

Pesquisas em Psicologia e Políticas Públicas II

Diálogos na pós-graduação

Volume 2

Mariana Prioli Cordeiro
Maria Fernanda Aguilar Lara
Henrique Araujo Aragusuku
Rodolfo Luis Almeida Maia
(Organizadores)

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e autoria, proibido qualquer uso para fins comerciais.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Pesquisas em psicologia e políticas públicas II / organizado por Mariana Prioli Cordeiro... [et al.] . - São Paulo : IPUSP, 2020.

252 p. (Diálogos na Pós-Graduação, v.2)

ISBN: **9 78-65-87596-06-8**

DOI: **10.11606/9786587596068**

1. Psicologia social 2. Pesquisa científica. 3. Políticas públicas I. Título

Capítulo 11

Políticas Públicas de Saúde e questões de Gênero possíveis: uma leitura a partir da Psicologia Social

Mariana Fagundes de Almeida Rivera

Fernanda Lyrio Heinzelmann

Ianni Regia Scarcelli

Introdução

Busca-se, neste capítulo, discutir questões ligadas às concepções de gênero imbricadas na construção de políticas públicas de saúde e, a partir delas, identificar aspectos que possibilitem a ampliação do diálogo entre a Psicologia Social da Práxis, formulada por Enrique Pichón-Rivière, e o campo das políticas públicas.

Desse modo, tendo como eixo principal a questão de gênero, serão consideradas a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (Política Nacional de Saúde LGBT). Tal opção foi feita considerando o desenvolvimento de dois estudos¹, vinculados ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), inseridos no Grupo de Pesquisa do LAPSO – Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social.

Importante ressaltar que essas duas políticas de caráter nacional representam conquistas de movimentos sociais e avanços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere a gênero desde os anos 2000. É preciso, no entanto, compreender quais concepções de gênero estão presentes nessas políticas, pois, como apontado por Joan Scott (1995), “gênero” pode ser utilizado de diferentes formas a depender da perspectiva adotada. Judith Butler (2008), por exemplo, compreende que uma cultura pautada em termos da lei pode criar um gênero tão fixo e determinado quanto o pensado biologicamente. Não se pode, de acordo com tais perspectivas, perder de vista que “gênero” revela relações de poder estabelecidas histórica e socialmente.

¹ Mestrado conduzido por Mariana Fagundes de Almeida Rivera, que tem como objetivo compreender como se manifestam as questões de gênero na Atenção Básica do SUS, e doutorado conduzido por Fernanda Lyrio Heinzelmann, que analisa efeitos de políticas públicas de saúde na vida de homens trans.

Explicitar concepções, conceitos e referenciais teóricos se faz necessário para construção desse caminho.

1. Psicologia social e políticas públicas

Partindo de uma concepção crítica acerca da anomia indivíduo-sociedade, tem-se como referência uma Psicologia Social que compreende o sujeito imerso em suas relações sociais, que reconhece a mútua determinação entre sujeito e estrutura social. Considera-se também que a concepção de sujeito na sociedade moderna impregna-se progressivamente na cultura e torna-se categoria central de discursos, práticas e saberes para criação de instituições, práticas coletivas e representações sobre o papel da sociedade e do Estado (Bezerra, 1989; Scarcelli, 2017).

Os pressupostos apresentados por Pichón-Rivière são de grande valia para orientar análises como aqui se realiza, pois se inscrevem em uma perspectiva de crítica da vida cotidiana, bem como do Estado e das instituições. Essa crítica faz frente à ideia de que a cotidianidade é um todo auto evidente e inquestionável, buscando desvelar aquilo que é tido, ingenuamente, como o real por excelência (Quiroga, 1998).

As políticas públicas, por fazerem parte de uma realidade complexa e sempre mutante, também podem e devem ser questionadas nessa direção, pois apesar de serem compreendidas como um fenômeno que nasce com a necessidade de concretizar os direitos sociais a partir do início do século XX (Bucci, 2006), elas acabam frequentemente se configurando em ações estatais que almejam a permanência do *status quo*. De acordo com Oliveira (1987),

(...) a atuação governamental, através das chamadas “políticas públicas”, costuma orientar-se em pelo menos duas grandes direções: a da garantia de condições “econômicas”, e a da garantia de condições “político-ideológicas” de reprodução da ordem estabelecida e do modo de produção a ela associado (Oliveira, 1987, p. 374).

Desse modo, considera-se importante desenvolver uma leitura crítica que leva em conta não apenas a formulação e implementação das políticas públicas, como também as concepções de Estado, sujeito e sociedade que possibilitam que essas políticas estejam em vigência (Scarcelli, 2017). Isso é importante quando se considera a dimensão institucional na análise de uma realidade complexa e mutante, conforme proposto por Pichón-Rivière (1988). Esse aspecto da teoria pichoniana mobiliza indagações sobre as instituições, mas também sobre as práticas e diretrizes políticas no campo das políticas públicas (Scarcelli, 2017).

Esse autor, ao formular sua proposta de Psicologia Social, elaborou uma teoria de grupo operativo compreendida como instrumento de intervenção e técnica de investigação (Scarcelli, 2017), que analisa três dimensões: psicossocial (o estudo do sujeito através de seus vínculos e relações interpessoais), sociodinâmica (o estudo centrado no grupo) e institucional (o estudo da relação dos grupos entre si e as instituições que os regem). As três dimensões (ou direções) não são excludentes e nem separáveis; na verdade, todo estudo deve abarcá-las em sua unidade e interjogo (Bleger, 1984). “Através do estudo psicossocial, sociodinâmico e institucional, é possível ter um conjunto de informações coletadas no exterior que dizem respeito também ao interior do sujeito” (Scarcelli, 2017, p. 143).

