



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Margareth Cristina de Almeida Gomes

Corpos que “contam”: uma etnografia sobre a Política Nacional
Saúde Integral LGBT

Rio de Janeiro

2017

Margareth Cristina de Almeida Gomes

Corpos que “contam”: uma etnografia sobre a Política Nacional de Saúde
Integral LGBT

Tese apresentada, como requisito parcial para
obtenção do título de Doutor, ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luis Carrara

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

G633 Gomes, Margareth Cristina de Almeida.

Corpos que “contam” : uma etnografia sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT / Margareth Cristina de Almeida Gomes. – 2017. 247 f.

Orientador: Sérgio Luis Carrara.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde – Teses. 2. Equidade – Teses. 3. Sexualidade – Teses. 4. Identidade de gênero – Teses. I. Carrara, Sérgio Luis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 613.885

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Margareth Cristina de Almeida Gomes

Corpos que “contam”: uma etnografia sobre a Política Nacional de Saúde
Integral LGBT

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 9 de junho de 2017.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luis Carrara

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sérgio Luis Carrara
Instituto de Medicina Social – UERJ

Profª Drª Horácio Federico Sivori
Instituto de Medicina Social – UERJ

Profª Drª Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social – UERJ

Profª Drª Claudia Carneiro da Cunha
Instituto de Psicologia – UERJ

Profª Drª Regina Facchini
Universidade Estadual de Campinas

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

Um doutorado é feito de um “par de mãos” e muitas ideias na cabeça. Também é feito do apoio de um monte de gente que gosta da gente. No meu caso, gente que mora em diferentes cidades, estados e países, com quem pude dividir um pouco da longa labuta de escrita da tese.

Tentando organizar a “geografia caótica” dos meus afetos, começo agradecendo às amadas Vera Martins e Roseli Stoicov, paranaenses que semearam em mim o gosto pela Saúde Coletiva, desde os tempos da Universidade Estadual de Londrina (UEL)!

Sigo agradecendo aos colegas de trabalho do Departamento de Atenção Básica (DAB) e do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes), em Brasília. Neste lugar onde “as flores nascem do concreto”, como se diz no Planalto Central, conheci algumas pessoas que me ajudaram a tecer redes importantes no Ministério da Saúde. Agradeço inicialmente ao Felipe Cavalcanti, coordenador da IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica e Saúde da Família, com quem comecei minha caminhada em Brasília. Agradeço também a Deborah Proença e Renata Sampaio, que me apresentaram Toni e o Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. E então, “nasceu” a ideia que orienta esta tese.

Nesse caminho “intraministerial”, outras flores foram brotando no duro território brasiliense: Jéssica Rodrigues, Marina Marinho, Gilberto David, Laeticia Jensen, Élide Moraes e Raquel Lima. Muito obrigada pela inclusão, pelos cafés que deram sabor aos dias amargos de trabalho e pelas dicas sobre “saúde LGBT” desde os tempos de DAB.

Agradeço também à amiga Ana Laura Lobato, pela amizade afetuosa e recheada de cuidados, que perdurou neste “deserto de rostos conhecidos” que é Brasília.

O tempo passou e as redes se diversificaram. Agradeço então aos prestimosos Andrey Lemos, Kátia Souto, Ana Valéria Machado Mendonça e Edu Cavadinha, que, em momentos diferentes, fizeram parte dessa rede e foram interlocutores imprescindíveis para que pudesse me informar acerca das políticas de promoção da equidade.

Para fechar o território do cerrado, agradeço ao Maurício Vianna, um grande chefe e interlocutor em minhas temporadas em Brasília! Desde o Ministério da Saúde até o Ministério do Desenvolvimento Social, suas provocações e seu senso de humor foram e ainda são o meu “veneno antimonotonia” nas pasmaceiras ministeriais. Devo a ele uma parte das reflexões realizadas nesta tese. Agradeço as prosas estimulantes e elucidativas, “bronzendo os pulmões” nos fumódromos dos ministérios! Espero poder contar com suas orientações sempre.

Saindo de Brasília e seguindo para o Rio, gostaria de agradecer a meu orientador, prof. Sérgio Carrara. Do mestrado até aqui, couberam muitos sonhos, frustrações, dificuldades e superações sob sua companhia. E restou a certeza de que nossa parceria de trabalho foi mais do que acertada! Agradeço por ter aceitado orientar uma neófito na antropologia, concedendo-me uma bela oportunidade de aprendizagem.

Agradeço aos amigos cariocas, herdados do mestrado, Bruno Stelet e Bárbara Costa, que ganharam um lugar reservado no meu coração! Agradeço também aos colegas do coletivo de estudantes do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em especial Stephanie Lima, Aisllan Palomar, Diógenes Parzianello, Isabel Prado, Bruna Hassam, Aureliano Lopes e Anacely Costa, com quem pude construir um engajamento acadêmico e político muito fértil no campo da Saúde Coletiva.

Importante registrar meu agradecimento à prof^a Claudia Mora, pelas contribuições que sua disciplina sobre “Aids, Saúde e Sexualidade” trouxe para minha tese. Também agradeço à Vanessa Leite, Cláudia Cunha, Horácio Sivori, Silvia Aguião e Paulo Victor, pelos debates produtivos que tivemos no grupo de orientação do prof. Sérgio Carrara. Ainda no IMS, agradeço às colegas da secretaria acadêmica, por serem sempre gentis e solícitas.

Gostaria de agradecer ao Lucas Freire, grande amigo desde os tempos de convivência no Centro Latino-Americano em Sexualidade em Direitos Humanos (Clam/IMS/UERJ)! Tornou-se o melhor companheiro para aulas de antropologia, para conversas existenciais, para macarrão com salsichas e para umas cervejas também! Apresentou-me aos queridos Vlad Schüler, Aline Rabelo, Bárbara Pires, Everton Rangel, Carol Maia e Nathália Gonçalves, colegas do Museu Nacional e do Nussex que muito ajudaram a desenvolver minhas bases antropológicas. Ainda na Antropologia Social do Museu Nacional, agradeço à prof^a Maria Elvira Benitez pelas

reflexões interessantes sobre agência e poder que compartilhei em sua disciplina sobre “Interseccionalidades e Marcadores Sociais da Diferença”.

Falando em bases antropológicas, importante registrar as memoráveis aulas de Teoria Antropológica I conduzidas pelas prof^{as} Renata Menezes e Giralda Seyferth. Foi uma rara oportunidade de conhecer os clássicos da antropologia por meio de pessoas que fizeram parte dessa história. Também agradeço aos profs. Márcio Goldman e Gabriel Banaggia, pelas instigantes aulas de Teoria Antropológica II, que colaboraram para consolidar meu referencial antropológico contemporâneo e me ajudaram a entender – um pouco – Bourdieu e Marilyn Strathern.

Sou muito grata especialmente à generosa Adriana Vianna, que muito me ensinou sobre antropologia do gênero, antropologia do Estado e sobre a vida acadêmica. Saberes que marcaram minha passagem pela pós-graduação e que me ajudaram a amadurecer para continuar a caminhar.

Minhas noites no Rio tornaram-se mais felizes desde que ganhei uma família: Natália Melo e Vanini Lima. Uma companheira de república e uma companheira de jornada! Uma mineira e uma portuguesa que rechearam minha vida de amor e alegria! Agradeço à Nat pelas prosas cervejeiras sempre hilárias e intensas! E agradeço à Vanininha pelo amparo amoroso e por proporcionar (e me convencer a conviver) com seu felino falante Eric. Agradeço a ela também pelo apoio nas leituras e experimentações com Derrida!

Do Rio para São Paulo, agradeço à toda a equipe de coordenação dos Protocolos da Atenção Básica, Flaviana Alves e Raquel Cardoso, pela tenacidade nessa luta incansável contra as correntes corporativas e amarras institucionais. Agradeço também à parceira dra. Karina Calife pela oportunidade de aprender sobre saúde das mulheres.

Não posso deixar de agradecer à minha família pelo apoio sempre presente, embora distante. À minha mãe dedico minha profunda gratidão por ter me incentivado a estudar, mesmo quando tudo parecia inalcançável. Agradeço a meus irmãos, em especial minha irmã Clara, que, direto de Viena, provê a mim de grandes inspirações acadêmicas. A meu primo Danilo, agradeço pelo afeto e amizade perenes. Ao Borges, pelas leituras emocionadas de Philip Roth, pelas descobertas e visitas aos “abismos da alma”. Amo muito todos vocês.

Por fim, agradeço aos docentes das bancas de qualificação e de defesa, que aceitaram ler minha produção com paciência e que certamente serão lembrados com carinho por toda a contribuição que deram para esta tese.

ESCRAVO EM PAPELÓPOLIS

Ó burocrata!
Que ódio vos tenho, e se fosse apenas ódio...
É ainda o sentimento
Da vida que perdi sendo um dos vossos.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

GOMES, Margareth Cristina de Almeida. **Corpos que “contam”**: uma etnografia sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. 2017. 247 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O presente trabalho teve como objetivo central compreender os processos de formulação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Ministério da Saúde (MS). As informações foram coletadas a partir de pesquisa de campo realizada durante cerca de dois anos nos variados espaços de construção da política em Brasília-DF. O foco de observação da pesquisa recaiu no trabalho operado pelos *técnicos* do MS. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas visando explorar bem como articular os entendimentos dos atores que participam da elaboração de políticas de promoção da equidade acerca da *gestão estratégica e participativa* e da *agenda* de “saúde LGBT”. A análise dos dados etnográficos ressaltou a importância do “trabalho de formiguinha” dos *técnicos* para sistematização das ações desta *agenda*, bem como as relações entre a operação da administração estatal e a conformação de necessidades em saúde para sujeitos de sexualidades não normativas ou não convencionais. A realização de observação participante na condição de consultora, aqui denominada como “etnografia consultora”, possibilitou à pesquisadora reflexões sobre estratégias político-administrativas que colaboram para a conformação de um “corpo LGBT” vulnerável, sustentando entendimentos sobre as necessidades tornadas *demandas* que viabilizam a existência da “saúde LGBT” no contexto das políticas de saúde brasileiras.

Palavras-chave: saúde LGBT. Equidade. Formulação de políticas. Sexualidade.

ABSTRACT

GOMES, Margareth Cristina de Almeida. **Bodies that “counts”**: an ethnography of the National Integral Health Policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transgender, and Transexuals. 2017. 247 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The present work was aimed in understanding the processes involved in the development of National Integral Health Policy for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transgender, and Transsexuals” (LGBT) in the Brazilian Ministry of Health. Data was collected by means of participative field observation conducted during about two years in the various levels of policy development in the federal district of Brasília. The observations focused primarily on the work performed by the Ministry’s health technicians. In addition, semi-structured interviews were carried out in order to explore and articulate the understanding of the different actors engaged in the elaboration of policies to promote equity regarding *strategic and participatory* management and the LGBT health *agenda*. Results of the ethnographic data analyses reinforced the importance of the repetitive, routine work of the health technicians in systematizing the actions of the agenda as well as their role in informing the state administration operating practices about the special health needs of people of non-normative or non-conventional sexualities. The participant observation in the role of consultant as used in this work and referred to as “consulting ethnography”, allowed the researcher to reflect on political and administrative strategies which contribute to the formation of a vulnerable “LGBT body”. Moreover, these strategies support the understanding that the existence of “LGBT health” in the context of Brazilian health policies will only be possible when these *needs* of the LGBT community are officially recognized as genuine health issues.

Keywords: LGBT health. Equity. Sexuality. Policy making.

RESUMEN

GOMES, Margareth Cristina de Almeida. **Cuerpos que “cuentan”**: una etnografía sobre la Política Nacional de Salud LGBT. 2017. 247 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

El presente trabajo tuvo como objetivo central comprender los procesos de formulación de la Política Nacional de Salud Integral para Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros y Transexuales (LGBT) del Ministerio de Salud (MS) de Brasil. Las informaciones fueron recolectadas a partir de una investigación de campo realizada durante dos años en diferentes espacios de construcción de la política en Brasília-DF. El foco de observación de la investigación recayó en el trabajo realizado por los técnicos del MS. También fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas con el objetivo de entender y articular los entendimientos de los actores que participan de la elaboración de políticas de promoción de la equidad acerca de la gestión *estratégica y participativa* y la *agenda* de “salud LGBT”. El análisis de los datos etnográficos reveló la importancia del “trabajo de hormiga” de los técnicos para la sistematización de las acciones de esta agenda, así como su rol en el asesoramiento de las prácticas operativas de la administración estatal para su adecuación a las necesidades de salud de sujetos de sexualidades no normativas o no convencionales. La realización de observación participante en la condición de consultora, aquí denominada “etnografía consultora”, permitió a la investigadora reflexiones sobre estrategias político-administrativas que colaboran para la conformación de un “cuerpo LGBT” vulnerable, sustentando entendimientos sobre las necesidades tornadas *demandas* que viabilizan la existencia de la “salud LGBT” en el contexto de las políticas de salud brasileñas.

Palabras clave: salud LGBT. Equidad. Sexualidad. Formulación de políticas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais
Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde
Artgay	Articulação de Homens Gays
BSH	Programa Brasil Sem Homofobia (BSH)
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Caps	Centros de Atendimento Psicossocial
CapsAD	Centro de Atendimento Psicossocial – Álcool e outras Drogas
CF	Constituição Federal
CGAPDC	Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas
Cgdant	Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CGFPS	Coordenação-Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde
Cggab	Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
Cgmac	Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade
Cgmad	Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
CGSM	Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNCD-LGBT	Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSH	Coordenação Nacional de Saúde do Homem
CNSH	Coordenação Nacional de Saúde dos Homens
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Contag	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
DAB	Departamento de Atenção Básica
Daet	Departamento de Ações Especializadas Temáticas
Dagep	Departamento de Apoio à Gestão Participativa
DAI	Departamento de Articulação Interfederativa
DANTPS	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
Dapes	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DAS	Direção e Assessoramento Superiores
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DDAHV	Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais
Decit	Departamento de Ciência e Tecnologia
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
Denasus	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DGP	Departamento de Gestão Participativa
DNS	Departamento Nacional de Saúde
Doges	Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EVS	Equipes Volantes de Saúde
Fetags	Federações de Trabalhadores na Agricultura
Fonges- LGBT	Fórum Nacional das Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GLBTT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis
GLTB	Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais
GT	Grupo de Trabalho
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Papiloma Virus</i>
Ibrate	Instituto Brasileiro de Transmasculinidades
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IMS	Instituto de Medicina Social
ISBN	<i>International Standard Book Number</i>
ISEqH	<i>International Society of Equity in Health</i>
ISSN	<i>International Standard Serial Number</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LBL	Liga Brasileira de Lésbicas
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MDSA	Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário
MS	Ministério da Saúde
Nesp	Núcleo de Estudos em Saúde Pública
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PLC	Projeto de Lei Complementar
PMDB	Partido do Movimento Democrático do Brasil
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral LGBT
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e Floresta
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPA	Plano Plurianual
PR	Secretaria-Geral da Presidência da República
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
Sasi	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
Sctie	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SE	Secretaria Executiva
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
Seppir	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
Sesai	Secretaria Especial da Saúde Indígena
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
Sgep	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Sgeplan	Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento
SGP	Secretaria de Gestão Participativa
Sgtes	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SHS	Setor Hoteleiro Sul
Sinai	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
Sipar	Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
STTRs	Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
Uerj	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UnB	Universidade de Brasília
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	O QUE REALMENTE “CONTA” COMO UMA QUESTÃO DE “SAÚDE LGBT”?	35
1.1	Contornando os sentidos dos corpos que “contam”	38
1.1.1	<u>Saúde pública, cálculos e corpos contáveis</u>	39
1.1.2	<u>Saúde coletiva, direitos humanos e corpos que “contam”</u>	46
1.2	Enunciações sobre os corpos que “contam”	52
1.2.1	<u>Mudanças terminológicas nos documentos do setor Saúde</u>	64
1.2.2	<u>Semânticas da equidade e políticas de promoção da equidade em saúde: a conjunção dos “vulneráveis”</u>	71
2	MAPA MICROPOLÍTICO da “Saúde LGBT” no espaço-tempo do MINISTÉRIO DA SAÚDE	80
2.1	Uma etnografia, múltiplos “crachás”: circulação entre saberes micropolíticos de governo e gestão	87
2.1.1	<u>Trânsitos entre fronteiras no cenário do I Seminário Nacional de Saúde LGBT</u>	88
2.1.2	<u>Duplo “crachá” e identificações etnográficas</u>	90
2.1.3	<u>Múltiplos “crachás” e circulações etnográficas</u>	92
2.2	Interseccionalidades e as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde	98
2.2.1	<u>O “fazer consultor” e o “devir etnógrafo”</u>	100
2.3	Singularizando diversidades, interseccionando diferenças: a agenda da “saúde LGBT” no Ministério da Saúde	104
3	CORPOS VULNERÁVEIS E SABERES QUE “CONTAM” PARA UMA “SAÚDE LGBT”	119
3.1	“O papel nas pessoas”: as necessidades de saúde enunciadas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT	126
3.2	“As pessoas no papel”: as demandas delineadas no I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT	132
3.3	Sobre papéis e pessoas: a consolidação de uma demanda de	

	“saúde LGBT” e a busca por uma semiologia das vulnerabilidades.....	139
4	CUIDADO, CIDADANIA E A “PACTUAÇÃO DAS DIFERENÇAS”....	151
4.1	“Bater, pedir”: modos de performar a gestão estratégica e participativa.....	155
4.2	“O tom da coisa é o ministério que dá”: limites de pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.....	163
4.3	O fim das contas: políticas de cidadania em Saúde.....	172
	CONSIDERAÇÕES FINAIS: PELA CONTINUIDADE DO DEBATE SOBRE OS CORPOS QUE “CONTAM” PARA UMA “SAÚDE LGBT”..	181
	REFERÊNCIAS.....	187
	ANEXO A – Eventos nacionais do setor Saúde que compõem a “Saúde LGBT”, conforme ordenação cronológica.....	203
	ANEXO B – Estrutura regimental do Ministério da Saúde.....	205
	ANEXO C – Programação do I Seminário de Saúde LGBT.....	240
	ANEXO D – Roteiro da Roda de Conversa de Saúde de Lésbicas e Bissexuais no I Seminário Nacional de Saúde LGBT.....	244
	ANEXO E – Roteiro da Roda de Conversa de Saúde de Homens Gays e Bissexuais no I Seminário Nacional de Saúde LGBT.....	245
	ANEXO F – Roteiro da Roda de Conversa de Saúde Trans no I Seminário Nacional de Saúde LGBT.....	246
	ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado na pesquisa.....	247

INTRODUÇÃO

Esta tese aborda, do início ao fim, a gênese de um problema. Problemas são questões que podem movimentar corpos, registros, ações, instituições em torno de formas possíveis de resolução. Também podem produzir a ideia de que são inevitáveis e, assim, provocar a reflexão sobre os modos de lidar – seja sustentando-os, seja criando-os – com seus efeitos e vicissitudes.

