condição que determina os ditos hábitos corporais e práticas sexuais que podem gerar vulnerabilidade. De qualquer forma, o objeto da Política, segundo sua própria formulação, são as consequências e repercussões decorrentes do preconceito e da discriminação. A que ponto a primeira frase da citação simplesmente ilustra a segunda?

Outro exemplo é a Diretriz número V, constante no artigo 3º:

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

Suscitam-se aí questões que ficam ainda sem resposta: O que é uma inadequação de identidade? Isso existe? Por qual motivo aparece relacionada às pessoas trans e travestis? Será que a política confundiu disforia de gênero com inadequação de identidade? Ou será que ela considera pessoas trans e travestis como uma inadequação de identidade?

Estas discussões remetem às relações de saber-poder e, inclusive, a indagar, com Foucault, o quanto as próprias políticas constituem dispositivos de biopoder:

de um lado, a sexualidade, enquanto comportamento exatamente corporal, depende de um controle disciplinar, individualizante, em

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

Percebe-se que na relação estabelecida com os corpos surgem, nas políticas, tentativas de regulação através dos discursos, enquadrando-os entre homens e mulheres, delimitando quais características são inerentes a cada uma dessas identidades e varrendo para uma “condição” LGBTI as demais possibilidades. Reafirma-se assim uma eterna oposição entre a cis-heteronormatividade e o *queer* (abjeto) para a construção de uma ordem social onde o cis-hetero não só é o normal, mas o natural, enquanto os demais são patológicos (MISKOLCI, 2009. SPARGO, 2017).

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

O surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (BRASIL, 2013) em 2011 não refletiu na PNAISM (BRASIL, 2004) ou na PNAISH (BRASIL, 2008), nem mesmo em uma revisão. Além disso, nos planos nacionais de enfrentamento ao HIV/AIDS, mulheres trans e travestis encontram-se em planos separados, pois, baseados em entendimentos médico-biológicos e não em subjetivos e sociais, travestis são consideradas como homens e é negado a elas o reconhecimento como mulheres. (SAMPAIO; GERMANO, 2014. BROILO; AKERMAN, 2015). Nota-se também que homens heterossexuais não estão contemplados em nenhum dos planos. Isso corrobora a visão tanto do homem cisheterossexual como hegemônico e invulnerável, presente na construção da PNAISH, quanto a perpetuação da ideia de que ISTs são possibilidades apenas em práticas não-heterossexuais.

A pesquisa ainda está em andamento; porém o que se percebe é que a construção identitária da PNSILGBT limita a ampliação do atendimento ao definir identidades que serão atendidas, identidades essas marcadas por noções binaristas e cis-heteronormativas,

que as definem, conseqüentemente, apenas entre homens e mulheres, homo e heterossexuais, cis e trans. No intuito de concretizar os princípios de integralidade, universalidade e equidade do SUS, é preciso pensar em maneiras outras de identificar e viver os gêneros e as sexualidades, de modo que novas formas dos mesmos, que possam aparecer ou se desenvolver, estejam também incluídas.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

_____. **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/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 16 de novembro de 2020.

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

CARDOSO, Michelle Rodrigo; FERRO, Luís Felipe. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2012, n.º 32 (3), p. 552-563. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282024793003>>. Acesso em 27 de janeiro de 2021.

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

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

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

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

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. Junho 2008. Vol. 17, n.º 2, p. 11-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso>. 28 de janeiro de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>.

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

MELLO, Luiz; MAROJA, Daniela; BRITO, Walderes. 2010. Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil: Um Mapeamento Crítico Preliminar. In: **Seminário**

Internacional Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. UFSC. 23 a 26 de agosto de 2010. Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277347233_ARQUIVO_PPLGBT-FG2010.pdf. Acessado em 27 de janeiro de 2021.

MELLO, Luiz; MAROJA, Daniela; BRITO, Walderes. 2010a. 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. Disponível em: < https://portais.ufg.br/up/16/o/Texto_2_-_Geral_-_versao_final.pdf>. Acessado em 28 de janeiro de 2021.

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

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

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

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

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

SPARGO, Tamsin. **Foucault e a teoria queer.** Belo Horizonte: Autêntica, 1ª ed. 2017.

NOTA(S) EXPLICATIVA(S) COMO NOTAS DE FIM

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

² Ano da publicação (reimpressão) da mesma.

³ Apesar da opção de utilizar a sigla LGBTI, foram mantidas, nas citações de outros trabalhos e autores, bem como de eventos ocorridos, as siglas conforme apareceram historicamente.

⁴ Essa mudança gerou muita discussão quando da sua ocorrência, uma vez que significava a diluição dos esforços brasileiros vinculados à epidemia de HIV/AIDS, referência mundial de prevenção e tratamento, em um departamento maior e mais genérico. Essa mudança ocorreu no escopo das ações de remodelação do então presidente Jair Bolsonaro, logo no início do seu mandato, sob o argumento de limitar gastos do governo reduzindo ministérios, secretarias e departamentos, porém sempre mediante uma abordagem implicitamente conservadora e moralizante do olhar sobre essas doenças (AGOSTINI *et al.*, 2019).

⁵ Homens trans (e pessoas transmasculinas), assim como pessoas não-binárias e mesmo intersexo têm se articulado politicamente, algumas vezes como movimentos organizados, mais fortemente em períodos posteriores ao lançamento da PNSILGT. Esse seria um argumento que justificaria sua não inclusão, algo que poderia ser revisto em anos posteriores, o que, principalmente em função dos governos com menor participação social que tomaram o poder em todas as esferas do país nos anos seguintes, ainda não ocorreu.