No entanto, profissionais e pesquisadores psi costumam se concentrar na direção do sujeito, tendo dificuldade de transitar entre essas três dimensões, principalmente pela institucional, também compreendida como a investigação dos grandes grupos, sua estrutura, origem, composição, história, economia, política, ideologia, etc. (Scarcelli, 2017).

Considerando a complexidade do que está posto no interjogo nas três dimensões analisadas no grupo operativo, Scarcelli (2017) propõe um conjunto de perguntas que possibilitam a identificação aspectos que podem ser úteis na discriminação de dimensões e âmbitos de problemas ligados ao campo social. Nesse sentido, propõe um recorte que considera quatro âmbitos:

- Político-jurídico: indaga sobre leis, diretrizes políticas, programas governamentais e não governamentais decorrentes dessas políticas e seus aspectos legais, normas, prescrições, entre outros.
- Social-cultural: indaga sobre grupos e sujeitos, suas necessidades e demandas no contexto de proposição, implantação e implementação de políticas e práticas;
- Teórico-conceitual: indaga sobre fundamentos teóricos e filosóficos, sobre concepções que sustentam práticas, programas, diretrizes políticas, leis, etc.
- Técnico-assistencial: indaga sobre os modos de criação, implantação, implementação e desenvolvimentos de práticas de programas, diretrizes políticas e lei (Scarcelli, 2017, p. 218).

Os diferentes âmbitos – tal como as três dimensões apresentadas por Pichón-Rivière – não podem ser compreendidos separadamente, ou seja, são um recorte metodológico que têm o objetivo de dar subsídios à formulação de questões quando se investiga o campo das políticas públicas.

As duas políticas selecionadas para análise, PNAISM e Política de Saúde LGBT (assim como, de maneira geral, as leis do SUS) podem ser compreendidas como referências orientadoras e legais para a implantação de ações de saúde no âmbito do SUS que visem a assistência integral de determinadas populações (mulheres² e pessoas LGBTs). Considerando os âmbitos mencionados, o modo como essas duas políticas se apresentam (leis, portarias, etc.) podem se relacionar ao *âmbito político-jurídico*. Contudo, foram elaboradas em um processo no qual participaram grupos e sujeitos com suas histórias inseridos em contextos diversos que, ao serem indagados, aproximam-se do que está sendo considerado como *âmbito social-cultural*. Como será exposto a seguir, movimentos de mulheres, feministas e LGBTs tiveram importante força de negociação para a proposição dessas políticas em um país que, para defender sua democracia, deve estar em diálogo com as pressões sociais de grupos organizados como esses.

Esse diálogo travado entre diferentes frentes esboça a diversidade de concepções carregadas pelos diferentes atores sociais. A visão de mundo, o conjunto de interesses, as compreensões a respeito do Estado, do sujeito, da sociedade, da saúde vão estar em disputa na proposição das políticas públicas. As visões e referenciais teórico-técnicos e filosóficos, das diversas áreas do conhecimento, sobre como se concebe mulheres, homens, travestis, transexuais³, cisgeneridades, transgeneridades, sexualidade, direitos reprodutivos, entre outras questões, estão presentes no estabelecimento de políticas de atenção a subgrupos específicos da sociedade. Embora tais referências sejam fundamentais, além de frequentemente não serem explicitadas, são composições carregadas de contradições e antagonismos. Essas questões podem ser indagadas pelo que está sendo proposto como *âmbito teórico-conceitual* e serão discutidas mais detidamente neste trabalho.

As indagações relacionadas ao *âmbito técnico-assistencial* dizem respeito ao conjunto de práticas que se desenvolvem a partir do arcabouço legal proposto por essas políticas (político-jurídico), que incluem, portanto, os conflitos em torno das concepções e teorias (âmbito teórico-conceitual) trazidas pelos diferentes atores sociais (âmbito social-cultural). A partir de tal perspectiva, tem-se constatado que na esfera da vida cotidiana, principalmente no

² No caso deste capítulo, busca-se não incorrer no equívoco de considerar “mulher” como “mulher cisgênero, ou “homem” como “homem cisgênero”, sem marcar essa questão. Como será discutido, a concepção do que é “mulher” e do que é “homem” esteve em discussão e atores sociais das questões trans, dos estudos queer e LGBTs denunciam o mascaramento dessa disputa. Quando for necessária marcar a diferença, será utilizado “mulher cisgênero”, como no caso das mulheres cisgênero dos movimentos feministas que serão apresentados aqui, assim como será usado “homem cisgênero” e “homem trans”.

³ Utiliza-se aqui a nomenclatura “transexuais” por compor o nome da política analisada. Reitera-se, entretanto, que tal nomenclatura deriva de uma lógica biomédica, e por vezes é refutada pelas próprias pessoas às quais se refere.

mundo do trabalho, há uma lacuna entre os âmbitos de definição e implementação de políticas (político-jurídico) e de implementação de práticas (técnico-assistencial) (Scarcelli 2017), pois aspectos referentes aos âmbitos social-cultural e teórico-social pouco transitam nas indagações e discussões que se voltam para políticas e práticas.

Essa é uma discussão interessante e importante – e um tanto dela é desenvolvida nas pesquisas das autoras e de pós-graduandos do LAPSO – mas não será apresentada aqui, sob pena de escapar do objetivo deste capítulo. No entanto, esse distanciamento pode ser pensado a partir da análise de quais grupos compuseram a construção das políticas, normas e leis, quais sujeitos participam de sua execução e de quais concepções partem.

Procurando responder provisoriamente à pergunta formulada: a compreensão ou identificação das lacunas, dos ‘distanciamentos’ entre os âmbitos político-jurídico e técnico assistencial pode ser buscada também nas mediações que têm ficado ausentes (nos âmbitos social-cultural e teórico-conceitual) das formulações, tendo a psicologia social de referência como modo de não perder de vista a dimensão do sujeito psíquico/social (Scarcelli, 2017, p. 231).