A ideia de problema será, então, tomada aqui como algo que extrapola uma valência negativa, mas como questões que provocam inquietações no âmbito individual e coletivo e fomentam agenciamentos sociais. Problema não significa somente aquilo que desestabiliza, mas um conjunto de desconfortos que mobilizam e são mobilizados nas interações.¹

No campo da saúde coletiva, problemas seriam elementos que subsidiam políticas e que perturbam a afirmação de um modo saudável de vida; problemas são tudo aquilo que perturba a concretização da saúde, a promoção do bem-estar garantida por uma vida de ambientes e práticas saudáveis. No âmbito político, “problemas sociais” seriam um conjunto de práticas, relações e, por consequência, sujeitos sociais inadequados, acerca dos quais o Estado deve indicar formas e agentes para realizar intervenções, de modo a solucioná-los (VIANNA, 2013). As intervenções derivam de práticas de administração, “modo[s] pelo[s] qual[quais] impasses são conduzidos a uma direção específica” (VIANNA, 2002, p. 16). As “políticas públicas” constituem uma dimensão normativa dos “direitos”, aquela na qual são enunciadas quase que idealmente as ações a serem realizadas pelos agentes envolvidos no “problema social”.

O problema abordado nesta tese diz respeito ao grupo de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), população-alvo da chamada Política Nacional de Saúde Integral LGBT. As perturbações geradas por este problema contornam a questão sobre o que teria tornado esta população um “problema social” suficientemente consistente para tornar-se objeto de uma política pública

¹ Esta ponderação sobre “problema” foi inspirada nas discussões de Butler (2013) sobre os debates feministas contemporâneos em torno do conceito de gênero.

de saúde.² Essas perturbações podem afetar em intensidades diferentes os variados atores envolvidos na política pública mencionada: população em geral, movimento LGBT, formuladores de políticas (dirigentes que representam a política, *técnicos* que a executam).

Considerando os diferentes cenários de observação possíveis para análise da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, privilegiei a perspectiva dos *técnicos* que a executam. Essa escolha se ancora em minha experiência de trabalho como consultora realizada junto ao Ministério da Saúde (MS) e consiste em uma observação da política em ação, no cotidiano de sua operação. Assim, foi possível acessar um terreno de atribuições majoritariamente macropolíticas em relação aos demais níveis interfederativos e, ao mesmo tempo, um território de interações micropolíticas que alavancam a política, elucidando os processos de construção no nível do gestor federal que sustentaram e sustentam a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Entre os formuladores de políticas governamentais – gestores e *técnicos* –, destaco o papel dos *técnicos* do MS.³ Estes seriam os atores centrais na operação da tradução de tudo o que os diferentes atores da Política de Saúde LGBT pautam em uma linguagem que faça sentido no universo de políticas de saúde. Têm uma função pedagógica, de aprender e ensinar sobre o funcionamento administrativo do governo e, ao mesmo tempo, têm uma função política, de adequar as *demandas* em ações, em formatos institucionalizados possíveis e passíveis de implementação nos demais níveis interfederativos.

Partindo da ideia de que a viabilidade de uma política se alicerça na constatação e na existência de problemas, os *técnicos* seriam aqueles que auxiliam em seu equacionamento. O termo *técnico* não informa sobre um tipo de vínculo de trabalho, mas sobre o papel de colaboração operado por todos aqueles que desenvolvem atividades técnicas especializadas orientadas para as políticas

² Utilizo a expressão “políticas públicas” como sinônimo de “políticas governamentais” (LIMA; CASTRO, 2008), por seu acionamento e valor semântico em campo. Embora não ceda à recomendação de Lima e Castro (2008; 2015), no sentido de “suspender a ideia de *público* como qualitativo para os fins das ações do Estado” (2008, p. 371, grifo dos autores), estou de acordo com as reflexões propostas pelos autores, de que programas estatais refletem ações e tecnologias de governo e, portanto, o adjetivo “governamental” pode ser mais adequado na produção acadêmica no campo de uma “antropologia da política e do Estado” (LEIRNER, 2013, p. 86).

³ Termo êmico que designa os profissionais de diferentes vínculos que trabalham e circulam pelo Ministério da Saúde. O termo não se refere apenas aos profissionais de vínculo formal com a instituição, mas abarca todos aqueles que colaboram para as iniciativas do ministério (por isso comumente são também chamados de *colaboradores*).

públicas. Em uma abstração mais ampla, além de serem aqueles que fazem circular “carimbos e protocolos que consagram” (VIANNA, 2014, p. 46) os problemas, seriam capazes de redefini-los de uma forma que se torne possível alguma melhoria ou solução. Na lógica de que as políticas sustentam e são sustentadas por problemas, os *técnicos* descobririam “a melhor maneira de criá-los, a melhor maneira de tê-los” (BUTLER, 2013, p. 7), dada sua inevitabilidade.

Sirvo-me, então, dessas inquietações para compreender o papel dos trabalhadores, com seus diferentes “crachás”, na construção da Política de Saúde LGBT. Também busco entender o englobamento dos sujeitos LGBT como parte das “populações vulneráveis”, o que acredito ser condição fundamental para sua produção enquanto problema social e objeto de uma política pública de saúde.

Com base na ideia de “crachá”, alusiva à apresentação da identidade funcional, muito comum para autorizações de entrada/saída em prédios de instituições federais em Brasília, foi possível observar o acionamento de diferentes formas dos sujeitos se denominarem no mundo social e como performam suas classificações. Esta estratégia teórico-metodológica busca evitar afirmações que findem por essencializar os sujeitos envolvidos nas situações de participação política, como quando se lança mão do termo *identidade*, muito comum em estudos que tecem análises sobre políticas públicas. Especificamente sobre o uso do termo *identidade*, informo que foi utilizado apenas quando os sujeitos privilegiados na pesquisa o adotavam, como no caso de “identidade de gênero”.

Para tal, esta pesquisa acionou três frentes estratégicas para reunião de dados: *i*) levantamento e análise de documentos relativos à saúde da população LGBT; *ii*) observação sistemática de eventos e reuniões de articulação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Comitê Técnico de Saúde LGBT, Pesquisa Nacional de Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT no SUS); e *iii*) entrevistas com *técnicos* que desempenham a articulação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no MS.

Na primeira frente, foram levantados documentos relativos à “saúde da população LGBT” ou “saúde LGBT”. Existem ao menos dois momentos importantes neste levantamento: o primeiro diz respeito à busca por normativos existentes sobre “saúde LGBT”. O segundo momento é referente à busca sistemática, a partir do descritor “saúde LGBT”, de artigos científicos e bibliografias que ensejaram reflexões sobre a constituição desta noção enquanto mote de políticas de governo. Os

normativos foram acessados pelo Portal Saúde, *website* do MS, e por buscas no Saúde Legis, repositório de documentos normativos do MS, a partir dos descritores “populações vulneráveis”, “vulnerabilidade” e “equidade”. Já os artigos científicos foram buscados em repositórios de dados e bibliotecas digitais⁴ de amplo acesso.

A busca sistemática a partir do descritor “saúde LGBT” foi uma estratégia para filtragem das ocorrências em torno de meus interesses de pesquisa. A escolha por abordar os normativos deve-se menos à primazia do plano legal e mais por expressarem o que foi significativo no próprio percurso etnográfico. Assim como nas pesquisas de Lowenkron (2012) e Ferreira (2013), uma parte importante do trabalho de campo consistiu na leitura de normativos produzidos pelos interlocutores, no meu caso, os *técnicos* do MS. Acredito que legislações consistem em “enunciados acerca do ‘dever ser’ das sociedades” (VIANNA, 2002, p. 18) e, portanto, têm implicações morais para quem as compartilha. Por este motivo, não me detive na análise dos normativos, mas em seu uso de forma “significativa”, isto é, alinhavado e aliado às experiências de campo e entrevistas.⁵

O que chamo de publicação significa todo tipo de registro sobre as políticas governamentais presente em meios de ampla divulgação, utilizado como subsídio para ação política. De toda a sorte de publicações do MS – guias, folhetos, cartazes, vídeos e legislações –, foram utilizados dois tipos: as publicações de caráter majoritariamente temático e as de caráter normativo. As publicações de caráter temático constituem materiais de cunho formativo, dedicados à abordagem de assuntos relacionados à saúde pública. Já as publicações de caráter normativo constituem materiais de cunho jurídico, que contêm instruções acerca da aplicação de regulamentos que determinam providências de ordem administrativa e que podem conter atos de diferentes espécies normativas, tais como leis, decretos ou portarias.

O meio de obtenção das publicações foi primordialmente virtual, já que o MS trabalha desde 2008 com licenciamento nos termos da *Creative Commons*, que implica ampla disponibilização para livre acesso e livre uso (“reprodução parcial ou total das obras, desde que citada a fonte”). No que diz respeito ao acesso, o mesmo vale para os normativos utilizados (portarias e normas técnicas). No entanto, a

⁴ Bases de dados pesquisadas: Lilacs, Ibecs, Medline, SciELO (de ciências da saúde) e Hisa (de área especializada). Bibliotecas digitais utilizadas: Biblioteca Cochrane e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

⁵ Uma linha do tempo contendo os eventos relevantes para fins de orientação cronológica sobre a instituição da Saúde LGBT pode ser encontrada no anexo A.

seleção de quais documentos seriam úteis à análise foi realizada a partir de sinalizações dos *técnicos* acerca do que poderia ser público e prioritário na *agenda* de políticas, ou seja, na articulação e pactuação da política em âmbito intraministerial.

A realização da etnografia inscreveu-se na experiência de atuação como consultora técnica da Organização Panamericana de Saúde (Opas) em *agenda* voltada para o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, entre 2013 e 2015. No papel de *técnica*, pude compor o que chamo de “mapa micropolítico” das práticas de gestão das políticas de saúde. Essa experiência mostrou-se metodológica e politicamente relevante para o desenvolvimento do objeto da tese. Pela possibilidade de compreensão do fazer político nas malhas do Estado, denominei os registros de minha elucidativa experiência de trabalho como uma “etnografia consultora”.

Meus itinerários de pesquisa englobaram observações da atuação de *técnicos* na malha institucional do MS,⁶ responsáveis pela articulação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Por meio da prática etnográfica, foi realizada observação participante em todos os eventos envolvendo a “saúde LGBT” promovidos pelo MS e pela Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) da Secretaria Especial da Presidência da República (PR), nos anos de 2013 e 2014.⁷ Essas observações podem ser mais bem caracterizadas como “participações observantes” (WACQUANT, 2002), já que a experiência como consultora implicava em uma atuação ativa, com constante interlocução junto ao DAB e demais instâncias do setor Saúde.

Por fim, pude acompanhar as reuniões técnicas do chamado Grupo Intraministerial de Saúde LGBT e do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, bem como a apresentação de andamento da Pesquisa Nacional de Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT no SUS, que

⁶ Ver Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, disponível no anexo B.

⁷ As participações se deram por convite do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa (Dagep), Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (Dapes) e Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), normalmente para representação do DAB. Os eventos acompanhados foram: I Seminário Nacional de Saúde LGBT (2013), Oficina de Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais (2014), Seminário Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais (2014), Seminário sobre Transexualidade e Travestilidade no SUS (2014), I Simpósio de Atenção Integral à Saúde dos Homens (2014). Não houve, no período mencionado, evento especialmente voltado à saúde dos homens gays e homens bissexuais. Soube, após finalização do trabalho de campo, que um evento tematizando gays e bissexuais aconteceu no primeiro semestre de 2015, organizado pelo Dagep e Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais (DDAHV). Fora do período mencionado, participei da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015), a convite do DAB, e das Conferências Nacionais Conjuntas de Direitos Humanos (2016), a convite do Dagep.

aconteceram nesse mesmo período em Brasília (DF). As situações de observação foram de relevância central na definição do objeto de pesquisa desta tese, e orientaram não somente a eleição dos sujeitos privilegiados na pesquisa, mas também a análise dos dados.

Os sujeitos de pesquisa entrevistados foram eleitos a partir da identificação dos participantes na esfera do dispositivo do Comitê Técnico de Saúde LGBT, para subsidiar o entendimento de que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT é construída por um conjunto de atores envolvidos nas (e pelas) malhas do Estado, envolvidos por um *background* normativo e performativo. Além da observação nas reuniões do Comitê, outras estratégias para identificação abarcaram circulações em eventos e interações etnográficas com os *técnicos* que lidam cotidianamente com a Política de Saúde LGBT.

Foram realizadas, ao todo, oito entrevistas com *técnicos* atuantes no MS à época. Os entrevistados foram denominados com símbolos de operadores matemáticos como x , y , π , Σ , a fim de garantir não apenas o sigilo ético deste estudo, mas por traduzir a obliteração do trabalho que desenvolvem no cotidiano institucional. São parte da equação que produz os corpos que “contam”.

Por lançar luz aos *técnicos*, vale esclarecer que não escolhi seguir nesta tese um modelo de análise que abarca as reivindicações do movimento LGBT relacionadas à saúde. Em minha “etnografia consultora”, optei por observar os agentes governamentais que atuam na produção de políticas do setor Saúde.⁸

Assim, não foram envolvidos apenas *técnicos* do departamento que concentra a *agenda* da “saúde LGBT”, mas os demais que participam da articulação intrassetorial da referida política. O conceito de *agenda* será trabalhado em outra seção da tese e, por hora, basta entendê-lo como o processo de agendamento das políticas e programas propostos por atores de uma instituição ou, ainda, os modos como *demandas* adquirem formatos administrativos no âmbito de uma política de saúde.

Considero o Estado como um espaço-tempo⁹ em que se encontram sujeitos, técnicas, artefatos em constante interação. O Estado está sempre em construção,

⁸ Em minhas próprias palavras, designo como “setor” as instituições e o conjunto de valores, conhecimentos e habilidades que, compartilhadas entre os atores envolvidos nas instituições, produzem políticas governamentais.

⁹ Noção proposta por Doreen-Massey (2008), que designa o espaço como contingente e aberto ao acontecimento, ao inesperado, que é o elemento do tempo.

nunca é estanque ou algo “dado”. Opera como um âmbito no qual há a convergência de formas simbólicas de apreensão do mundo social, que é “gestado e gerido”, nos termos de Lima (2002). A concepção de Estado que orienta minhas reflexões nesta tese consiste em um misto de “crença e materialidade” (TEIXEIRA; LIMA, 2010, p. 57), um fenômeno que abarca ideias e práticas fundamentadas em relações de poder e que produz efeitos, os chamados “efeitos de Estado” (MITCHELL, 2006), que constituem e reforçam a própria imagem que o define. Neste sentido, abordo as políticas públicas “como *linguagem de poder*, como *agentes culturais* e como *tecnologia política*” (LIMA; CASTRO, 2008, p. 365, grifo dos autores).

Levando em consideração que uma perspectiva teórico-metodológica pertinente ao estudo do Estado é investigá-lo a partir das práticas de governo ou práticas de gestão, foi possível identificar alguns dispositivos conduzidos pelo Dagep que, como previamente enunciado, concentra a *agenda* da chamada “saúde LGBT”, para articulação das ações voltadas para a “população LGBT”. Estes dispositivos consistiam no Comitê Técnico de Saúde LGBT e na Pesquisa Nacional de Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT no SUS.¹⁰ Identifiquei estes dispositivos como espaços-tempo estratégicos para observar as dimensões intra/intersectoriais e acadêmico-científicas que (con)formam as articulações da política e que são cruciais neste “fazer-se no ‘Estado’” (AGUIÃO, 2014) da política.

As dimensões acadêmico-científica e intra/intersectoriais da Política Nacional de Saúde Integral LGBT foram abordadas sob a forma em que foram vividas no plano empírico, ou seja, enredadas e entrecruzadas. Esta escolha se sustentou no entendimento de que o jogo no estabelecimento das sempre móveis fronteiras de entidades como “Estado”, “academia” e “sociedade” poderia ser fértil para compreensão dos processos de produção do próprio Estado. Em consonância com as proposições de Mitchell (2006),

uma construção como o Estado ocorre não apenas como um uma crença subjetiva, mas como uma representação reproduzida em formas visíveis todos os dias [...]. As formas ideológicas do Estado são um fenômeno

¹⁰ A despeito deste entendimento, o acompanhamento da pesquisa não prosperou nesta tese. Isso se justifica devido à estrutura multicêntrica delineada para o estudo e por sucessivas repactuações do calendário de entrega dos resultados parciais, inicialmente previstos para abril de 2015. Apesar dessas contingências, a equipe coordenadora se mostrou generosamente receptiva à minha participação e minhas dúvidas. Realizado sob a condução do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) da Universidade de Brasília (UnB), o projeto da pesquisa está disponível na íntegra no *site* do Nesp/UnB: <http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/projeto/PROJETO_saudelgbt.pdf>.

empírico, tão sólido e perceptível como uma estrutura jurídica [...] a distinção feita entre um reino conceitual e um empírico precisa ser colocado em cheque se quisermos compreender a natureza de um fenômeno como o Estado (MITCHELL, 2006, p. 173).

Isso reforçou minha percepção de que, além deste “borramento” de fronteiras entre entidades refletir melhor meu engajamento no campo, seria uma forma útil para retratar de maneira mais fidedigna a realidade social e os agenciamentos que produzem a *agenda* da “saúde LGBT”, interna e externamente ao setor Saúde

O que chamo de dimensão acadêmico-científica consiste na análise de todas as publicações relacionadas ao descritor “saúde LGBT” indexadas em repositórios digitais de dados referenciais, nacionais e internacionais.¹¹ O descritor mencionado foi privilegiado por conta do objeto de interesse desta tese, que visa refletir sobre o surgimento de preocupações e intervenções de políticas de saúde que aludem aos sujeitos LGBT tomados em conjunto. No entanto, é importante destacar que efetuei buscas com descritores alternativos para comparar ocorrências e absorver produções que apontassem necessidades de políticas voltadas para uma possível “população vulnerável” LGBT.¹² Também foram buscados dados relativos à execução da Pesquisa Nacional de Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT no SUS.

Essa dimensão foi planejada por minha expectativa inicial, algo equivocada, de que as produções científicas já teriam consolidado extenso conhecimento sobre as políticas de saúde voltadas para a “população LGBT” tomada em conjunto. Esta expectativa esteve bastante afetada por minhas percepções do campo, e a assertividade com a qual os sujeitos em campo afirmavam as necessidades de um “corpo LGBT”. Ao cogitar a busca com descritores alternativos, minha primeira conclusão foi a de que a “saúde LGBT” é um campo relativamente novo, em construção, e de matizes regionais.

Diante dessa frustração inicial, posso afirmar que a preocupação em perscrutar as publicações em torno da “saúde LGBT” não se sustentou pela

¹¹ À época em que foram levadas à cabo, estas análises abarcaram 175 ocorrências (número que engloba duplicidades e artigos escritos em outros idiomas além do inglês, espanhol, português e francês) encontradas entre 2013 e 2015.

¹² Faço este adendo porque, no rol de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), utilizados como terminologia padrão para buscas de publicações nas bases Lilacs, Medline e Bireme, o descritor “saúde LGBT” não existe. Termos possivelmente correlatos como “LGBT” e “orientação sexual” também não. A terminologia DeCS incorporou apenas os descritores: “homossexualidade feminina”; “homossexualidade masculina”; “travestismo”; “transexualismo”; “bissexualidade”; “comportamento sexual”; “pessoas transgênero” e “identidade de gênero”, que se mostraram úteis como estratégia alternativa de busca.

pretensão de apresentar um panorama sobre o que tem sido produzido em torno do assunto, mas pela necessidade de observar argumentos que pudessem elucidar a proposta desta tese, que consiste em pensar a relação entre a operação da administração estatal e a conformação de necessidades em saúde para sujeitos de sexualidades não normativas ou não convencionais. Considero-as como foco privilegiado para a compreensão das dimensões performativas do Estado, uma vez que tais sexualidades mobilizam um potencial interessante de cuidado e controle de corpos não convencionais por meio de diferentes agentes e tecnologias estatais.

Ao pensar o potencial de “cuidado/controlado de corpos não convencionais”, dialogo indiretamente com a perspectiva da medicalização (CONRAD, 1975; 2007). Digo “indiretamente” porque este trabalho não se encontra no campo de estudos críticos da sociologia da saúde e não foi dedicado a denunciar “a crescente influência da medicina em campos que até então não lhe pertenciam” (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 22).¹³

Apesar de cotejar esse “diálogo indireto” por meio da observação do papel de diferentes atores – inclusive os próprios sujeitos “medicalizados” nos processos de medicalização –, menciono tais processos com algum distanciamento crítico na medida em que não pretendo, com seu uso, realizar ampliações generalistas que o tornem um conceito monolítico. Pensando nisso, proponho aqui um “diálogo indireto” com a perspectiva da medicalização justamente por entender que procurei observar as relações entre o poder e os indivíduos em equações menos opostas.¹⁴ A escolha para galgar tal diálogo foi implementada por uma espécie de “cotejamento

¹³ Ao apresentar o estatuto da medicalização e as ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização, Gaudenzi e Ortega (2012) afirmam que os estudos tradicionais sobre medicalização inclinam-se menos a pensar a perspectiva dos indivíduos no próprio processo da medicalização e mais sobre os efeitos do poder deste processo sobre os indivíduos.

¹⁴ Alguns autores mencionam a noção de diálogo enquanto imagem metodológica para a antropologia, após a virada reflexiva da disciplina, pós-década de 1980 (STRATHERN, 1987; CLIFFORD, 2011; CLIFFORD; MARCUS, 1986). Esta noção foi utilizada como tentativa de superação da unilateralidade e hierarquização das relações estabelecidas entre pesquisador e sujeitos privilegiados na pesquisa. A cada interpretação, seria empreendido o exercício de imaginação etnográfica, tentando entender como os pesquisados pensariam sua questão, o que não deixa de ser “certa forma de diálogo” (STRATHERN, 1987). Contudo, aquilo que é postulado como um campo de verdades – porque os trabalhos são ficcionais, mas as pessoas, não – seriam verdades de cunho parcial, assim como as conexões de sentidos propostas pelos antropólogos. Textualizações seriam também contextualizações, pelas conexões igualmente parciais e vinculadas ao campo de elementos que mantém a estabilidade de um objeto de pesquisa até que se conclua uma análise inteligível (STRATHERN, 1987).

polifônico”¹⁵ de bibliografias, um alinhavo entre muitos textos e vozes de fontes heterogêneas, devidamente referidas e intencionalmente misturadas.

Teço algumas considerações a seguir sobre minhas aproximações ao conceito de medicalização, para orientar o leitor acerca das perspectivas que influenciaram esta tese e que movimentaram minhas reflexões de pesquisa.

Na esteira dos estudos consolidados por Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014), que apontam a existência de um sem-número de “objetos medicalizáveis” na atualidade, como a infância, a gravidez e o parto, o envelhecimento, a masculinidade etc. (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014, p. 1.860), há uma preocupação crítica em relação ao uso do termo medicalização. Isso se justifica por certa propensão generalista despertada pela leitura deste conceito e suas inflexões práticas.

Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014) apontam ao menos dois períodos históricos que foram objeto de debate e desdobraram em produções relevantes sobre o conceito de medicalização, promovendo diferentes sentidos para o termo. O primeiro diz respeito ao final do século XVIII e início do século XIX, partindo da preocupação com a consolidação do Estado-Nação, debate este encampado por Foucault (1979; 1999; 2010). O segundo período consistiu em debates centrados no século XX, no pós-Segunda Guerra, empreendidos por autores como Illich (1976; 1986) e Conrad (2007).

No que se refere ao debate realizado por Foucault em relação ao primeiro período histórico, é importante destacar que a medicalização pode ser pensada como dispositivo fundamental em sua crítica analítica do poder. Isso porque o autor propõe um deslocamento do entendimento do Estado como centro soberano de autoridade para o Estado como *locus* atravessado por diferentes malhas de poder, “uma série de redes de poder que investem o corpo, a sexualidade, a família, o parentesco, o conhecimento, a tecnologia etc.” (FOUCAULT, 1980, p. 122). Nesse sentido, a medicalização seria parte dos vetores de biopoder¹⁶ que compõem estas redes e que colabora para o exercício da biopolítica foucaultiana. A biopolítica operaria por meio da pedagogização do sexo das crianças, da histerização do corpo

¹⁵ Aqui inspiro-me na instigante discussão sobre tipos de autoridade etnográfica e as novas condições de produção etnográfica ao longo do desenvolvimento do campo da antropologia, tal como proposta por Clifford (2011).

¹⁶ Na orientação do pensamento foucaultiano, o biopoder se referiria à prática de regulação dos Estados Modernos, que delimita padrões de normalidade na anátomo-fisiologia dos corpos e opera o controle das populações.

das mulheres e da psiquiatrização das perversões, estratégias que eivam os corpos e as sexualidades de uma medicalização meticulosa em nome da sociedade.¹⁷

Na conferência proferida no Rio de Janeiro, em 1976, Foucault menciona o termo medicalização de forma bastante útil às reflexões em torno do tema. Com a intenção de problematizar a prática contemporânea da medicina, assumindo funções modernas caracterizadas pela estatização e socialização de suas tecnologias, afirma que “vivemos num regime em que uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre as doenças e a saúde” (FOUCAULT, 2010, p. 171). A este regime, o filósofo francês chamou “somatocracia”, centrado nas práticas médicas, de caráter “bio-histórico” (FOUCAULT, 2010, p. 178) e eminentemente social.¹⁸

No contexto da somatocracia, teria se desenvolvido a “medicalização indefinida”, fenômeno que aconteceu a partir do século XX e que designaria o momento no qual

a medicina começou a funcionar fora de seu campo tradicional, definido pela demanda do doente, seu sofrimento, seus sintomas, seu mal-estar, o que promove a intervenção médica e circunscreve seu campo de atividade, definido por um domínio de objetos denominados doenças e que dá um estatuto médico à demanda (FOUCAULT, 2010, p. 180).

O delineamento do campo de atuação médico extrapolaria o âmbito de tratamento da “demanda do doente, seu sofrimento, seus sintomas, seu mal-estar” (FOUCAULT, 2010, p.180), incorporando outras dimensões da experiência dos sujeitos. Nesta somatocracia, a ciência médica estabeleceu-se como prática de funções normalizadoras e mediadoras entre os sujeitos e suas questões de saúde, não apenas de doenças. Esse processo de medicalização sem limites definidos consistiria na “medicalização indefinida”.

Os sentidos atribuídos por Illich (1976; 1986) são mencionados por Foucault na conferência previamente citada, e também rendem importante crítica à noção de medicalização. Na obra *Medical nemesis: the expropriation of health*, Illich (1976, p. 4) explicita seu interesse na “epidemia de iatrogenia” e analisa o espectro de efeitos gerados pelos agentes médicos. Afirma que este processo se sustentou no

¹⁷ Segundo Foucault (1999, p. 292-293), “a biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder”.

¹⁸ Foucault (2010, p. 178) chama de bio-história uma “nova dimensão de possibilidades médicas [...] na qual o médico e o biólogo já não trabalham no nível do indivíduo e de sua descendência; começam a fazê-lo no da própria vida e de suas ocorrências fundamentais”.

monopólio profissional e no cientificismo aplicado ao cuidado em saúde. Para o autor, a solução para tal epidemia residiria no poder efetivo e na perspectiva privilegiada dos leigos, não dos médicos.

Se levarmos em consideração a posição de Illich nesta obra, a medicalização seria um processo de largas dimensões no qual o cuidado em saúde é transformado em um empreendimento de produção de doentes, por meio de um esforço engenhoso que traduziu a sobrevivência humana não mais na “performance de organismos”,¹⁹ mas no “resultado da manipulação técnica” (ILLICH, 1976, p. 7, tradução nossa).²⁰ Mais precisamente, como definem Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014, p. 1.862) em referência ao autor, um processo “exercido por diferentes estratégias médicas para rotular, descrever, autorizar experiências com o corpo, legando aos indivíduos uma perda da autonomia para lidar com seu sofrimento”.

Em obra posterior, Illich (1986) busca resgatar os processos de iatrogenia que acontecem apenas no plano do corpo – não no plano da subjetividade – na tentativa de conceder destaque às percepções corporais que acontecem, segundo ele, em congruência com as tecnologias médicas. Destaca o corpo como “*locus* primário da experiência”,²¹ como algo que só existe em contexto (ILLICH, 1986, p. 20, tradução nossa).

Além de discutir as mudanças do caráter simbólico da saúde, transladando desde o sentido de saúde como oposição à doença ou sofrimento para a ideia de saúde como bem-estar corporal, o autor sinaliza um declínio do poder médico. E afirma que:

During the sixties the medical profession was prominent in determining what the body is and how it ought to feel. During the seventies it has begun to *share the power to objectify people with other agents*. From an enterprise that objectifies people as bodies or psyches a new model has sprung that engenders people who objectify themselves: who conceive of themselves as “producers” of their bodies (ILLICH, 1986, p. 22, grifo nosso).

O autor reforça, portanto, que o poder de descrever e rotular não pertenceria apenas ao domínio médico, mas ao domínio de “outros agentes” (outros profissionais). Certamente, Illich (1986) pretende não somente driblar as críticas à noção de medicalização implícita em seu primeiro trabalho, como ele mesmo assume, mas

¹⁹ Do inglês “*performance of organisms*”.

²⁰ Do inglês “*results of technical manipulation*”.

²¹ Do inglês “*primary locus of experience*”.

também conceder destaque ao lugar do corpo na produção de iatrogenias ou “danos acidentais aos indivíduos” (ILLICH, 1986, p. 19, tradução nossa).²²

Como parte dos debates centrados no século XX, Illich (1976; 1986) aborda os processos de medicalização como um exercício de controle social. Nesse sentido, os processos estão calcados em uma assimetria entre leigos e médicos, baseados em indivíduos passivos em relação à autoridade médica e baseados em uma medicina “vendida” aos interesses de mercado e da indústria farmacêutica. As críticas a esta produção residem justamente na “despolitização das dimensões sociais do adoecimento e da saúde” (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014, p. 1.863), promovida pela ideia de um “imperialismo médico”²³ (CONRAD, 1975).

Embora acredite na centralidade da atenção médica para forjar uma “saúde LGBT” e para os processos de medicalização, bem como o lastro socioeconômico destes processos, identifico outros agentes relevantes e diferentes poderes de agência que complexificam este contexto. Em diálogo com a produção voltada para o século XX, destaco as publicações de Conrad (1975; 2007) para pensar o papel ativo dos sujeitos nos processos de medicalização.

O autor apresenta críticas à ideia de controle social da medicina, apontando a irregularidade nos processos de medicalização e a variabilidade destes, conforme grupos sociais e a natureza do objeto em disputa. Isso significa que há comportamentos mais “medicalizáveis” que outros e que diferentes vetores concorrem para a eleição de uma verdade sobre o que é saudável para os sujeitos.

Segundo Conrad (2007, p. 4, tradução nossa), a medicalização seria “um processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e distúrbios”.²⁴ A chave deste processo seria o ato de nomear ou definir. E esse ato não estaria restrito aos profissionais médicos: outros agentes como “movimentos sociais, organizações de pacientes e pacientes individualmente também têm sido importantes defensores da medicalização”²⁵ (BROOM; WOODWARD *apud* CONRAD, 2007, p. 6, tradução nossa).