Dessa forma, as duas políticas aqui apresentadas foram consideradas a partir desses referenciais. Estes, assim como a discussão da noção de gênero, orientaram uma leitura reflexiva dos textos da PNAISM e da Política de Saúde LGBT aqui apresentada.

2. Gênero e políticas de saúde

Para compreender gênero, faz sentido olhar para os feminismos. O plural se refere ao reconhecimento da multiplicidade de ações lutando contra a opressão de gênero, uma vez que tem sido, desde sua origem, um movimento variado e com múltiplas manifestações (Pinto, 2003). É importante reconhecer que os feminismos brasileiros foram influenciados por teorias e ativismos da Europa e Estados Unidos, num diálogo que, de certa forma, perdura até hoje. Muitas mulheres – marcadamente cisgênero – tiveram contato, no exílio durante a ditadura civil-militar, com movimentos feministas europeus (Pinto, 2003). Assim, diferentes perspectivas foram se formando, entretanto, uma motivação e interesse comum se estabeleceu: rebater aqueles que justificam as desigualdades sociais entre homens e mulheres remetendo-as às características biológicas (Louro, 1997).

É imperativo, então, contrapor-se a esse tipo de argumentação. É necessário demonstrar que não são propriamente as características sexuais, mas é a forma como essas características são representadas ou valorizadas, aquilo que se diz ou se pensa sobre elas que vai constituir, efetivamente, o que é feminino ou masculino em uma dada sociedade e em um dado momento histórico. Para que se compreenda o lugar e as relações de homens e mulheres numa sociedade

importa observar não exatamente seus sexos, mas sim tudo o que socialmente se construiu sobre os sexos. O debate vai se constituir, então, através de uma nova linguagem, na qual gênero será um conceito fundamental (Louro, 1997, p. 21).

Buscando rejeitar um determinismo biológico implícito no uso de termos como sexo ou diferença sexual, feministas de língua inglesa passaram a utilizar *gender* como distinto de *sex* (no Brasil, o conceito passou a ser utilizado no final dos anos 1980). Não se nega, contudo, a biologia, mas se enfatiza, de forma deliberada, a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas (Louro, 1997). Dessa forma,

As justificativas para as desigualdades precisariam ser buscadas não nas diferenças biológicas (se é que mesmo essas podem ser compreendidas fora de sua constituição social), mas sim nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação (Louro, 1997, p. 22).

Estudos buscavam evitar afirmações generalizadas a respeito da “mulher” ou do “homem”. Afastando ideias essencialistas sobre os gêneros, levava-se em consideração as distintas sociedades e os distintos momentos históricos. Nesse sentido, feministas negras contribuíram com críticas fundamentais (ainda pouco ouvidas) aos movimentos de mulheres cisgênero brancas de classes média e alta. Estas, com frequência, tomam suas próprias experiências como gerais para todas as mulheres, ignorando que classe e raça fazem intersecção com a opressão de gênero (Carneiro, 2003; Davis, 2016).

Os estudos queer também buscaram desconstruir alguns preceitos rígidos das conceituações feministas essencialistas sobre gênero. Contrapondo a ideia de Simone de Beauvoir de que ninguém nasce mulher, mas torna-se mulher, Judith Butler (2008) sugere que o próprio conceito de “mulher”, entendido como o sujeito do feminismo, seja problematizado. Para Butler não é possível determinar o que define um sujeito mulher, apontando o reducionismo de leituras essencialistas, ou exclusivamente sociais. E autoras transfeministas como Jaqueline de Jesus e Hailey Alves (2012) propõem um olhar mais amplo para as pautas e questões que permeiam os feminismos, que possam incluir perspectivas não-normativas, e sobretudo as pessoas trans⁴.

Nos anos finais da ditadura no Brasil, movimentos feministas também buscaram se articular no processo de redemocratização, levando pautas específicas para as discussões das novas políticas. Em relação às demandas para o projeto de reforma sanitária, mulheres

⁴ O termo “pessoas trans” (derivado de “transgênero”) refere-se às pessoas que não se identificam com o gênero que lhes foi atribuído no nascimento, ou socialmente (Jesus, 2013).

cisgênero e feministas tiveram fundamental participação, lutando, por exemplo, pelo direito à contracepção e liberdade de escolha em relação à maternidade.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁵, em 1986, considerada marco na luta pelo SUS, decidiu-se pela chamada imediata de uma Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, que ocorreu no mesmo ano. Tal Conferência detalhou as perspectivas de mudanças almejadas na organização da atenção à saúde da mulher no país em processo de mudança política (vale considerar, que nesse momento, ainda se olhava especificamente para as questões em torno da cisgeneridade).

Já na “Carta das mulheres brasileiras aos constituintes”⁶, por meio da qual se defendeu pontos específicos para serem contemplados na nova Constituição Federal de 1988, o tema da saúde da mulher também está em destaque. Nesta carta, estão pontos bastante específicos, como: a garantia de assistência integral à saúde da mulher independentemente de sua situação de procriadora; o veto ao Estado de qualquer ação que interfira no exercício da sexualidade, assim como o veto ao Estado da promoção do controle de natalidade; garantia do direito à mulher de conhecer e decidir sobre seu próprio corpo; a garantia de livre opção pela maternidade, incluindo o direito a evitar ou interromper a gravidez sem prejuízo para a saúde da mulher; o dever do Estado de oferecer condições de acesso gratuito aos métodos anticoncepcionais.

Foram conquistados, na Constituição de 1988, alguns pontos fundamentais, mas objetivos como garantias no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, em particular quanto ao aborto, não foram contemplados (Brasil, 1988). Fortes resistências, por parte de demais constituintes e de representantes religiosos, conseguiram fazer frente a essas pautas.