²² Do inglês “*accidental damage to individuals*”.

²³ Apesar de considerar uma noção “autoexplicativa”, lembro aqui que designa algo como patente do poder médico.

²⁴ Do inglês “*a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders*”.

²⁵ Do inglês: “*Social movements, patient organizations, and individual patients have also been important advocates for medicalization*”.

As principais características do processo de medicalização seriam, então: a possibilidade de ser exercido por diferentes atores sociais; o extrapolamento do domínio da doença para abarcar outros domínios da experiência humana; o uso de categorias médicas “elásticas” que dêem conta de incorporar diferentes problemas; o foco em intervenções mais individuais que coletivas; e a possibilidade de ocorrer como processo bidirecional medicalização-desmedicalização (CONRAD, 2007).

A medicalização como processo bidirecional é interessante para pensar o estudo aqui proposto na medida em que toca diretamente os problemas relacionados à sexualidade, a exemplo dos casos de (des)medicalização da masturbação e da homossexualidade (CONRAD, 2007). Entendo-os como parte do processo de “medicalização da sexualidade” (RUSSO, 2004; GIAMI, 2005; ROHDEN, 2009; RUSSO et al., 2011; ROHDEN; RUSSO, 2011).

Atenho-me especificamente ao caso do histórico processo de (des)medicalização da homossexualidade, considerando sua aproximação do contexto contemporâneo de enunciação de uma possível “saúde LGBT”. Não se trata aqui de revisitar um arcabouço teórico robusto já publicado em torno das interfaces entre sexualidade e saúde, mas de pensar aspectos da medicalização da homossexualidade que ajudem a entender este processo como um fenômeno complexo que abarca desde a transformação de questões não médicas em problemas de ordem médica até os argumentos – como evidências científicas – que o legitimam e sustentam interesses sociais e políticos emaranhados em relações de poder.

Foucault (1988; 2011) já observava a sexualidade enquanto dispositivo que articula saber-prazer-poder através de uma economia discursiva. Os discursos sobre o sexo são múltiplos, interseccionados, sutilmente hierarquizados e articulados em torno de feixes de relações de poder. Esta economia discursiva, de silêncios e incitações à fala, promove também a multiplicação de formas singulares de sexualidade disruptivas, como o sexo das crianças, dos “invertidos”, entre outras formas de sexualidade não conjugal e não heterossexual. O desenvolvimento da sexualidade estaria, assim, relacionado às formas de se produzir uma verdade sobre si mesmo, constituindo um modo de produção de subjetividade.

Ancorada na ideia de produção de verdades por meio da criação de definições, a medicalização descreve um processo de produção de definições e intervenções sobre certos problemas em termos médicos, reinscrevendo um largo escopo de questões da vida humana no universo nosológico. Esse processo é

irregular e pode envolver atores fora do campo médico (ROSENBERG, 2006; CONRAD, 2007).

O processo de medicalização da homossexualidade remonta ao século XIX, no contexto da luta contra criminalização da conduta homossexual masculina sob a rotulação da sodomia (CONRAD; SCHNEIDER, 1992; CONRAD, 2007; COSTA, 1992; NUCCI & RUSSO, 2009). Nesse âmbito, as teorias positivistas e evolucionistas impulsionaram a produção científica pelo aparato bio-médico-sanitário em busca de uma “verdade sobre o sexo”, consolidando o que Foucault (2011) chama de *scientia sexualis*. O sexo passou a ser, simultaneamente, foco de uma exploração científica e atividade política (WEEKS, 1989).

Como “cientistas do desejo e filósofos do sexo” (WEEKS, 1989, p. 5), profissionais influenciados pelas tradições da medicina e das ciências *psi* (psicologia, psiquiatria e psicanálise) passam a arbitrar sobre as possibilidades eróticas do corpo, sob interpretações de cunho naturalista ou psicodinâmico que interligam sexo, práticas sexuais e gênero (WEEKS, 1989). Tais visões originaram o que se denominou, a partir dos anos 1970, uma visão “essencialista” de sexualidade.²⁶

No campo médico, o interesse pela sexualidade aconteceu com base no estudo da categoria das perversões sexuais (GIAMI, 2005), com a pretensão de certa neutralidade implícita no discurso científico (GIAMI, 2005; NUCCI; RUSSO, 2009). No entanto, os discursos proferidos por médicos, psicólogos e outros atores sociais que se posicionam sobre as perversões sexuais cumprem com funções sociais e com projetos de moralidade que, longe de serem neutros, estabelecem novos tipos de controles e balizas sobre certas condutas sexuais consideradas normais ou anormais (GIAMI, 2005). Operam a patologização da sexualidade sob o argumento da superação da penalização das condutas sexuais tidas, por longas décadas, como criminosas.

Os modos de definir as sexualidades não normativas ou não convencionais – nos discursos médico e jurídico – destacaram explicações sobre as condutas sexuais e a factualidade de uma gama de variações sexuais. Essas definições expressaram a mediação médico-psicológica das identidades sexuais e seu caráter

²⁶ Segundo Jeffrey Weeks (1989, p. 14, tradução nossa), a abordagem essencialista da sexualidade “conceitua o sexo como uma força dominante sobre o indivíduo que modela não apenas sua vida pessoal, mas sua vida social” (p.14). Do inglês: “*sex conceptualised as an overpowering force in the individual that shaped not only the personal but the social life as well*”.

de construção histórica, o que conferiu “plasticidade” às taxonomias utilizadas em referência à sexualidade e criou a possibilidade de reconhecimento de diferentes identidades sexuais e da “diversidade sexual” (WEEKS, 1989).

Sendo a medicalização um dos modos de gestão sociopolítica das práticas e expressões do erótico e do sexual, é possível pensá-la como parte do projeto das “políticas sexuais”, no sentido proposto por Carrara (2010) a partir da leitura de Weeks (1989). Segundo Carrara (2010, p. 324), o conceito de “políticas sexuais”:

possibilita a abordagem conjunta de diferentes tipos de ação social dirigidos ao Estado ou promovidos em seu âmbito ou sob sua chancela: legislações, campanhas sanitárias, programas educativos, normativas ministeriais, decisões judiciais, diferentes ativismos ou movimentos sociais etc.

Retomando as características do processo de medicalização propostas por Conrad (2007), é possível pensar na medicalização da sexualidade em correspondência ao que o autor sugeriu, embora com algumas ressalvas. Identifica-se, no âmbito das sexualidades não convencionais, a possibilidade de envolvimento de diferentes atores sociais – desde profissionais das ciências *psi* até agentes do Estado – bem como o extrapolamento do domínio da doença para abarcar outros domínios da experiência humana (como é o caso do entendimento da homossexualidade como crime ou como patologia, mencionado há pouco). Observa-se também o uso de diferentes taxonomias médicas com o objetivo de incorporar diferentes problemas, no entanto, creio que o foco das intervenções é tanto individual como coletivo, pois acontecem desde o plano da interação médico-paciente, marcado como espaço de comunicação clínica, quanto no plano da formulação de políticas governamentais. Por fim, a possibilidade de ocorrer como processo bidirecional (medicalização-desmedicalização) coloca-se como imperativo, uma vez que “o que é socialmente construído pode ser politicamente reconstruído” (WEEKS, 1989, p. 210).²⁷

Assim como Weeks (1989), Conrad (2007) sugere que o processo de medicalização pode retroceder, tornando-se um processo de desmedicalização, e cita como exemplo a patologização da homossexualidade masculina e sua desmedicalização por meio de modificações terminológicas sugeridas pela American

²⁷ Weeks (1985, p. 210) faz essa afirmação em referência ao edifício da sexualidade como sendo da ordem da construção histórica: “*the edifice of sexuality [...] is a historical construction, and what has been historically constructed can be politically reconstructed*”.

Psychiatrist Association (APA) na década de 1980. Tal sugestão levanta uma reflexão sobre o potencial de “reversibilidade” da medicalização.

No contexto desta tese, de produção de uma “saúde LGBT”, opto por entender a medicalização como um processo dinâmico de inscrições e reinscrições de ordens discursivas em uma lógica biomédica. Isso significa adotar preferencialmente o termo (re)medicalização, em detrimento do termo desmedicalização.

Dessa forma, considero que os rebatimentos políticos do processo de medicalização no contexto da “saúde LGBT” são irreversíveis, o que torna desnecessário pensar em “desmedicalização”, já que não seria possível recuperar o estado anterior ao processo de medicalização. O tecido social em que acontecem os processos de medicalização carrega marcas que perseveram e perturbam a produção de novas denominações. A (re)medicalização significa a requalificação de características de determinados sujeitos e a reinscrição de noções sobre estes sujeitos em novas classificações e práticas no campo da saúde.

Considerando as características mencionadas, teço algumas considerações ao longo desta tese para pensar a relação entre os processos de medicalização e a constituição contemporânea de uma “saúde LGBT” – ou o que Epstein (2003, p.131) chama de “medicalização das identidades LGBT”.²⁸

Busco apontar as articulações entre a pretensa neutralidade dos argumentos fundados em conhecimento científico e os espaços de gestão em que tais argumentos são performados, que, no plano da ação administrativa no setor Saúde, são chamados de espaços de *gestão estratégica e participativa*.

A aposta desta tese é a de que o equacionamento entre evidências e saberes sobre saúde e esta modalidade de gestão produziria argumentos de autoridade para sustentar as ações políticas que constituem a “saúde LGBT”. Na produção destas ações, chamo a atenção para os *técnicos*, conjunto de atores que participam direta ou indiretamente da formulação de políticas, caseando lacunas e costurando soluções. Os *técnicos* teriam a função de realizar interlocuções nos espaços participativos ou em conjunturas favoráveis de politização. São nestes espaços que a Política de Saúde LGBT se constitui e onde se opera a tradução de

²⁸ No sentido proposto por Epstein (2003), “medicalização das identidades LGBT” designa um processo que provoca a emergência de susceptibilidades e suas intervenções em saúde, associadas ao surgimento de novos problemas ou vulnerabilidades sobre os corpos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

demandas em necessidades de saúde, colaborando para o processo de “medicalização das identidades LGBT” (EPSTEIN, 2003).

Há ainda, algumas questões que emergem a partir dessas reflexões sobre os processos de medicalização: haveria uma contradição entre processos de medicalização e conjunturas favoráveis de politização ou seriam mutuamente constitutivos? Qual seria o valor do corpo, em nossa sociedade, enquanto vetor de “somatocracia” na “medicalização das identidades LGBT”? Considerando o histórico de medicalização da homossexualidade mencionado aqui, seria a “saúde LGBT” parte de uma tendência à (re)medicalização da homossexualidade?

Embora tal discussão suscite muitas questões, seja extensa e extrapole o escopo desta pesquisa, busco compreender a “saúde LGBT” como emblema do imbricamento entre a politização e a medicalização da sexualidade. Ao longo da tese, procuro apontar alguns espaços de tangência entre a politização da “diversidade sexual e de gênero”,²⁹ a enunciação de argumentos de autoridade e a consagração do “corpo LGBT” como um corpo passível de adoecimento por agentes governamentais.

Ordenação dos capítulos

Esta tese está dividida em quatro capítulos, orientados pelas estratégias metodológicas (frentes estratégicas de reunião de dados) enunciadas nesta introdução. No primeiro capítulo, busco evidenciar os saberes que configuram e viabilizam a existência do que chamo de “saúde LGBT”. Aproveito-me do campo semântico da palavra “contar”, utilizada desde o título e ao longo de toda a tese, para explorar sua produtividade nos “diferentes expedientes de intervenção simbólica”,³⁰ nos múltiplos espaços-tempo em que a “população LGBT” foi tematizada no setor Saúde.

²⁹ Em pesquisas realizadas em diferentes momentos, Vanessa Leite (2012; 2014) utiliza a expressão “diversidade sexual e de gênero” para designar a discussão de aspectos concernentes à orientação sexual e identidade de gênero a partir de um ponto de vista humanístico de respeito à pluralidade de expressões e de “trânsitos [d]e identidades de gênero” (Leite, 2014, p. 30), bem como da sexualidade como direito.

³⁰ Embora não se debruce a explicar, Vianna (2002) faz uso da expressão “expedientes de intervenção simbólica” ao problematizar os diferentes sentidos do termo *menor*. Resolvi adotá-lo aqui pelo poder de evocação de contextos técnico-administrativos que muito lembram a rotina de trabalho do MS.

No segundo capítulo, apresento o que chamo de mapa micropolítico da “saúde LGBT” no MS. Tal mapa funcionou como um retrato de minha entrada no campo e dos muitos encontros que pareciam compor as *agendas* dos *técnicos* do MS. A intenção desse capítulo é abordar a diferença em movimento, as dinâmicas relacionais e interseccionais que fundam o cotidiano de trabalho e, ao mesmo tempo, operam distinções e seleções das características que devem pesar para configuração dos *segmentos populacionais vulneráveis* a serem atendidos pelas políticas de promoção da equidade em saúde. Abordo também um breve panorama de acontecimentos que originou a Secretaria de Gestão Participativa (SGP) e, posteriormente, o Dagep.

O terceiro capítulo foi elaborado na tentativa de expressar o rol de argumentos de autoridade – de ordem acadêmico-científica, técnico-administrativa ou ativista-militante – que sustentam o performar de um “corpo vulnerável” LGBT e fomentam entendimentos sobre as necessidades e *demandas* de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Por meio das aproximações entre diversos atores que compõem as discussões acerca da “saúde LGBT”, aponto o destaque que a *gestão estratégica e participativa* promoveu para a visibilidade e produção de evidências que articulam, de forma complexa, conhecimento e experiência nas malhas do Estado.

Por fim, o quarto capítulo apresenta a noção de *políticas de cidadania*, utilizada para propor reflexões acerca da *gestão estratégica e participativa* como forma de robustecer argumentos para naturalizar, contornar e conformar um corpo LGBT vulnerável, na *enunciação da precariedade* dos corpos que “contam”, por padecerem em função de suas diversas identidades de gênero e orientações sexuais.

Em tempo, esclareço a intenção dos usos de alguns elementos gráficos na tese. O itálico foi utilizado para conferir destaque às categorias êmicas e noções que possuem sentido central neste trabalho (*técnicos*, *agendas*, *demanda* etc.), úteis para conectar os quatro capítulos. Embora as aspas possam ser compreendidas como certa hermenêutica da suspeita, a intenção foi de demarcar a relativização antropológica de alguns termos (como “corpo LGBT”, “saúde LGBT”), além do uso convencional em citações diretas de autores e sujeitos privilegiados na pesquisa.

1 O QUE REALMENTE “CONTA” COMO UMA QUESTÃO DE “SAÚDE LGBT”?

O modo como se interpreta no campo político e científico a influência das distinções de sexo, gênero, raça, orientação sexual, geracionalidade e outros marcadores sociais da diferença nos processos de saúde e adoecimento foi diretamente impactado pelas pesquisas sobre HIV/aids. Isso porque o agravo¹ constituiu-se como um fenômeno científico de largas proporções, que transladou discussões que abarcam desde o estatuto do próprio agravo e de quem dele padece, até questões que envolvem a política científica e relações com os movimentos sociais organizados (BASTOS, 2002; EPSTEIN, 2007).

Desde a década de 1980, a inclusão da “diferença” nos paradigmas de pesquisas biomédicas levanta possibilidades de problematizar a validade de “padrões normativos” (EPSTEIN, 2007, p. 4)² de conclusões científicas que se tornam generalizações para toda a população.

O campo de estudos sobre HIV/aids deflagrou mudanças nas práticas e pesquisas biomédicas, promovendo o “paradigma biopolítico da inclusão e da diferença” (EPSTEIN, 2007, p. 17, tradução nossa).³ No contexto das políticas que tematizam a sexualidade, este paradigma consiste em ir além da lógica tributária dos estudos de base epidemiológica, que se ocupam sobremaneira com os impactos coletivos dos agravos, cedendo espaço para reflexões sobre os sujeitos acometidos pelos agravos. O deslocamento do olhar do agravo para o sujeito acometido por ele guarda relação com a emergência do domínio político como *locus* de problematização “[d]a natureza da justiça social, [d]os limites e possibilidades da cidadania e [d]os significados da igualdade e da diferença” (EPSTEIN, 2007, p. 2, tradução nossa).

As práticas de pesquisa em saúde passaram a observar desigualdades na representação de determinados grupos de populações em estudo. O pano de fundo destes deslocamentos residia na tensão entre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença, emblematizado pelos debates em torno do conceito de

¹ Utilizo a noção de agravo, em lugar de doença, por sua conotação ao mesmo tempo “biológica” e “sociológica” para referir aos problemas de saúde.

² Do inglês “*normative standard*”. Esta expressão é utilizada por Epstein (2007) para designar um tipo comum de população-alvo nas intervenções em saúde, que seriam homens brancos de meia-idade (*middle-aged white men*).

³ Do inglês: “*biopolitical paradigm – the inclusion-and-difference paradigm*”.

determinantes sociais da saúde (DSS)⁴ e pelos estudos de iniquidades em saúde.⁵ O imperativo da vigilância em saúde passou a abarcar a dimensão da atenção à saúde, atravessada por questões sociais e culturais.

Em seu curso, o “paradigma biopolítico da inclusão e da diferença” (EPSTEIN, 2007) opera uma série de reformas nas práticas científicas, administrativas e políticas que reconfiguram a maneira como os sujeitos se relacionam com as instituições do Estado. No entanto, para além do arquétipo mencionado por Epstein (2007), no qual o “paciente-especialista”⁶ administra seus próprios riscos com base no exercício de uma autonomia informada, pensar no contexto da diversidade sexual e de gênero implica observar um conjunto híbrido de sujeitos. De pacientes-especialistas a cidadãos equânimes,⁷ a “população LGBT”⁸ se desenvolveu de modo singular em sua relação com o Estado.

Em suas reflexões sobre o surgimento de uma nova forma de ativismo em saúde nos Estados Unidos da América (EUA), o *LGBT health advocacy*, Steven Epstein se debruçou sobre o estudo da emergência de uma reivindicação em torno da “saúde LGBT” (em especial de lésbicas e *gays*) naquele país. Para isso, traçou um histórico do engajamento de grupos de *advocacy*⁹ com o Departamento de Serviços Humanos e de Saúde dos EUA e a adoção por parte do Estado de um paradigma científico e político fundado em “diferenças incorporadas” para a inclusão de “populações especiais” (EPSTEIN, 2003; 2007).

⁴ Na literatura em Saúde Coletiva, há diversas definições de determinantes sociais da saúde (DSS), no entanto, o MS adota a definição estabelecida pela OMS, na qual os DSS são “condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem” (OMS, 2011, p. 2).

⁵ É curioso observar que o “atravessamento” da saúde por questões sociais e culturais sob o jargão dos DSS passa a ser debatido depois da instituição da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no MS, em março de 2006.

⁶ O arquétipo mencionado por Epstein (2007) e chamado por Joseph Dummit de “paciente-especialista” foi destacado como elemento central nas transformações causadas pelo advento da epidemia de HIV/Aids, representando a figura do paciente que, tendo sido diagnosticado portador do vírus, realizaria todo o tipo de levantamento de informações sobre sua condição sorológica.

⁷ As nomeações utilizadas para um mesmo conjunto de pessoas (que ora pode ser designado como “usuário”, ora pode ser designado como “paciente”, ora pode ser designado como “cidadão”) refletem diferentes efeitos de materialização na ação política. Facchini (2005) e Carrara e Simões (2007) abordam, sob diferentes prismas, a organização de categorias identitárias em relação às sexualidades não convencionais e seus efeitos nas mobilizações coletivas.

⁸ Apesar da delgada fronteira entre consagração e naturalização que permeia o processo de textualização, optei por manter o termo “população” porque seu uso já se tornou consagrado na área da saúde. Uma problematização do termo consta da página 40 desta tese.

⁹ *Advocacy*, expressão em inglês ainda sem tradução para o português, são as ações de pessoas ou grupos, empresas ou organizações sociais que se engajam por uma causa, na busca pela resolução de um problema ou pela defesa dos direitos de uma entidade ou de um grupo (IPEA, 2002).

Em uma etapa de seu empreendimento teórico, o autor se dedicou a compreender as diferentes esferas que constituem o entendimento de “saúde LGBT” enquanto uma questão relevante, tais como as iniciativas políticas, de movimentos sociais e a produção acadêmico-científica. E então lança a seguinte pergunta: “O que realmente conta como uma questão de saúde lésbica ou *gay*?” (EPSTEIN, 2003, p. 159, tradução nossa).¹⁰

Nesse sentido, o título desta seção realiza uma paráfrase em relação à indagação do autor com algumas intencionalidades. Respeitando as devidas diferenças – léxicas, históricas, políticas – do contexto estadunidense em relação ao contexto brasileiro, proponho aqui um jogo semântico com a palavra “contar” que foi bastante útil nesta pesquisa. “Contar”, no sentido de calcular, designa uma operação matemática para medir unidades comuns. “Contar”, no sentido de informar, designa uma forma de narrar para relatar um fato ou enredo. Extrapolando sua dimensão denotativa, “contar” também pode significar aquilo que tem valor para algo ou alguém.

Na última década, um conjunto de órgãos do Poder Executivo brasileiro tem se mobilizado no sentido garantir o direito à saúde de pessoas que possuem orientação sexual e/ou identidade de gênero não convencionais, entendidas como parte dos “grupos de risco”, mais recentemente designados como “populações vulneráveis”. Dedico-me a explorar a “saúde LGBT” nesta pesquisa buscando perscrutar os diferentes sentidos do que pode “contar” no plano do Estado e das políticas de saúde brasileiras.

A ênfase desta seção repousa na identificação dos termos recorrentes na linguagem dos *técnicos* e nos argumentos de autoridade que legitimam estratégias de patologização do sofrimento ou “medicalização das identidades LGBT” (EPSTEIN, 2003, p. 131), com especial atenção às formas de classificação de orientação sexual e identidades de gênero que acionam moralidades e legitimam a “população LGBT”. Com o intuito de compreender como operam e quais os argumentos que fortalecem a noção de “saúde LGBT”, oriento esta seção pela questão: o que realmente “conta” como uma questão de “saúde LGBT”?

¹⁰ Do inglês: “*What really counts as a gay or lesbian health issue?*”.

1.1 Contornando os sentidos dos corpos que “contam”

Pode-se afirmar que as mudanças terminológicas e o consequente giro epistemológico nas formas de reconhecer os sujeitos LGBT no contexto brasileiro estão ligados a transformações sócio históricas e também político-institucionais. Este processo passa por um debate em torno do grau de “perniciosidade” e “vulnerabilidade” desses sujeitos de direito, considerados “grupos de risco” até o final da década de 1990 e, mais recentemente, a partir dos anos 2000, considerados “populações vulneráveis”. O contexto no qual esse debate acontece diz respeito a uma reformulação no âmbito das políticas públicas de saúde, educação e direitos humanos no Brasil, a partir da institucionalização das ações de saúde pública, bem como da promulgação da Constituição Federal de 1988, marco no qual a sexualidade se instituiu como campo legítimo de exercício de direitos no país (CARRARA; VIANNA, 2008; CARRARA, 2010). Assim, as transformações se deram no sentido de progressivamente adotar uma perspectiva de proteção dos direitos humanos dos cidadãos em meio a uma abordagem sanitária já consagrada de profilaxia individual e social.

Nas lógicas de classificação estatal em curso, entendo o corpo como *locus* nodal entre o universo dos direitos, dos documentos e das relações, uma categoria heurística bastante produtiva para investigar os elementos morais em jogo na enunciação de LGBT como uma população vulnerável.

A intenção aqui é analisar as categorias governamentais utilizadas em relação à “saúde LGBT” e a forma como permeiam o plano de formulação de políticas de saúde. Estas categorias promovem uma certa higienização moral dos sujeitos LGBT, promovendo deslocamento do sentido que atribuía a estes sujeitos a característica de agentes que carregam o “risco” para sua reinscrição no contexto de sujeitos “vulneráveis” e, ao mesmo tempo, reiteram a manutenção destes sujeitos no universo semântico de populações marginalizadas ou *outsiders*¹¹.

Pensando nos *técnicos* e dirigentes do Ministério da Saúde como “empreendedores morais” da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, escolho

¹¹ Segundo Becker (2008, p. 15), o *outsider* é um ser desviante, “alguém que está do lado de fora, para além das margens de determinada fronteira ou limite social”.

lidar, portanto, com os atores que criam regras em detrimento daqueles que aplicam regras (BECKER, 2008). Na lógica sugerida por Becker (2008), compreender os atores do MS como empreendedores morais significa afirmar que desenvolvem práticas, valores e identidades, por um lado, e que criam regras com a obrigatoriedade de serem seguidas, por outro. Essa escolha se dá em função do plano empírico do estudo se concentrar no MS, nível interfederativo responsável pela elaboração e proposição das políticas de saúde.

1.1.1 Saúde pública, cálculos e corpos contáveis

Ao falar sobre os diferentes termos utilizados para se referir a LGBT com companheiros de equipe e demais colegas de trabalho do MS, muitos consideravam lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais como sinônimos ou termos de distinções pouco relevantes na “prática”. O entendimento comum era o de que mais urgente seria considerar as profundas necessidades destes sujeitos e promover a atenção à saúde de maneira integral e compensatória, dadas as discriminações históricas sofridas por esta população.

Esse entendimento se baliza pelo fato de os profissionais de saúde acessarem diferentes tecnologias de implicação prática para realização de suas tarefas. Essas tecnologias abarcam saberes, instrumentos e técnicas que se baseiam numa imbricada relação teoria-prática. A saúde pública seria então, ao mesmo tempo, um campo político e uma ciência, “situa[ndo]-se na intersecção entre a produção de conhecimento e o engajamento na ação” (LECHOPIER, 2015, p. 2).

No que diz respeito ao conjunto de disciplinas que fundamentam cientificamente a saúde pública, há uma sorte de conhecimentos que conformam este campo e que se estendem das ciências sociais às ciências biomédicas. Entre estas disciplinas, destaco a epidemiologia como alicerce das ações em saúde pública e cerne das categorias governamentais voltadas para as políticas de saúde.

Dadas as raízes da institucionalização da saúde pública,¹² que remetem ao paradigma da medicina social do século XVIII¹³ e às tradições da medicina

¹² Apesar de a história da Saúde Pública remeter aos idos de 1808, sua institucionalização no Brasil se deu apenas na década de 1930, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, no governo de Getúlio Vargas. O Ministério da Saúde ganhou autonomia de ministério independente após a

preventiva e comunitária, uma parte significativa da lógica de criação de categorias governamentais no âmbito da saúde se orienta por um conjunto de disciplinas científicas fortemente influenciadas pelo pensamento epidemiológico (ALMEIDA-FILHO, 1986; PAIM, 2005; LECHOPIER, 2015).

A epidemiologia destacou-se como disciplina autônoma no século XIX,¹⁴ a partir dos estudos franceses e ingleses sobre distribuição de doenças nas populações e da preocupação com a dimensão coletiva dos fenômenos de saúde e doença (ALMEIDA-FILHO, 1986). Os objetos fundamentais da disciplina consistiram no estudo da incidência e da prevalência de doenças por meio do raciocínio estatístico voltado para as doenças transmissíveis. Neste modo de raciocínio estatístico, os usos sistemáticos da comparação entre grupos e a noção de população para circunscrever os grupos são as formas consolidadas de produção de conhecimento que caracterizam o pensamento epidemiológico.

A composição do pensamento epidemiológico abarcou diferentes modelos explicativos do processo saúde-doença, que refletiam desde a teoria unicausalista de doença até as teorias ecológicas (ALMEIDA-FILHO, 1986). Essas teorias consistiram em formas de buscar compreender a saúde das pessoas e os problemas de saúde pública, e conferiam pesos diferentes para a responsabilidade dos indivíduos ou dos coletivos nos processos de saúde-doença. No entanto, a epidemiologia persistiu com preocupações de ordem teórica, bastante apartadas do mundo prático da saúde pública. Ainda assim, é importante reconhecer que teorias e conceitos sempre têm implicações sobre as práticas sociais (BOURDIEU, 1983). Isso significa que foi fortalecida como ciência orientada para descrição de fatores causais e de extensão de problemas de saúde, não assumidamente vinculada ao compromisso com mudanças concretas ou engajamentos sócio-políticos (LECHOPIER, 2015).

instituição da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, que atribuiu ao órgão as atividades que eram de responsabilidade do até então denominado Departamento Nacional de Saúde (DNS) (FONSECA, 2007). As ações em saúde que remetiam às políticas internacionais de saúde eram conduzidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), baseadas em um acordo entre os governos norte-americano e brasileiro (CAMPOS, 2007).

¹³ Foucault (2010, p. 172) criticou o conceito de “medicina social”, pois, segundo ele, não haveria uma “medicina não social”, já que se trata, desde o século XVIII, de uma prática social.

¹⁴ Interessante destacar que há relações entre a forma de se realizar ações de saúde e os contextos loco-regionais em que se desenvolvem, como assinala Almeida-Filho (1986), que afirma que a Epidemiologia se fundamenta como uma “medicina social” do colonialismo, ao se preocupar com questões sanitárias dos portos dos países colonizados e com um intenso pragmatismo, ao invés de limitar-se às teorias de tradição hipocrática e ciências básicas da área médica.

Cumprir destacar que, ao longo de sua evolução enquanto disciplina, a epidemiologia sofreu críticas por parte dos movimentos sociais ligados à área da saúde, originando reconfigurações locais do que se entende por saúde pública (ALMEIDA-FILHO, 1986; ALMEIDA-FILHO; PAIM, 1999; CAMPOS, G., 2000a). Parte destas críticas residiam em uma questão de escala: tradicionalmente, a disciplina focalizava os fatores individuais em detrimento dos fatores coletivos para identificação de fatores causais de doenças. A recorrência à larga escala ou “grandes quantidades numéricas” da estatística pode funcionar, inclusive, como um exemplo do mote da epidemiologia.

A questão da escala tornou-se mais evidente desde os anos 1950, quando as abordagens científicas dominantes da epidemiologia convencionaram como método a identificação de “fatores de risco” entre os indivíduos (LECHOPIER, 2015). Por um lado, o uso da larga escala da estatística representou uma estratégia metodológica para o desenvolvimento da epidemiologia sobre bases comprováveis, sustentando o padrão positivista desta ciência. Por outro lado, distanciou a disciplina da politização assumida pela medicina social,¹⁵ bem como do caráter social e cultural das enfermidades.

A falta de uma “perspectiva” social dos fenômenos populacionais subsumida nas análises estatísticas de “fatores de risco” gerou respostas no interior do pensamento epidemiológico, ocupadas com abordagens que alcançassem os “determinantes sociais da saúde” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), ainda que não prescindissem do substrato numérico como forma e argumento de autoridade da disciplina.

A análise aqui proposta, da epidemiologia como alicerce das ações em saúde pública, colabora para o entendimento da dinâmica de criação de categorias governamentais uma vez que o ato de nomear reflete formas de perceber ou produzir percepções sobre a realidade. Desse modo, a linguagem é assumida como dimensão de efeito performativo,¹⁶ na qual são produzidas grades de inteligibilidade que cristalizam categorias como formas de caracterização de modelos hegemônicos.

¹⁵ Importante destacar que a medicina social não foi pensada apenas a partir da ideia de que fomentava certa “politização” no campo da saúde. Esta foi também pensada como uma estratégia biopolítica de dominação dos corpos por parte do Estado (FOUCAULT, 1979).

¹⁶ As reflexões aqui empreendidas foram inspiradas na lógica proposta por Butler (1997; 2013), que estabelece relações entre a linguagem, a construção das categorias do sexo e as ficções de gênero.

Considero que os corpos que “contam” para a saúde pública no Brasil são necessariamente corpos contáveis, matematicamente passíveis de enumeração. Isso se deve ao fato de que a epidemiologia é uma das ferramentas disponíveis no campo das políticas de saúde, muitas vezes compreendida como “uma ferramenta para *melhorar* a saúde das populações” (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010, p. 4, grifo nosso) e subsidia o âmbito de formulação de políticas governamentais.

No espaço do MS, é comum os *técnicos* recorrerem a dados para subsidiar a elaboração de políticas de saúde pública. Essa atitude se norteia pelo método de abordagem das “políticas baseadas em evidências”. De maneira análoga à prática denominada “medicina baseada em evidências”,¹⁷ a abordagem de “políticas baseadas em evidências” reconhece o uso de informações sistematizadas para orientação das ações, programas e políticas de saúde. Utiliza conhecimentos de epidemiologia, estatística, metodologia científica e informática com o objetivo de produzir a melhor informação disponível para a tomada de decisões. Sob o argumento da ética e da certeza clínica das intervenções, as “políticas baseadas em evidências” promoveriam “maior potência, maior acurácia, maior eficácia e segurança”¹⁸ (SACKETT, 1996, p. 72, tradução nossa), carreando as proposições de ações em saúde de um terreno perigosamente intuitivo – o cuidado orientado por teorias fisiopatológicas – para um terreno inquestionavelmente comprovável, fundado na associação de métodos epidemiológicos de base populacional à pesquisa clínica, que consiste na epidemiologia clínica (ATALLAH, 2002).