Na Constituição Federal, consolidaram-se também as diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), afirmando que saúde é um direito universal e que deve ser garantido pelo Estado.

A proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania. Não depende do “mérito” de pagar previdência social (seguro social meritocrático), nem de provar condição de pobreza (assistência do sistema de proteção), nem do poder aquisitivo (mercado capitalista), muito menos de caridade

⁵ As Conferências Nacionais de Saúde são espaços de discussão pública em que diferentes segmentos da sociedade se reúnem para discutir publicamente questões relacionadas ao âmbito da saúde. A oitava é considerada a precursora do SUS.

⁶ Resultado de uma campanha nacional que articulou ativistas, movimentos feministas e associações de diferentes regiões do país.

(filantropia). Com base na concepção de *seguridade social*, o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios (Paim, 2009, p. 43, itálicos do autor).

Saúde também passa a ser definida de forma mais ampla, para além da ausência de doença. A Constituição Federal de 1988 aponta as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Dessa forma, questões como distribuição de renda, emprego, salário, acesso à terra, assim como educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social influem sobre a saúde das pessoas e das comunidades (Paim, 2009). Duas leis específicas, em 1990, foram promulgadas a fim de se criar, de fato, o SUS: a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990 (Brasil, 1990a, 1990b).

O SUS traz em si o desafio da saúde para todas as pessoas, do acesso universal e igualitário às suas ações e serviços. Estão a isso diretamente relacionados os chamados “princípios do SUS”, como o da universalidade e o da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Em país gigante em território e demandas sociais, esse desafio se torna ainda mais relevante.

Políticas específicas foram sendo implementadas ao longo dos anos a fim de se fazer valer os direitos propostos na Constituição e nas leis do SUS. Aqui, faz-se uma escolha por focar em duas: Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT). Ambas estão intimamente relacionadas às questões de gênero apresentadas anteriormente, assim como são um fruto possível das lutas imbricadas pelos movimentos sociais, de mulheres cisgênero, de feministas e de LGBTs.

3. Políticas públicas e saúde da “mulher”

Antes de apresentar a PNAISM, cabe aqui uma breve contextualização histórica sobre como se chegou a essa política mais atual de assistência à saúde da “mulher”. Retoma-se a ressalva de que esta construção se concentra nas questões envolvendo a cisgeneridade, uma vez que o debate da questão trans e dos estudos queer é mais recente e não esteve historicamente contemplado nas lutas feministas e nas políticas de saúde para as “mulheres”.

Até o século passado, as ações de saúde da mulher cisgênero no Brasil eram fortemente pautadas pelo binômio mãe-filho, destacando a reprodução como quase única preocupação. Com a busca pelo controle populacional e o investimento na contracepção, ações nesse sentido

também passaram a se tornar sobressalentes (Villela & Monteiro, 2005). Na década de 1970, foi criado o Programa de Saúde Materno Infantil, ainda muito focado na reprodução, que oferecia atenção ao pré-natal.

Importantes pressões dos movimentos feministas vinham na direção, então, de justamente questionar esse viés, em que mulheres são tomadas como objetos reprodutores. Passam, assim, a exigir políticas mais amplas, que ultrapassassem essa concepção (Villela & Monteiro, 2005). Ocorreu também importante discussão sobre o que até então se limitava apenas ao âmbito privado, como a desigualdade na relação entre homens e mulheres e a violência que muitas vezes dela decorre. Além da reflexão sobre a sobrecarga de trabalho sofrida pelas mulheres, que ficam responsáveis pelos cuidados com a casa e filhos, além de questões em relação à sexualidade.

A partir de debates construídos socialmente, então, é formulado, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), precursor da atual política. A ideia de integralidade apontava para o atendimento de todas as necessidades de “todas as mulheres”, retirando a atenção exclusiva da reprodução. No entanto, na realidade dos serviços de saúde, as ações não caminharam em consonância ao novo Programa, mantendo-se com o foco na contracepção, atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério (Villela & Monteiro, 2005). Além disso, “todas as mulheres” não incluía as pessoas trans.

Em meio a debates sobre “saúde reprodutiva”⁷, “direitos sexuais e reprodutivos”⁸ e a pressões dos movimentos sociais, já nos anos 2000, foi elaborada a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a partir de um diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher cisgênero no Brasil e do reconhecimento da importância de se contar com diretrizes que orientassem essas políticas de saúde.

3.1 Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

A leitura do texto da PNAISM leva à percepção de que há dois momentos distintos dessa política. O primeiro, mais questionador, encontra-se no início, quando está apresentado o que se compreende por gênero e dados da realidade brasileira de saúde da mulher – apesar de não

⁷ “Saúde reprodutiva” passa a abranger a perspectiva de que os problemas de saúde relacionados à reprodução não são uma fatalidade biológica, nem determinantes da situação social das mulheres, mas resultantes das relações de gênero.

⁸ “Direitos sexuais e reprodutivos” parte também de reivindicações de movimentos LGBTs, sobretudo após a epidemia de HIV/Aids, compreendendo a necessidade do reconhecimento do livre exercício da sexualidade, saudável e segura, como um direito para demandar políticas públicas.

explicitamente, está evidente que os dados se referem à cisgeneridade. O segundo traz as proposições enquanto política – os princípios, diretrizes e objetivos –, que parecem não se relacionar com aquele primeiro mais questionador. Nesse segundo momento, ao contrário, o texto dialoga mais diretamente com as políticas estruturais do SUS e não propõe transformações mais robustas no que tange à realidade anteriormente apresentada na própria abertura da PNAISM.