Por meio dos princípios metodológicos das “políticas baseadas em evidências”, o MS brasileiro apostou na “prática baseada em evidências” como uma estratégia para promover transformações das práticas gerenciais e assistenciais, bem como para fomentar o uso e disseminação de evidências em saúde. Inclusive, desde 2013, o MS mantém o portal “Saúde Baseada em Evidências”,¹⁹ fruto de parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em

¹⁷ A medicina baseada em evidências designa a “integração dos conhecimentos da clínica individual com a melhor evidência clínica externa e comprovável a partir de busca sistemática” (SACKETT, 1996, p. 71). Do inglês: “*means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research*”.

¹⁸ Do inglês: “*more powerful, more accurate, more efficacious, and safer*”.

¹⁹ Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>>.

Ciências da Saúde (Bireme/Opas/OMS). Por meio desta parceria, garantiu-se o fomento para a manutenção da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), um repositório que permite o acesso a diferentes bancos de dados e artigos científicos da área da saúde.²⁰

A “prática baseada em evidências”, realizada pelos *técnicos* do MS, visa garantir, em alguma medida, o compromisso com a execução cotidiana da burocracia estatal. A burocracia, neste contexto, teria “a missão de calibrar a identidade pessoal e local” (HERZFELD, 2016, p.12), de maneira a equalizar a tarefa do *técnico* com os interesses institucionais e erradicar favoritismos.

Sobre a característica do favoritismo, Herzfeld (2006) sugere que os processos políticos são eivados de simbolismos familiares e corporais, que negativamente podem remeter a intenções ou racionalidades excusas. A ideia de favoritismo perpassa todas as práticas de gestão internas ao MS, muitas vezes sob a forma de suspeição acerca das razões de escolha de certas ações políticas.

No caso da política aqui em análise, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, as suspeitas sobre um possível favoritismo se manifestavam, por exemplo, na ocasião de escolha de representantes do movimento social nos eventos realizados pela SGEP ou mesmo nas situações em que militantes do movimento LGBT alçavam cargos na secretaria. Isso sinalizava a existência de certos “símbolos discretos” (HERZFELD, 2006, p. 19), aspectos simbólicos materializados no plano corporal e atitudinal que revelariam a existência de interesses particulares sustentados às custas de interesses universais, dados pela natureza universalista das políticas de saúde.

Dessa forma, a expressão “população LGBT” – em vez de apenas “LGBT” – funcionaria como um arcabouço protetivo da racionalidade burocrática que justifica e propõe a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, aludindo a parâmetros éticos aceitáveis para o âmbito de proposição de políticas governamentais. Estes parâmetros se fundamentam em “práticas baseadas em evidências”, de lógica demonstrável e comprovável.

O uso da expressão “população LGBT” é bastante eficaz na ancoragem que estabelece com a noção de população de base epidemiológica. Em epidemiologia,

²⁰ Durante o ano de 2016, uma das maiores apoiadoras do modelo de “medicina baseada em evidências”, a Biblioteca Cochrane, foi excluída da BVS em virtude da decisão de sua mantenedora (Wiley) de não renovar a licença de uso com a Bireme, fato que impactou sobremaneira a sustentação do processo de trabalho orientado pelo modelo.

população corresponde ao “total de pessoas expostas, ou seja, indivíduos que podem [vir a] ter uma doença” (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010, p. 17). Diferentes produções na disciplina usualmente fazem a seguinte analogia explicativa: se, para um clínico, o “paciente” é o indivíduo, para um epidemiologista o “paciente” é a comunidade (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 1990; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010; CDC, 1992). Esta analogia demarca a necessidade de que haja um coletivo acerca do qual se possa estudar a distribuição (frequência e padrões de ocorrência) e os determinantes de saúde e doença (fatores de causalidade) para controle dos problemas de saúde. Ou mesmo um coletivo pensado enquanto uma população, ou seja, enquanto fenômeno quase natural que possuiria suas próprias leis.²¹

O estudo da distribuição e dos determinantes lança o imperativo metodológico de que seja relacionado o número de eventos de saúde ao tamanho da população, estimado pelo número e proporção de pessoas que sofrem ou não sofrem de tais eventos. Assim, é importante perceber que “o pensamento populacional e os usos sistemáticos da comparação entre grupos são as duas principais características do pensamento epidemiológico” (LECHOPIER, 2015, p. 211).

A expressão “população LGBT” é igualmente útil na reunião de indivíduos tão múltiplos e diversos, como gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, provavelmente como uma das “convenções políticas terminológicas” (AGUIÃO, 2014, p. 46) que expressa uma “adequação a determinados formatos esperados ou tidos como mais eficazes” (AGUIÃO, 2014, p. 81) para a consecução das políticas governamentais.

Embora as dimensões positivas dos usos da categoria sejam relevantes, há também implicações negativas que reverberam em sua enunciação. Um exemplo reside na conseqüente ideia de risco implícita no delineamento de um conjunto populacional. Isso se deve ao fato de que as convenções para cálculo das taxas de incidência e prevalência de determinadas condições ou agravos passam necessariamente pela equação envolvendo o número de pessoas com a condição e o número total de pessoas em risco.

²¹ População, neste sentido, seria tomada enquanto fenômeno, ancorando nas proposições foucaultianas que admitem entender como implicação do uso do termo o entendimento do controle dos corpos dos homens enquanto espécie, em seus processos de reprodução, natalidade, mortalidade, distribuição de doenças, frequência de acidentes. Toda população estaria sujeita a dispositivos de poder que garantem o controle e circulação dos sujeitos.

A denominação de LGBT como uma população implica tomá-los como um conjunto exposto a riscos particulares, e é neste ponto que se revelam as implicações negativas. Além da estigmatização de serem entendidos como “grupo de risco”, pelo histórico da epidemia de HIV/aids no Brasil e no mundo (assunto a ser abordado no próximo capítulo), a equação dos LGBT como susceptíveis a fatores de causalidade semelhantes, como costuma ser em um conjunto populacional, não é completamente válida.

Um exemplo da problemática do cálculo do risco na “população LGBT” é a questão da saúde das mulheres lésbicas e do HIV/aids. Como categoria de exposição, as mulheres lésbicas não costumam ser incluídas nas formas de transmissibilidade mais conhecidas do HIV/aids, o que significa que suas práticas sexuais são compreendidas como invulneráveis ao vírus. Este entendimento cria uma heterogeneidade nas medidas de ocorrência, o que, em um mesmo conjunto populacional, pode criar subconjuntos que são invisibilizados em detrimento de outros de maior risco. Razão provável pela qual são escassas as pesquisas em torno das taxas de prevalência de IST e HIV em mulheres que fazem sexo com mulheres, e são igualmente limitadas as políticas voltadas para este público.

A extrema heterogeneidade presente nas populações baseadas em características derivadas do gênero ou da sexualidade, como a “população LGBT”, atribui uma dinâmica diferente para a elaboração de políticas de saúde. Para que o plano de formulação de políticas públicas sustente um rol de “atividade[s] de prescrição”²² (SILVA; COSTA-MOURA, 2013, p. 305) no MS, faz-se importante o estabelecimento de padrões epidemiológicos e de convenções terminológicas para que os *técnicos*, os “empreendedores morais” das políticas (BECKER, 2008), justifiquem as razões práticas das ações.

Traçando os contornos de sentidos dos corpos que “contam”, apostei aqui no entendimento da saúde pública enquanto uma reunião de conhecimentos interdisciplinares que versam sobre saúde das populações, sendo a epidemiologia o mais proeminente destes conhecimentos. Por meio do pensamento epidemiológico, englobam-se conceitos que visam caracterizar os

²² “Atividade de prescrição”, no contexto das proposições de Silva e Costa-Moura (2013), seria o mesmo que atividade de nomeação, o ato de realizar certas mudanças terminológicas que designam ou implicam ações governamentais.

conjuntos populacionais sob os aspectos fundamentais da distribuição e dos fatores de causalidade dos agravos em saúde.

O uso de cálculos como parte de uma racionalidade burocrática que evidencia os riscos à saúde de determinados grupos é uma das tecnologias dos *técnicos* do MS para dar consistência aos argumentos, ao mesmo tempo que garante o estabelecimento de parâmetros éticos aceitáveis para as ações a serem prescritas pelo gestor federal. Estes parâmetros se justificariam pelos “riscos” aos quais certos coletivos estão expostos e os corpos mais susceptíveis a determinados agravos.

Tais parâmetros também confeririam certa segurança, uma vez que a eficácia garantida pelos argumentos científicos das evidências poderia neutralizar “os efeitos negativos da medicina”, já que sua “nocividade é avaliada em relação à sua não cientificidade” (FOUCAULT, 2010, p. 174). Por efeitos negativos da medicina, Foucault (2010, p. 174) designa a “propriedade e capacidade de matar” dos saberes biomédicos modernos.

Em continuidade à discussão dos sentidos dos corpos que “contam”, a próxima seção aborda a compreensão do ato de nomear como um ato de conferir valor a determinados conjuntos de coisas e indivíduos. Neste processo de valoração, certas terminologias são adotadas como estratégia para visibilizar as implicações – e imbricações – entre o Estado e as populações-chave das políticas. Verter a atenção para os termos escolhidos no plano político-institucional significou, então, verter a atenção para os sujeitos e os corpos enunciados como parte de um cuidado ofertado pelo Estado sob a forma de uma política social.

1.1.2 Saúde coletiva, direitos humanos e corpos que “contam”

Abordei, na seção anterior, os sentidos “matemáticos” dos corpos. Na equação epidemiológica, os corpos que “contam” são corpos contáveis. Enumerar e classificar, na epidemiologia, são formas de criar conjuntos de populações. Mas, no contexto do sistema de saúde brasileiro, não funcionam sozinhos. Para que a conta funcione, é preciso caracterizar os corpos que devem ser objeto de uma política de saúde. Neste sentido, é preciso valorá-los para que sejam dotados de alguma importância.

Ao afirmar que algo ou alguém “conta”, intenciono destacar as formas conotativas de conferir valor aos conjuntos populacionais considerados no âmbito do MS. A inquietação ao empreender minhas análises girou em torno da eleição da “população LGBT” como uma “população-chave” para o setor Saúde. Ou seja, o enquadramento dos corpos e da saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais tomados em conjunto na racionalidade estabelecida no plano de elaboração de políticas. Quais seriam os motivos pelos quais a “população LGBT” foi eleita como passível de intervenção por políticas de saúde? Quais são as moralidades que atribuem sentido do que conta ou se enuncia e do que se descarta ou invisibiliza?

A distinção entre saúde pública e saúde coletiva pode ser bastante produtiva para a compreensão do trajeto lógico aqui empreendido. Pensar a saúde pública como a ciência e a política que tem por finalidade a promoção da melhoria da saúde e bem-estar dos indivíduos, como apresentado previamente, colabora para o entendimento das estratégias de controle sanitário do corpo por parte do Estado. Este sentido de profilaxia individual e social sanitária difere do sentido de proteção dos direitos humanos do cidadão por meio do engajamento sociopolítico, mais próximo da saúde coletiva.²³

Alguns autores brasileiros da área da saúde, como Almeida-Filho e Paim (1999) e Gastão Campos (2000a), defendem que o movimento de reforma sanitária pós-ditadura fomentou a criação de um campo politicamente engajado com vistas a defender a universalidade, a integralidade e a equidade dos cuidados em saúde, sob a compreensão da saúde como direito. Este campo foi e é chamado saúde coletiva.

A saúde coletiva, uma reconfiguração brasileira da saúde pública, poderia ser compreendida como “campo científico e movimento ideológico em aberto” (CAMPOS, G., 2000a, p. 220), distinto do da saúde pública, por ter centralidade na noção de produção social da saúde (CAMPOS, G., 2000a), e por ter surgido originalmente como contestação crítica ao pensamento da saúde pública dominante (GARCIA, 1985). Diferente do objetivo da saúde pública, de modernização das técnicas de aferição de

²³ Observando as reflexões de Leite (2014), que também trabalhou com a perspectiva de *técnicos* que lidam com políticas governamentais, entendo como importante apontar que as políticas de saúde, enquanto políticas sociais, encontram-se para mim relacionadas à constituição do ideário dos direitos humanos. No entanto, congruente com meu “lugar de olhar” etnográfico, optei por observá-las seguindo a lógica “político-burocrática do governo federal” (LEITE, 2014, p. 59), o que significa que classifico as políticas de saúde inseridas na área/setor Saúde e, portanto, fora da estrutura formal das políticas de direitos humanos do governo federal.

agravos em grupos populacionais, o objetivo da saúde coletiva seria a defesa do direito à saúde, da cidadania e da melhoria das condições de vida (PAIM, 2014). A saúde coletiva seria uma “prática teórica e prática política”, tanto quanto a saúde pública, porém comprometida com o movimento e ideário da reforma sanitária brasileira (PAIM, 2014).²⁴ Nesta lógica, observar o contexto brasileiro da saúde coletiva implica considerar a defesa do direito à saúde.

O direito à saúde²⁵ pode ser entendido como a tarefa que a sociedade assume de “garantir a seus membros não só a vida, mas a vida em boa saúde” (FOUCAULT, 2010, p. 168). Representa a existência de uma “moral do corpo” (FOUCAULT, 2010, p. 168), concomitante à aceitação do direito a estar doente.

Se a saúde é entendida enquanto direito, sua defesa se atrela a valores que designam a cidadania, a democracia e a valorização de uma equalização das diferenças. A ideia de direito à saúde fica relacionada, necessariamente, à necessidade de as populações alcançarem os melhores patamares de qualidade de vida e de prevenção de agravos, com o suporte macropolítico do Estado (FOUCAULT, 2010).

Essa ideia ganhou força com a emergência do paradigma dos direitos humanos nos anos pós-1945, que alterou significativamente o partilhamento de responsabilidades entre Estado, mercado e comunidade, provocando a redefinição do padrão de atuação do Estado e diferentes entendimentos de direitos civis, sociais e políticos²⁶ (BOBBIO, 1995). Também foi influenciada por modelos de organização da saúde após a Segunda Guerra Mundial, que marcam a formulação “de um novo direito, uma nova moral, uma nova economia, uma nova política do corpo” (FOUCAULT, 2010, p. 170).²⁷

No contexto brasileiro, o país atravessou momentos políticos distintos desde a década de 1940 até a promulgação da Constituição Federal de 1988. Este passado de

²⁴ Paim (2014) destaca, ainda, que a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) foi criada no 1º Encontro Nacional da Pós-Graduação em Saúde Coletiva (em 1978) como estratégia para reflexões críticas em torno da Saúde Pública, da medicina preventiva e da própria medicina social.

²⁵ Foucault (2010) aborda a ideia de “direito à saúde” para afirmar a possibilidade de o Estado se encarregar da saúde, não com finalidades nacionalistas (projeto que o Estado já sustentava desde o século XVIII), mas com finalidades voltadas para os próprios indivíduos.

²⁶ Em 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), culminando com a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, dois fatos que contribuíram para efetivação do Estado democrático de direito como possibilidade de participação da sociedade civil na vida política.

²⁷ Investindo em uma análise da crise da medicina, Foucault (2010) propõe a consideração do Plano Beveridge, que, a partir de 1942, influencia a consolidação do direito à saúde em detrimento do direito à vida.

regimes ditatoriais até o vigente regime democrático elevou o caráter “cidadão” das normas estabelecidas na referida Constituição. Neste âmbito, destaca-se a influência dos movimentos de luta pela redemocratização do país na instituição da saúde como direito de todos e dever do Estado, na sistematização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como na compreensão da saúde como parte fundamental do direito à vida e à dignidade da pessoa humana, no âmbito da positivação dos direitos sociais.²⁸ Também destaca-se a Constituição como marco fundamental das “políticas sexuais” no Brasil contemporâneo (CARRARA, 2010; 2015).²⁹

O conceito de “políticas sexuais” novamente se faz útil já que “permite interpelar simultaneamente múltiplas dimensões da gestão social do erótico e do sexual” e “explorar a coexistência [...] de contraditórios estilos de regulação moral” (CARRARA, 2015, p. 324-325). Por “estilos de regulação moral”, Carrara (2015, p. 325) compreende “os conjuntos singulares de técnicas de produção de sujeitos, ou seja, de pessoas dotadas de certa concepção de si e de certa corporalidade”.

É possível afirmar que as ações de saúde voltadas para pessoas vivendo com HIV e aids são um emblema das políticas sexuais no plano da saúde coletiva. A epidemia da aids coincidiu com a transição democrática do país e a promoção internacional dos direitos humanos. Assim, as mudanças no contexto político se fizeram sentir de maneira pronunciada no modo como a luta contra o HIV/aids se desenvolveu, tendo se configurado “como o primeiro grande problema de saúde pública a ser gerido em consonância com o modelo dos direitos humanos” (VENTURA, 1999, p. 289), por conta das inúmeras conexões entre ética e direito traçadas para a construção de um modelo de assistência às pessoas com HIV e aids desde a década de 1980.

Assim, foi no campo da aids que surgiu um numeroso conjunto de documentos que se referem – gerindo e gestando – às chamadas “populações vulneráveis” para designar sujeitos de sexualidades e gêneros não convencionais e

²⁸ Cabe mencionar que coexistem os princípios da universalidade (na Carta constitucional) e da equidade (nas bases legais do SUS), uma fértil confusão que fomenta a discussão dos reflexos práticos de políticas universalistas e políticas focalizadas.

²⁹ Utilizo muitas vezes nesta tese a concepção de “políticas sexuais” de Jeffrey Weeks (1989), em concordância com Carrara (2010), tomando-as como um conjunto de medidas que conferem ao Estado o poder e objetivo de regular direta ou indiretamente a sexualidade dos cidadãos.

outros.³⁰ Alguns destes documentos incorporaram questões relativas à “orientação sexual e identidade de gênero” e também ressaltaram a influência dos direitos humanos nas políticas públicas de saúde no Brasil.³¹

A despeito das moralidades que envolvem a tematização da sexualidade em âmbito público, o campo da aids também despontou como cerne de larga produção de pesquisas em saúde para subsidiar as políticas de prevenção em HIV/aids, diferentemente do campo de estudos relacionados à “diversidade sexual e de gênero”, que se mostra difuso nos âmbitos acadêmico, político e social (FACCHINI et al., 2008),³² por não compartilhar de uma linguagem comum nos termos da “prevenção” ou “promoção da saúde”.

A noção de vulnerabilidade emergiu como forma de disparar reflexões para reformulação das estratégias preventivas relacionadas ao HIV/aids (PAIVA, 2002; AYRES et al., 2003). Expressa o potencial de adoecimento/não adoecimento relacionado aos indivíduos e coletividades que convivem com um certo conjunto de condições. Justamente por não se constituir como “uma essência ou algo inerente a algumas pessoas e grupos, mas dizer respeito a determinadas condições e circunstâncias, que podem ser minimizadas ou revertidas” (PAULILO et al., 2002), tornou-se também fértil para utilização em outras políticas de saúde. Desse modo, serviria para alargar o entendimento de “grupo de risco”, conceito da epidemiologia,

³⁰ Partindo da instituição da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2011) como referência temporal, vale informar que, nos documentos elaborados sobre assistência e tratamento nos últimos seis anos por outras instâncias do MS que atuam na “saúde LGBT”, há denominações variadas para a “população LGBT”. Em documentos produzidos pelo Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, há diferentes formas de se referir a tais populações. Por exemplo, enquanto alguns documentos mencionam “populações vulneráveis” (Plano Estratégico do Programa Nacional de DST e Aids – 2005), outros mencionam “contextos de vulnerabilidade” e “desafios e fatores de vulnerabilidade” (Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e outras DST – 2011), “fatores de vulnerabilidade” e “categorias de exposição” (Plano Nacional de Enfrentamento à Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis – 2007).

³¹ Refiro-me aos Programas Nacionais de Direitos Humanos (PNDH), publicados a partir de 1996, e ao Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (publicado em 2009). Para detalhes sobre terminologias utilizadas nos PNDH e a “ampliação do elenco” de ações em direitos humanos, ver Aguião (2014).

³² Facchini et al. (2008) lembram que o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais (DDAHV/SVS/MS) mostrou-se um ator importante no fomento à pesquisa sobre sexualidade e prevenção de IST. No setor Saúde, de fato, o DDAHV é o que mais investe em publicações que tematizam sexualidade, produzindo desde dados epidemiológicos até recomendações de tratamento para diferentes agravos transmissíveis. As publicações do departamento estão disponíveis em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>>.

mais limitado e amplamente utilizado como maneira de balizar as ações em saúde (AYRES et al., 2003), em especial os agravos transmissíveis.³³

Sobre a ideia de vulnerabilidade, Carrara (2010, p. 144) chama a atenção para o caráter vitimizante do termo no campo das “políticas sexuais”, que, no contexto do Estado brasileiro, “pode conjurar antigas intervenções tutelares e paternalistas” no que diz respeito ao processo de reconhecimento público das diferentes expressões da sexualidade e do gênero.

Em contraste com a matemática dos corpos contáveis para a saúde pública, os corpos que “contam” para a saúde coletiva são os corpos em situação de vulnerabilidade, a partir de uma visão “humanística” do processo saúde-doença. A ótica do risco da saúde pública desloca-se para a ótica da susceptibilidade da saúde coletiva, um *continuum* interconectado, cujo gradiente é modulado por *técnicos* e dirigentes do MS e acionado discursivamente conforme necessidades e contextos. O teor desta modulação é parte do trabalho destes “empreendedores morais”, que elaboram as políticas de saúde e, em especial, as políticas que tematizam a sexualidade e o gênero. Neste *continuum*, o corpo – físico, psíquico – é colocado como produto e produtor de “biolegitimidades” (FASSIN, 2005, p. 204),³⁴ ou seja, a saúde é enunciada como bem comum que deve ser garantido pelo Estado e o corpo é expressão das alterações biológicas e morais degradantes que constituem as doenças.

Diante das evocações de sofrimento atribuídas como parte das *demandas* – e do direito à saúde – das populações vulneráveis, a ideia de vulnerabilidade pode consistir em uma “versão desencarnada do corpo”, que remete não apenas ao corpo visível, mas ao “corpo invisível da experiência do sofrimento social” (FASSIN, 2005, p. 213) de todos aqueles que são marcados pelas sexualidades e gêneros não

³³ Segundo Ayres et al. (2003), o risco remete a um cálculo da probabilidade de ocorrência de um agravo em um grupo com determinada característica, abstraídas outras condições intervenientes. As vulnerabilidades seriam formas de julgar a susceptibilidade de cada indivíduo ou grupo com relação a determinado agravo, de acordo com um conjunto de condições intervenientes.

³⁴ Uso o termo “biolegitimidade” proposto por Fassin (2005, p. 204) para afirmar o corpo como prova material do direito a determinadas políticas, seja “a título de uma enfermidade (justificação de atenção médica) ou de sofrimento (apelando para a compaixão)”. Em meu estudo, observei muitos esforços voltados para a “justificação de atenção médica”, partindo do crivo dos *técnicos*. A conexão dos *técnicos* que trabalham na “saúde LGBT” com suas *agendas* de trabalho é incorporada e, em larga medida, personalizada.

normativos ou fogem aos padrões da heteronormatividade,³⁵ que no plano político consistem na “população LGBT”.

Dessa forma, tanto a noção de risco quanto a noção de vulnerabilidade contornam os corpos que “contam” para as políticas de saúde voltadas à “população LGBT”, cada qual com seus delineamentos ético-morais e implicações sobre o “corpo visível e invisível” destes sujeitos, na lógica da distinção proposta por Fassin (2005). O contínuo trabalho de gestão é também um trabalho de produção de “populações precarizadas” (FASSIN, 2005).³⁶

A noção de precariedade, utilizada por Butler (2011) e Fassin (2005) em contextos distintos, porém sob perspectivas semelhantes, ajuda a compreender como a vulnerabilidade está ancorada em um repertório de moralidades que sustentam os argumentos em prol da existência de uma possível “saúde LGBT”. Se entendermos que a precariedade está implícita na vulnerabilidade, como aqui proponho, ambas as noções exercerão um poder “moralmente vinculante” (BUTLER, 2011, p. 15) entre a “aleatoriedade da existência” (FASSIN, 2005, p. 204) de populações em situação de vulnerabilidade e a responsabilidade do Estado enquanto provedor de condições e reconhecimento social que demonstrem seu compromisso em garantir a saúde como bem comum.³⁷

No contexto de análise aqui considerado, de formulação de políticas governamentais, a precariedade colabora para os “processos de vulnerabilização” (SILVA; COSTA-MOURA, 2013, p. 304),³⁸ e a *enunciação da precariedade* é parte fundamental para reiterar a necessidade de certas políticas voltadas para segmentos populacionais específicos. As enunciações cruzam diferentes formas de linguagem e se materializam em corpos – vocalizados e personalizados pelos *técnicos* – como também se precipitam em documentos.

³⁵ A noção de heteronormatividade guarda relações com a noção de sistema sexo/gênero de Rubin (1975), com matriz da heterossexualidade compulsória de Rich (1980) e com matriz heterossexual de Butler (2013), porém, cada qual com um enfoque dos distintos momentos históricos e campos de conhecimento em que cada produção foi realizada.

³⁶ Fassin (2005) lança mão desta expressão para designar uma relação social de mútuo reconhecimento, um “jogo de imagens” produzido na tensão com “os outros”. Tal jogo conduziria a uma discussão sobre valores diferenciais atribuídos à vida e ao uso político do “estar vivo” como recurso de subjetivação, como produção de sentido para os sujeitos.

³⁷ Confiro à ideia de saúde como bem comum um sentido análogo ao de Fassin quando menciona Arendt (1988) e sua referência à vida como “bem supremo”.

³⁸ Por “processos de vulnerabilização”, Silva e Costa-Moura (2013) se referem a formas governamentais de produção de populações vulneráveis a partir da linguagem e classificações.

O escrutínio das enunciações acerca da “população LGBT” é o assunto da próxima seção, na qual perscruto os diferentes registros que colaboraram para contornar tais sujeitos enquanto população no setor Saúde.

1.2 Enunciações sobre os corpos que “contam”

Partindo da noção foucaultiana, o ato de enunciar se trata de “uma função que cruza um domínio de estruturas e unidades possíveis, e que as faz aparecer com conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (FOUCAULT, 2002, p. 115). Assim, as enunciações seriam expressões de articulações possíveis entre signos, significantes e significados, e os discursos, um conjunto de enunciados.

Sugiro aqui um entendimento sobre os processos de dramatização política nos quais o repertório da implicação e solidariedade combinam-se ao universo dos direitos e dos documentos para a produção de uma verdade sobre determinados sujeitos. Estes sujeitos, também chamados de “população LGBT”, são os indivíduos cujos corpos existem na interface com o biopoder e são, assim, objeto de conceitualizações, nomações e semantizações no âmbito do Estado.

Em campo, as enunciações em torno dos corpos que “contam” possuíam como lastro os documentos do MS. Nos documentos consta uma sorte de designações que funcionavam como artefatos de alinhamento retórico dos *técnicos* do MS. Vale lembrar que o que chamo de documento significa todo tipo de registro sobre as políticas governamentais, utilizado como argumento para sustentar a ação política dentro e fora da instituição.

Os documentos do MS do tipo “publicação” consistem em produtos editoriais com a finalidade de divulgar ações, projetos ou informações importantes e podem ser publicações seriadas ou não seriadas. A fim de individualizar o título das publicações, estas recebem uma numeração: o International Standard Serial Number (ISSN), no caso das seriadas; ou o International Standard Book Number (ISBN), no caso das não seriadas.³⁹

No cotidiano de trabalho, os *técnicos* do MS podem utilizar de publicações de caráter temático ou normativo. Para relembrar o que foi mencionado na introdução

³⁹ A adoção do ISBN em publicações avulsas (não periódicas) é obrigatória e estabelecida pela Lei nº 10.753, de 30 de outubro de 2003, que institui a Política Nacional do Livro.

desta tese, as publicações de caráter temático constituem materiais de cunho informativo, enquanto as publicações de caráter normativo constituem materiais de cunho jurídico.⁴⁰

Farei aqui, primeiramente, algumas considerações sobre os modos de produção e circulação de documentos no campo empírico. Depois, seguirei para análise dos documentos propriamente ditos, perscrutando tanto as publicações de caráter temático quanto as de caráter normativo.

Em minha “etnografia consultora”, os documentos se mostraram peças-chave na produção de argumentos em torno da possibilidade de existência de uma “saúde LGBT”. Também se apresentaram como formas últimas de registro do trabalho “invisível” realizado pelos *técnicos*. Isso se deve ao fato de que a rotinização das atividades técnicas especializadas – entendendo aqui que estas tarefas não são realizadas por dirigentes, tais como coordenadores, diretores ou secretários – envolvia alta carga de incumbências a serem executadas e baixa visibilidade daqueles que as realizavam.

Pensando que esta rotinização envolvia espaços-tempo diversos e pedagogias corporais também diversas, proponho considerá-la como parte de uma “economia do apagamento” (DERRIDA, 2002, p. 91). Para tal, é preciso lembrar que, conforme já explicitado, o *técnico* é agente de uma racionalidade burocrática concretizada em uma atividade técnica especializada ou uma “prática baseada em evidências”, cujo lastro é a produção científica de argumentos para subsidiar a ação política.

A noção de apagamento é apresentada por Derrida (2002) no contexto do ensino para compreensão do valor da educação em filosofia. Sob a argumentação de que a filosofia não é uma disciplina neutra e que parte de uma relação regulada pelas instituições nas quais é ensinada – sendo esta relação conformada pelos valores que propagará –, o autor explicita a necessidade de mediação entre a instituição e a disciplina. O professor seria o agente das práticas institucionais do ensino universitário, aquele que apaga a si mesmo, por meio de uma “suposta neutralidade, [um]a não dogmática aparência de uma questão que é feita sem parecer que se propõe a si mesma” (DERRIDA, 2002, p. 89). Aconteceria assim um

⁴⁰ Apesar de meu esforço didático em separar os universos “temático” e “normativo”, considerando a circulação dos documentos no MS, arrisco dizer que possuem caráter de produção “estatal-científica”, ou seja, misturam finalidades e resultam em publicações, como a da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

apagamento do sujeito que executa as práticas, para que o conhecimento fale por si mesmo.

Bourdieu (1972; 1996; 2009) também coteja a noção de apagamento, em suas proposições sobre os modos de conhecimento que compõem o campo intelectual. Para consolidar sua visão agonística da teoria dos campos, o autor afirma os campos como *locus* tomados por correlações de forças, onde se legitimam os saberes pelo exercício de forjar uma *illusio* do jogo. Estar em uma *illusio* seria:

estar preso ao jogo, preso pelo jogo, acreditar que o jogo vale a pena ou, para dizê-lo de maneira mais simples, que vale a pena jogar [...]. Os jogos sociais são jogos que se fazem esquecer como jogos e a *illusio* é essa relação encantada com um jogo que é o produto de uma relação de cumplicidade ontológica entre as estruturas mentais e as estruturas objetivas do espaço social (BOURDIEU, 1996, p. 139-140).

A constituição de uma *illusio* corresponderia, em alguma medida, à tarefa “encantada” de “fazer esquecer” e acreditar em um jogo social, para que os agentes de um certo espaço social passem a significá-lo. Esse “fazer esquecer” promoveria o apagamento do sujeito que fala em função daquilo que ele representa no espaço social em que se posiciona.

A *illusio* ou ficção criada pela noção de apagamento aplicada à produção científica é criticada por Haraway (1995, p. 13), pois não comporta a denúncia de uma “ciência enviesada”. Segundo a autora, as ciências humanas procuram desconstruir as “alegações de verdade” (Haraway, 1995, p. 13) afirmando que:

a ciência – o jogo real, aquele que devemos jogar – é retórica, é a convicção de atores sociais relevantes de que o conhecimento fabricado por alguém é um caminho para uma forma desejada de poder bem objetivo. Tais convicções devem levar em conta a estrutura dos fatos e artefatos, tanto quanto os atores mediados pela linguagem no jogo do conhecimento. Aqui, artefatos e fatos são partes da poderosa arte da retórica. Prática é convicção e o foco é muito na prática. Todo conhecimento é um nódulo condensado num campo de poder agonístico (HARAWAY, 1995, p. 10).

Perseguindo o que chama de “versão feminista da objetividade” (Haraway, 1995, p. 13), a autora critica a ideia de desmascaramento da ciência e práticas “imparciais” de explicação de um mundo “real”. E sinaliza que o potencial da ciência existe “não para negar significados e corpos, mas para viver em significados e corpos que tenham a possibilidade de um futuro” (Haraway, 1995, p. 16), driblando possíveis reducionismos.

Levo em consideração as críticas de Haraway (1995) no que diz respeito à “fantasia” das ficções científicas e observo que a assunção da imparcialidade científica compõe o trabalho dos *técnicos*. Esta imparcialidade é evocada para reforçar os argumentos de autoridade enunciados por eles, essencialmente quando fazem menção a evidências científicas, o que colabora para o apagamento de suas condições de sujeitos que falam em função do caráter de impessoalidade, tendo em vista o interesse público das políticas. Também é possível afirmar que a imparcialidade seria uma característica a desnaturalizar possíveis visões do senso comum sobre o que é desejável em uma política pública e suplantam a ideia de amadorismo que, eventualmente, funciona como elemento de “poluição”⁴¹ e pode desprestigiar o trabalho dos *técnicos*.