Para elucidar essas questões, apresenta-se aqui alguns pontos de destaque do texto. Primeiro, um trecho em que se articula saúde e gênero, considerando que “(...), as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas” (Brasil, 2004, p. 12). Destaca-se também que o texto da política apresenta, inclusive, uma concepção de gênero:

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder. (Brasil, 2004, p.12).

A política coloca ainda como imprescindível incorporar a perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento de ações de saúde. Vale aqui fazer algumas observações, a título de exemplificar o tipo de problemática identificada na análise da PNAISM. Encontra-se, quando se apresenta dados sobre a saúde das mulheres adolescentes, uma forte ênfase, no entanto, à gravidez na adolescência, fazendo discretos apontamentos a respeito do direito a uma sexualidade livre e plena. Com isso, mira-se, novamente, na mulher enquanto procriadora, além de indicar uma ideia de que há uma faixa etária ideal para o exercício da maternidade.

Já no panorama sobre a situação das mulheres no climatério/ menopausa, encontra-se distintas posições. Por um lado, reconhece a dificuldade desse momento de vida que advém de uma supervalorização da maternidade e do mito da eterna juventude, o que traz um olhar sobre as questões de gênero interessante. Por outro lado, há uma afirmação questionável de que a medicalização do corpo da mulher “só será modificada quando as mulheres tiverem consciência dos seus direitos, das possibilidades preventivas e terapêuticas e das implicações das distintas práticas médicas sobre o seu corpo” (Brasil, 2004, p. 44, grifo nosso). Repousa aqui não apenas

a ausência de uma crítica à própria Medicina como campo do saber e profissional, mas também uma atribuição invertida de responsabilidade para as próprias mulheres.

Assim, ainda que com algumas ressalvas, a PNAISM faz análises de dados importantes de maneira a destacar questões de gênero que partam de uma perspectiva que considera as dimensões sociais e de poder. Problematiza-se a situação precária em que as mulheres realizam aborto no Brasil; aquilo que hoje é chamado de violência obstétrica; a dificuldade de se ampliar o acesso a outros métodos contraceptivos (além da pílula e da laqueadura); a medicalização das mulheres no período de climatério e menopausa; a relação entre saúde mental e a dupla ou tripla jornada de trabalho das mulheres; a necessidade de a perspectiva de gênero compor a formação de profissionais e ações dos serviços de saúde; a invisibilidade das mulheres lésbicas no SUS; e as recorrentes barreiras de acesso aos serviços de saúde impostas às mulheres negras. No entanto, é notável a exclusão das pessoas trans nessa política; não há nenhuma menção a elas, nem à complexidade de sua situação de saúde. Homens trans que têm útero e vagina são ignorados, mesmo que componham, por exemplo, o grupo de pessoas que necessita de atenção ginecológica e obstétrica. Além disso, questões ainda centradas ao redor da reprodução perpassam toda a política, supervalorizando mulheres que escolhem ser ou são mães.

Entre princípios, diretrizes e objetivos gerais, a política parece lidar com a questão de “gênero” meramente como um recorte populacional, diferenciando “mulheres” de “homens”. A fragilidade dessas questões no texto da política remeteria, assim, à sua inviabilidade no plano assistencial.

3.1.1 Entre princípios e diretrizes, um recorte populacional genérico

Ainda que a PNAISM seja bastante progressista no que diz respeito à análise que faz da condição da mulher no país nas últimas décadas, e que as diretrizes tragam uma diversidade interessante de ações possíveis, seus princípios se mostram genéricos em termos de humanização e qualidade do atendimento e os objetivos não especificam questões de opressão. Além disso, não havendo menção às pessoas trans, pode apontar para uma perspectiva de gênero ainda ligada aos substratos da biologia e não aberta para a construção social do gênero de forma mais radical. Não constrói, por exemplo, possibilidades para superar a sobrecarga de responsabilidade que recai sobre as mulheres no cuidado com os filhos, mas também sobre a contracepção e sobre o próprio processo de pré-natal, para focar nas questões de reprodução e maternidade.

Será que uma abertura, nas propostas da política, para discussões sobre escolhas reprodutivas mais autônomas, em relação à gravidez, ao parto, ao aborto e à adoção não faria mais jus ao enfoque de gênero? Não seria uma forma de não mais submeter as mulheres a consultas, procedimentos, prescrições nas quais aquele que está no lugar de poder é o profissional da saúde? Promover uma verdadeira autonomia das mulheres em relação à própria saúde (inclusive - e talvez principalmente - sexual e reprodutiva) não seria mexer com as normas de gênero e tirar as mulheres da posição de assujeitadas à lógica patriarcal? Incluir as pessoas trans nos serviços de atendimento à saúde das mulheres não causaria um necessário choque com fundamentos tão tradicionais e biologizantes de Medicina, Enfermagem, Psicologia, etc.?

Há uma forte ênfase no âmbito das práticas - ou, para utilizar a referência de recorte metodológico, no âmbito técnico-assistencial -, em termos de princípios, diretrizes e objetivos, o que faz com que a PNAISM se exima da responsabilidade de propiciar desconstruções para além dos muros das unidades de saúde. Desconstruções sociais necessárias para uma mudança radical na condição de saúde das mulheres, algo que a própria política insinua, mas não encaminha as possibilidades que cabem ao SUS. A política parece, assim, mais endereçada aos processos e ações intramuros dos serviços de saúde, no sentido de restabelecer a saúde das mulheres. Pouco se direciona a respeito de promoção e prevenção, limitando-se às ações de recuperação de uma saúde há muito fragilizada, em parte, por uma sociedade desigual em termos de gênero. Parece que o SUS não tem nada que se a ver com o combate à opressão e às desigualdades de gênero, apenas cuidar de quem o procura.

Para ir além: que mulheres, que subjetividades de mulheres estão propiciadas a se desenvolver mediante a implementação de uma política generalista, de mero recorte populacional? Quais as responsabilidades das políticas de saúde em relação à subjetividade das pessoas?

4. Políticas públicas e saúde LGBT

Se por um lado, as ações ligadas à saúde da “mulher” foram estruturadas a partir de perspectivas feministas, mas associadas à noção de direitos sexuais e reprodutivos, as ações voltadas ao público LGBT desde o início estiveram mais ligadas aos direitos sexuais. A necessidade de democratizar o acesso dessa população à saúde pública no auge da epidemia de HIV/Aids na década de 1980, foi fundamental para elaboração destas políticas públicas.

É preciso considerar que até 1990 a homossexualidade estava listada no Código Internacional de Doenças (CID) como “homossexualismo”, um transtorno mental (Bento & Pelúcio, 2012); de maneira que a estigmatização e o apagamento sistemático da população LGBT e suas demandas perdurou mesmo nas décadas seguintes. Soma-se a isto, a forte repressão vivida, sobretudo pelas travestis, durante o período da ditadura civil-militar no Brasil, que sentenciou muitas destas à morte, ou à marginalização pela reiteração de preconceitos, expondo-as à enorme vulnerabilidade social.

E quando o país dava seus primeiros passos em direção à redemocratização, começaram a ser notificados os primeiros casos de Aids no Brasil (Galvão, 2005). O histórico de desassistência da população LGBT fez com que este fosse um dos primeiros e mais afetados grupos no começo da epidemia de HIV/Aids – na época, inclusive chamada de “câncer gay”. A maior vulnerabilidade à doença estaria ligada ao desrespeito à dignidade e aos direitos humanos das pessoas LGBT, decorrentes das situações já mencionadas (Brasil, 2013; Galvão, 2005).

Foi com o objetivo de conter a epidemia, que as primeiras ações voltadas a esta população foram propostas, via mobilização de grupos e redes de apoio remanescentes da ditadura, que lutavam por sua cidadania plena (Parker, 2000; Paiva, 2002). Assim, antes mesmo da existência do SUS, em 1985, o Programa Nacional de DST e Aids foi regulamentado, e por meio deste, a produção de alguns remédios com distribuição gratuita pelo sistema público de saúde foi possibilitada (Galvão, 2005; Parker, 2000). Tal prática foi mantida após a regulamentação e implementação do SUS, e ampliada nas décadas seguintes, passando então a considerar demandas e necessidades específicas deste grupo na elaboração de políticas públicas como a que será analisada a seguir.

4.1 Política Nacional de Saúde LGBT

O texto da Política de Saúde LGBT inicia contextualizando algumas das bases sociais que a pautaram. Faz um apanhado da luta histórica do movimento LGBT por direitos, e a seguir introduz alguns dados que justificam a necessidade de uma política específica para esta parcela da população brasileira. Dentre esses, destaca a disparidade do acesso de mulheres lésbicas e bissexuais em relação às mulheres heterossexuais, no que diz respeito a exames preventivos de câncer.

Com relação ao exame preventivo de câncer cérvico uterino (Papanicolau), o Dossiê cita dados da pesquisa realizada em 2002, pela Coordenação DST/Aids do Ministério da Saúde, que demonstram que entre as mulheres heterossexuais a cobertura na realização desse exame nos

últimos três anos é de 89,7%. Já entre as lésbicas e mulheres bissexuais a cobertura cai para 66,7%, mesmo entre pessoas com maior escolaridade e renda (Brasil, 2013, p. 14).

Destaca também a junção de fatores que contribuem para a maior situação de vulnerabilidade social das travestis, uma maior exposição a DST/Aids, e ainda maiores riscos à saúde mental.

A prostituição para as travestis significa não apenas sua sobrevivência financeira, mas também a possibilidade de pertencimento social, que lhes é negado em outros espaços, como foi explicitado por Benedetti (2005). Segundo o autor, é na rua que as travestis exercitam o feminino, a afetividade, as relações sociais, mas é também o espaço de consumo em geral, inclusive de drogas, silicone industrial, hormônios e outros medicamentos. A rua e a prostituição acarretam também maiores riscos de contrair DST/Aids e mais violência, o que torna esse grupo ainda mais vulnerável. A depressão, as crises de ansiedade e sensações de pânico parecem ser frequentes entre as travestis (Brasil, 2013, p. 14).

Além disso, intervenções corporais feitas de maneira precária, com materiais tóxicos, como o silicone industrial, ou a utilização indiscriminada de hormônios tanto por travestis, quanto por mulheres e homens trans, acarreta diversos problemas de saúde que foram considerados na elaboração da Política de Saúde LGBT.

A Política Nacional de Saúde LGBT foi elaborada a partir dos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988, que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana, entre eles o direito à saúde. Assim, define como objetivo geral: “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). Este objetivo considera que a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero culmina no estigma social vivenciado pelas populações lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, e são fatores determinantes para sua saúde, ou processos de sofrimento e adoecimento. E para que possa ser alcançado, são listados vinte e quatro objetivos específicos que incluem premissas como: o respeito às diferenças e à diversidade, intersetorialidade⁹ e interseccionalidade¹⁰, qualificação de profissionais de saúde para atender as especificidades dessa parcela da população, e desenvolvimento de pesquisas específicas para o aprimoramento dos serviços oferecidos, entre outras.

⁹ Modo de gestão de articulação, planejamento e cooperação entre distintos setores da sociedade, e entre diversas políticas públicas para atuar sobre os determinantes sociais (Akerman, de Sá, Moyses, Rezende & Rocha, 2014).

¹⁰ Conforme Nogueira e Oliveira (2010, p.15), uma teoria que “pretende examinar como as várias categorias (social e culturalmente construídas) interagem a múltiplos níveis para se manifestarem em termos de desigualdade social”.

No que se refere à presença do termo “gênero”, na Política de Saúde LGBT, está quase que integralmente associado ao termo “identidade”, e é mencionado a fim de definir uma categoria a ser considerada em vários dos seus âmbitos. O texto não especifica de onde parte o conceito de identidade de gênero utilizado, pois não define nem mesmo uma abordagem clara de gênero. Neste quesito, não há fundamentação teórica explícita no texto, mas entende-se que se trata de uma abordagem que divide “sexo” e “gênero” a partir de um reforço da lógica binária, reiterando também a existência de apenas dois sexos, dois gêneros e duas orientações sexuais.

Esta talvez seja a maior limitação da Política Nacional de Saúde LGBT: a ausência de uma discussão mais ampla sobre sexualidade. Ainda que termos como “orientação sexual” e “identidade de gênero” sejam mencionados na introdução do texto, os mesmos não são conceituados e algumas concepções sobre sexualidade parecem estar fortemente pautadas nas polaridades macho/fêmea, masculino/feminino, homossexual/heterossexual, cis/trans. Tais dicotomias negam o espectro de possibilidades existente entre cada um destes pólos (também não estanques), possivelmente para garantir a inteligibilidade cultural das existências que pautam. Uma inteligibilidade cultural diretamente associada à matriz heterossexual que naturaliza corpos, gêneros e desejos, como afirma Butler (2008), e que presume que:

[...] para os corpos serem coerentes e fazerem sentido (masculino expressa macho, feminino expressa fêmea), é necessário haver um sexo estável, expresso por um gênero estável, que é definido oposicional e hierarquicamente por meio da prática compulsória da heterossexualidade (Butler, 2008, p. 216).

Uma matriz que por sua premissa, ignora também a existência de pessoas não-binárias¹¹, ou intersexuais¹², grupos nem mesmo mencionados no texto da política pública em questão, o que também deixa a dúvida sobre que tipo de atendimento e cuidados estariam disponíveis para estas no SUS. Marca ainda lugares um tanto rígidos em relação às demandas de cada grupo nas diretrizes desta política.

Ações para atendimento ginecológico e prevenção de cânceres cérvico uterino e de mamas previstas no texto não incluem homens trans que eventualmente não tenham realizado mastectomia e/ou histerectomia. Uma ausência que pode ser relacionada às lacunas que Scarcelli (2017) se refere “ao distanciamento existente entre um âmbito de definição de

¹¹ Adota-se aqui um critério de auto-identificação, conforme utilizado por Teresa Teixeira e Nuno Carneiro (2018) “pessoas questionantes do binarismo de gênero, seja porque não se identificam com o binarismo de gênero, seja porque se identificam com o não-binarismo de gênero” (p. 134).

¹² Após extensa pesquisa na literatura médica, Paula Machado (2005) concluiu que “essas definições se referem, de forma geral, a corpos de crianças nascidas com a genitália externa e/ou interna nem claramente feminina, nem claramente masculina” (p. 252).

diretrizes políticas, seus aspectos legais e da formulação de programas e outro âmbito ligado aos modos de ajustar essas diretrizes aos recursos disponíveis para a criação e desenvolvimento das práticas” (Scarcelli, 2017, p. 230).

Neste sentido, em alguma medida, homens com maior passabilidade¹³ cisgênero estariam mais expostos a constrangimentos, uma vez que sua aparência, lida como masculina, dificultaria, ou mesmo impossibilitaria buscar acompanhamento ginecológico, ou mesmo um pré-natal - lembrando que a maternidade ainda é percebida como exclusividade de mulheres cisgênero. Estudos já apontaram que muitas vezes mesmo quando um problema de saúde existe, alguns atendimentos nem mesmo são realizados, pois este público não é bem recebido, e/ou é desrespeitado (Angonese & Lago, 2017).

A Política de Saúde LGBT não faz menções aos homens trans fora dos âmbitos que tratam de intervenções corporais, como as cirurgias de mastectomia e histerectomia, e a hormonioterapia, possivelmente por não considerar que estes podem necessitar de outros tipos de atendimento também. Vale dizer, que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008), por sua vez, também não inclui homens trans, fazendo com que muitas vezes os cuidados destes com a própria saúde sejam simplesmente ignorados.

Conforme já mencionado, políticas públicas em relação à saúde feminina no Brasil foram historicamente pautadas na dimensão reprodutiva das mulheres (Barbosa & Facchini, 2009), e não em direitos sexuais para englobar a sexualidade de forma mais ampla. Não só no Brasil, mas internacionalmente, os direitos sexuais foram concebidos como um complemento aos direitos reprodutivos, em função de injustiças presentes nas relações de gênero que negavam/negam autonomia reprodutiva (Rios, 2008), sobretudo às mulheres. Em função disso, com alguma frequência, proposições e práticas de saúde não incluem lésbicas e homens trans, fazendo com que não se sintam (e de fato não sejam) acolhidos por estas, ocasionando um distanciamento dos serviços de saúde. Práticas que revelam o já mencionado distanciamento entre os âmbitos político-jurídico e o técnico assistencial (Scarcelli, 2017) das políticas públicas, expresso na insegurança e recusa dos próprios profissionais de saúde ao se depararem com questões que fogem ao seu conhecimento, e/ou capacidade de atuação.

No geral, entende-se que as propostas presentes na Política de Saúde LGBT buscam atender a demandas genéricas, partindo de concepções biologizantes, que mais visam combater doenças e enquadrar existências que fogem à regra, do que promover saúde. Desta maneira,

¹³ O termo “passabilidade de gênero” refere-se à capacidade que uma pessoa possui em passar pelo gênero com o qual se identifica (Duque, 2013).

repete-se o questionamento feito sobre a PNAISM: que subjetividades estão propiciadas a se desenvolver a partir desta política para lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, ou ainda para pessoas que não se identificam como pertencentes a nenhum destes grupos?

Considerações finais

Partindo dos pressupostos da Psicologia Social da Práxis, lança-se um modo de olhar sobre a importância da dimensão institucional que sempre deveria estar presente na compreensão de questões sociais, sem perder de vista a dimensão do sujeito psíquico/social (Scarcelli, 2017).

O difícil exercício do pensamento dialético entre as políticas públicas e as necessidades, desejos e demandas de grupos e sujeitos faz-se necessário ao se considerar os distanciamentos entre a definição de políticas e a implantação/implementação de práticas (Scarcelli, 2017). As indagações presentes na proposição dos quatro âmbitos – político-jurídico, social-cultural, teórico-conceitual e técnico assistencial – apresenta-se como parte de um modo de construir esse caminho.

Nesse caminhar, compreende-se que há uma disputa em termos de concepções em torno das diferentes possibilidades de manifestações de gênero e da sexualidade, e quando esses debates permanecerem ausentes na construção das políticas públicas, o campo da saúde continua operando com vertentes biologizantes e medicalizantes. Esse viés leva, muitas vezes, ao desenrolar de ações e práticas de saúde que silenciam existências, que impossibilitam o acesso a serviços públicos e que reforça as condições para as desigualdades de gênero.

Por fim, é importante ressaltar que no cenário político de incertezas em que esse capítulo é escrito, as críticas às políticas aqui analisadas não buscam invalidar benefícios que representam na vida das pessoas. No processo de desmonte de políticas públicas e redução drástica de financiamentos, é fundamental marcar os avanços que tais iniciativas constituíram, sobretudo para que direitos adquiridos após décadas de luta não sejam perdidos.

Referências

Akerman, Marco; Franco de Sá, Ronice; Moyses, Simone; Rezende, Regiane, & Rocha, Dais. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4291-4300. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>

- Angonese, Monica, & Lago, Mara C. S. (2017). Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e Sociedade [online]*, 26(1), 256-270. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017157712>
- Barbosa, Maria B., & Facchini, Regina. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(Supl. 2), s291-s300. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400011>
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Recuperado de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>
- Brasil. (1990a). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Governo Federal. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil. (1990b). *Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Governo Federal. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
- Brasil. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- Brasil. (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf
- Brasil. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
- Bento, Berenice, & Pelúcio, Larissa. (2012). Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, 20(2), 559-568. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>
- Bezerra Jr, Benilton. (1989) Subjetividade moderna e o campo da psicanálise. In: J. Birman, (Org.), *Freud – 50 anos depois* (pp. 219-239). Rio de Janeiro: Relume-Dumaré.
- Bleger, José. (1984). *Psicologia da conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bucci, Maria P. D. (Org). (2006) *Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva.
- Butler, Judith. (2008). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- Carneiro, Sueli. (2003). Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In Ashoka Empreendimentos Sociais & Takano Cidadania (Orgs.), *Racismos contemporâneos* (pp. 49-58). Rio de Janeiro: Takano Editora.
- Davis, Angela. (2016). *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo.
- Duque, Tiago. (2013). *Gêneros incríveis: identificação, diferenciação e reconhecimento no ato de passar por* (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Recuperado de http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280487/1/Duque_Tiago_D.pdf
- Galvão, Jane. (2005). Brazil and access to HIV/AIDS drugs: a question of human rights and public health. *American journal of public health*, 95(7), 1110-1116. <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2004.044313>
- Jesus, Jaqueline G. (2013). Feminismo e Identidade de Gênero: elementos para a construção da Teoria Transfeminista. *Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)*. Florianópolis. Recuperado de http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373329021_ARQUIVO_FEMINISMOEIDENTIDADEDEGENERO.pdf
- Jesus, Jaqueline G., & Alves, Hailey. (2012). Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais. *Revista Cronos*, 11(2). Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2150>
- Louro, Guacira L. (1997). *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes.
- Nogueira, Conceição, & Oliveira, João M. (2010). Um olhar da psicologia feminista crítica sobre os direitos humanos de pessoas LGBT. In C. Nogueira & J. M. Oliveira (Orgs.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de gênero*. (pp. 9-18). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Oliveira, Jaime A. (1987). Reformas e reformismo: “democracia progressiva” e políticas sociais (ou “para uma teoria política da reforma sanitária”). *Cadernos de Saúde Pública*, 3(4), 360-387. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400002>
- Paim, Jairnilson S. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Paiva, Vera. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6(11), 25-38. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200003>
- Parker, Richard. (2000) *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. São Paulo: Editora 34.
- Pichón-Rivière, Enrique. (1988). *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pinto, Céli R. J. (2003). *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

- Quiroga, Ana P. (1998). Introdução à segunda edição: Psicologia social e crítica da vida cotidiana. In E. Pichón-Rivière & A. P. Quiroga, *Psicologia da vida cotidiana* (pp. 9-17). São Paulo: Martins Fontes.
- Rios, Roger R. (2008). *Direitos sexuais de gays, lésbicas e transgêneros no contexto latino-americano*. Recuperado de <http://www.clam.org.br/pdf/rogerport.pdf>
- Scarcelli, Ianni R. (2017). *Psicologia Social e Políticas Públicas: Pontes e Interfaces no Campo da Saúde*. São Paulo: Zagodoni.
- Scott, Joan. (1995). Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.
- Teixeira, Teresa, & Carneiro, Nuno S. (2018). Gozar os gêneros: para uma escuta queer de não-binarismos de gênero. *Ex aequo*, 38, 129-145. <https://dx.doi.org/10.22355/exaequo.2018.38.09>
- Villela, Wilza, & Monteiro, Simone. (2005). Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In W. Villela & S. Monteiro (Orgs.), *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão* (pp. 15-31). São Paulo: ABRASCO.