Em busca de uma institucionalidade das políticas de saúde, os *técnicos* recorrem ao léxico explicitado nos diferentes registros e documentos de que lançam mão. Dessa forma, consolidam e legitimam *agendas* políticas. As *agendas* constituem o conjunto de assuntos que integram a política de um governo em uma determinada instituição.⁴²

Um paradoxo interessante ao imperativo de “impessoalidade” conferido à atuação dos *técnicos* é a existência de seus nomes nas publicações do MS. Por um lado, a Política Editorial do MS⁴³ estabelece que

todo e qualquer material editorial produzido pelo Ministério da Saúde deve ter como foco prioritário o público nacional, observando-se sempre o *caráter da impessoalidade*, ou seja, tendo em vista exclusivamente o interesse público. Deve-se promover a imagem institucional, sendo vedada, em qualquer produto editorial, a publicidade que, direta ou indiretamente, caracteriza promoção pessoal de autoridade ou servidor público (BRASIL, 2006a, grifo nosso).

Isso significa que os *técnicos* não podem receber *status* de autores destas publicações, devido aparente alegação de conflito de interesses.

Por outro lado, a menção de nomes de *técnicos* no verso das folhas de rosto das publicações, como parte das equipes de “colaboração” ou de “elaboração de textos”, é permitida e parte constitutiva dos documentos há anos, sob a forma de “créditos à equipe técnica” (BRASIL, 2006a).

⁴¹ Utilizo aqui a noção de “poluição” no sentido proposto por Mary Douglas (1991), para sugerir a ameaça à reputação e competência dos *técnicos* do MS que a ideia de amadorismo representa.

⁴² Por sua recorrência, cotejo o sentido das *agendas* no trabalho dos *técnicos* do MS ao longo de toda a pesquisa de tese.

⁴³ Aprovada pela Portaria MS/GM nº 1.958, de 16 de setembro de 2004.

Esse paradoxo se revelou, em campo, como uma forma de realizar a distinção entre os atores e autores da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Segundo um dos *técnicos* que participou da elaboração do documento de Políticas de Promoção da Equidade – uma das publicações centrais para compreensão da “saúde LGBT” –, esta distinção seria fundamental para saber “quem posiciona a bola em campo e quem chuta a bola pro gol”.⁴⁴ Os documentos seriam, então, registros estratégicos para operar autorias em um mundo de atores.

Durante minha “etnografia consultora”, chamou-me a atenção o fato de a rotina administrativa do trabalho dos *técnicos* não envolver assinaturas de registros documentais. Praticamente tudo o que se atribui como escopo de tarefas dos *técnicos* é realizado por meios virtuais e submetido à “economia do apagamento” do processo de trabalho institucional.⁴⁵ Registros não são necessariamente impressos e, quando o são, carregam as assinaturas dos dirigentes (e não dos *técnicos*) de cada repartição.

Por certo, há no MS a existência de documentos em “meio físico”, que são controlados por meio de um código para rastreamento, o número no Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (Sipar).⁴⁶ Geralmente, estes são procedentes de instituições externas ao MS e precisam de uma forma de monitoramento nos trâmites administrativos até alcançar seu destinatário final. No entanto, sob o argumento de “modernizar a gestão de documentos e agilizar os processos de trabalho nos órgãos do MS” (BRASIL, 2017), a instituição tem investido em uma migração gradativa de seus processos para o Sistema Eletrônico de Informações (SEI).⁴⁷ Há outros ministérios que adotam o SEI, mas a implantação é facultativa e os sistemas ainda não possuem barramento, o que significa que não é possível acessar, entre diferentes órgãos, os documentos que eventualmente precisem tramitar intersetorialmente.

Diante das dificuldades de buscar assinaturas como “pistas” do envolvimento dos *técnicos* em determinadas *agendas* de trabalho, pelos dilemas éticos de autoria

⁴⁴ No uso da metáfora do futebol, o *técnico* fez tal menção ao ser interpelado por mim para participar de entrevista para minha pesquisa de doutorado.

⁴⁵ A falta de documentos que possam ser guardados é sempre criticada nas ocasiões em que *técnicos* têm seus contratos de trabalho cindidos, pelo uso da expressão corrente de que “os *técnicos* colocam suas *agendas* embaixo do braço e levam embora”.

⁴⁶ O Sipar foi instituído em 1995 no MS, como forma de garantir o acompanhamento sistemático dos documentos que circulam internamente.

⁴⁷ Instituído pela Portaria nº 900, de 31 de março de 2017, que dispõe sobre a implantação e o funcionamento do Sistema Eletrônico de Informações - SEI no Ministério da Saúde.

previamente enunciados e, em referência às estratégias metodológicas utilizadas para explorar o campo empírico, a dúvida sobre como perscrutar os documentos relevantes para os *técnicos* do MS atravessou todo o trabalho de campo. Ora a solução foi encontrada por meio de entrevistas com os *técnicos*, ora foi buscada nas fichas catalográficas das publicações. Outra forma de compreender a circulação de informações relevantes é a consideração de documentos em meio virtual.⁴⁸

A constatação do caráter de virtualidade dos papéis imiscuído à rotinização administrativa do MS dialoga com as estratégias metodológicas destacadas por Lowenkron e Ferreira (2014, p. 81) ao compreenderem a rentabilidade heurística da prática de “seguir os papéis” ou “etnografar documentos” na pesquisa antropológica. Segundo as autoras, as etnografias em/de arquivos nos “permitem ampliar as possibilidades analíticas de documentos lidos durante o trabalho de campo em organizações burocráticas contemporâneas” (LOWENKRON; FERREIRA, 2014, p. 82, tradução nossa).⁴⁹

Uma característica que passa ao largo da análise das autoras, no entanto, diz respeito à materialidade dos registros documentais acessados durante o trabalho de campo. Não são necessariamente os papéis enquanto objetos que promovem a fixação de relações de poder, mas o processo de produção destes registros e os acontecimentos neles enunciados.

Não restam dúvidas sobre o fato de que papéis constituem “artefatos etnográficos” (LOWENKRON; FERREIRA, 2014, p. 80), porém, como lidar quando o ambiente em que se desenvolve a pesquisa se trata de um espaço no qual as ações acompanhadas, no caso as tarefas administrativas, envolvem em pequena medida os papéis em “meio físico”?⁵⁰

O trabalho realizado por mim e pelos *técnicos* do (e no) MS foi alicerçado por um conjunto de instrumentos que auxiliavam tanto no desempenho das atribuições de trabalho como no estabelecimento de relações entre trabalhadores. Este conjunto de instrumentos consistia em documentos de diferentes ordens e procedências,

⁴⁸ Por seu valor no processo de trabalho dos *técnicos*, os documentos como comunicações virtuais serão abordados na próxima seção.

⁴⁹ Do inglês: “*ethnographies of/in archives allow us to broaden the analytical possibilities of “current files” read during ethnographic fieldwork in contemporary bureaucratic organizations*” (LOWENKRON; FERREIRA, 2014).

⁵⁰ É bastante comum o uso da expressão “meio físico” como referência à forma impressa dos documentos institucionais no MS, em oposição a “meio virtual”.

formas tangíveis e evidentes de operar tarefas que auxiliavam na construção de circunstâncias de trabalho e hierarquias.

As atribuições de trabalho do corpo de *técnicos* do MS se concentravam, basicamente, na realização de atividades de assistência técnica em projetos e programas na área da saúde, no âmbito do Poder Executivo. Tais atividades giravam em torno do acompanhamento dos processos inerentes ao SUS, bem como colaboração no delineamento de estratégias de execução das atividades de controle e avaliação, sob o aspecto do aperfeiçoamento contínuo das políticas sociais. As balizas de controle e avaliação para identificar situações irregulares eram justamente os documentos, peças que serviam para observação de tudo o que estivesse em desacordo com os padrões estabelecidos em normas e legislação específica de atenção à saúde. Ou seja, as atribuições dos *técnicos* consistem na participação direta ou indireta destes nos processos de formulação das políticas.⁵¹

As circunstâncias de trabalho dos *técnicos* estavam dadas pelas chamadas *agendas* de trabalho. Em campo, o entendimento de *agenda* era plural. Muitas vezes era apenas o de “compromisso” ou “tarefa” de um dia de trabalho, como na frequente questão: “temos *agenda* hoje?” Outras vezes abarcava um sentido mais amplo, no qual *agenda* corresponderia ao conjunto de ações que configuram uma pauta de trabalho, como na afirmação “a Kátia [Souto] coordena a *agenda* LGBT”.

Entendimentos algo distintos do plano teórico, do qual menciono como exemplo a definição de que *agenda* designa os diferentes interesses que orientam ações políticas de uma determinada instância gestora, abarcando questões sociais que podem se configurar ou não como problemas (MATTOS; BAPTISTA, 2015). Este sentido possui uma perspectiva agonística, já que tais questões sociais são objetos constantes de disputas de sentidos entre grupos de interesses distintos, no âmbito da produção das políticas governamentais.

As *agendas* ensejam encontros entre trabalhadores, nos mais diversos espaços existentes no MS. Desde o “fumódromo”, localizado na área externa dos prédios, até as salas de reunião, eram lugares possíveis para parlativas, diálogos e interações acerca das *agendas*, a despeito das divisórias pálidas que segmentavam

⁵¹ Aqui busco driblar a ideia de fases de políticas públicas, proposta pela perspectiva que considero demasiadamente funcionalista e racional da análise do ciclo de políticas. Minha crítica reside no fato de tal perspectiva correr o risco de parecer muito fragmentária ao separar fases e efeitos no ato de analisar, além de implicitamente designar a política como algo previsível. Sobre análise do ciclo de políticas públicas e formas mais integrativas de entendimento dos processos políticos, vide Mattos e Baptista (2015) e Baptista e Rezende (2015).

o contato entre servidores e delimitavam as “baías”⁵² e salas das coordenações. Os alicerces das *agendas* eram justamente as interações que aconteciam nestes espaços-tempo, na medida em que permitiam *alinhamentos* entre os *técnicos*. Os *alinhamentos* consistiam em convergências, consensos produzidos para catalisar decisões, e que favoreciam a produção de argumentos ou documentos, fatos ou artefatos, uma vez que o trabalho dos *técnicos* é eminentemente discursivo.

Creio ser importante afirmar que, para realizar os *alinhamentos*, os *técnicos* articulavam-se entre si através do mote das *agendas*, porém não apenas desta forma. Um dos instrumentos mais eficazes de fazer circular informação – argumentos ou documentos – era através do correio eletrônico. Cada *técnico* possui seu e-mail, com o qual se comunica com os participantes das *agendas*, de modo a sinalizar datas das próximas reuniões e compartilhar *ajudas de memória*, memórias de reunião e relatorias.

Por meio da comunicação por e-mail, operam-se as reiteraões que legitimam (ou não) os *técnicos* em uma determinada *agenda*. Isso significa que o fato de receber um e-mail, além de configurar a manutenção de uma rede de relações, sustenta a ideia de quem está “dentro ou fora” das *agendas*. Funciona então como ferramenta para operar estratégias de inclusão/exclusão e pode, eventualmente, ser fonte de tensionamentos e pacificações.

Uma situação corriqueira, que pode ser útil para ilustrar o funcionamento da rede de e-mails,⁵³ foi a que se desenrolou em uma das reuniões do Grupo Intraministerial de Saúde Integral LGBT.⁵⁴ Um dos pontos de pauta da reunião era a apresentação dos dados de vigilância de violências contra a “população LGBT”, apresentados pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não

⁵² “Baia” é um termo êmico utilizado para designar as estações de trabalho nas salas dos prédios institucionais do MS.

⁵³ Vale lembrar que esta situação teve como tema um assunto de natureza pública – dados de vigilância de violências publicados no guia *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e causas externas*, o que o torna passível de ilustração nesta pesquisa. Tais dados foram, de igual forma, tematizados na instância de controle social do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT.

⁵⁴ Na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, há dois dispositivos para consecução das ações: o Grupo Intraministerial de Saúde Integral LGBT e o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT. Em 2015, foi instituída uma condição no Regimento do Comitê, a qual estabelecia, no § 3º do art. 5º, que “os representantes das áreas do Ministério da Saúde no Comitê Técnico participarão também do Grupo Intraministerial de Saúde Integral LGBT, composto por diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, que realizarão reuniões preparatórias para a organização das atividades do Comitê” (BRASIL, 2015a). Isso significa que os componentes do grupo eram também os representantes do MS no comitê.

Transmissíveis e Promoção da Saúde (Dantps) da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS).

Um *técnico* da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Cgdant) apresentou os dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) sobre violência contra a “população LGBT”. Durante a apresentação, era possível observar diversos *técnicos* utilizando a câmera de seus telefones móveis para registrar os dados explanados, que apareciam no projetor de vídeo. Ao se dar conta de seu próprio interesse e do interesse dos demais colegas nos dados, um *técnico* do Dagep, que conduzia a reunião, interrompeu a fala do apresentador e disse que estranhava o fato de os presentes terem tanto interesse nas informações, suspeitando que ninguém do grupo intraministerial as tivesse recebido por e-mail. Os componentes do grupo se entreolharam, em silêncio, reiterando a percepção do *técnico* do Dagep. Diante da perplexidade gerada, o *técnico* do Dagep solicitou que os arquivos fossem encaminhados ao grupo. Outro *técnico* da Cgdant rebateu a solicitação, afirmando que qualquer cidadão comum poderia obter dados do Sinan acessando o sistema pela *web*.

Depois de breve discussão, o grupo recebeu como resposta que a Cgdant encaminharia os dados depois de burilá-los melhor. Ao que se seguiu o assentimento do *técnico* do Dagep e dos demais membros do grupo, sendo que o Dagep, por fim, reforçou o quanto seria “estratégica” a possibilidade de se ter “dados em mãos”, subsidiando a condução da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Essa situação elucida diferentes características do trabalho dos *técnicos do MS*. Destaco aqui o papel primordial dos e-mails na dinâmica de trabalho dos *técnicos*. Através do recebimento de mensagens eletrônicas contendo dados tidos como “estratégicos”, não apenas movimenta-se uma rede de relações que consiste no Grupo Intraministerial de Saúde Integral LGBT, como também se redefinem as margens do próprio grupo. Os e-mails são a assinatura digital do trabalho dos *técnicos*, seus “carimbos”, um dos poucos “rastros” de seus ofícios e engajamentos. Além disso, o silêncio gerado diante da pergunta do *técnico* do Dagep que conduzia a reunião reiterou o *alinhamento* que se espera entre *técnicos* que compõem a mesma *agenda*. Pelo silêncio, demarcaram a importância de se ter “dados em mãos” para a construção da própria Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Uma segunda situação que pode ilustrar o funcionamento dos e-mails foi a que se desenrolou na 8ª Reunião Ordinária do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT. Um dos pontos de pauta da reunião era o momento chamado “Informes Dagep”, no qual os presentes receberiam informações cuja finalidade seria apenas de esclarecimento, sem a intenção de que rendessem discussões. Um dos informes Dagep da referida reunião era sobre a pesquisa intitulada Análise do Acesso e Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT no SUS, sob coordenação executiva do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) da Universidade de Brasília (UnB). Essa pesquisa, também chamada sucintamente de Pesquisa em Saúde LGBT, foi enunciada de maneira breve pela equipe Dagep.

Foram apresentados os avanços na pesquisa, que consistiam no recrutamento e na formação de equipes locais colaboradoras, bem como em articulações com as secretarias municipais de saúde a fim de obter as autorizações éticas para desenvolvimento da pesquisa. No entanto, durante a apresentação, alguns membros do comitê se manifestaram interessados pelas informações já levantadas pelo estudo e questionaram a equipe do Dagep sobre o acesso aos dados. Um dos *técnicos* do Dagep sinalizou que, como parte da equipe de coordenação da pesquisa, o departamento tinha “acesso diferenciado por e-mail”, para poder organizar a execução. Diante dos “burburinhos” e conversas paralelas geradas pela ideia de “acesso diferenciado”, logo o *técnico* do Dagep se propôs a convidar um “representante ou pesquisador responsável” pela Pesquisa de Saúde LGBT para a próxima reunião, de modo que pudessem ser apresentados pessoalmente a todos os membros do comitê técnico o “detalhamento do andamento” e foco do estudo.

A segunda situação narrada demonstrou o desconforto coletivo gerado pela ideia de “acesso diferenciado por e-mail”. Como a suspeita de compartilhamento parcial de informações foi reforçada pelo fato de o e-mail funcionar como um canal “privilegiado”, o coletivo do comitê técnico findou por solicitar a presença de um representante ou pesquisador na reunião, viabilizando, assim, o compartilhamento pleno das informações sobre a Pesquisa de Saúde LGBT. Esse compartilhamento pleno garantiria o *alinhamento* de todo o coletivo, bem como equalizaria o “saber-poder” na rede de relações que constituía o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT.

Com base nas duas situações mencionadas, busquei sinalizar o valor das comunicações por e-mail como ferramentas que operam as reiteraões a legitimar (ou não) os *técnicos* em uma determinada *agenda*. Ao promover o *alinhamento* entre *técnicos*, funcionavam como um meio potente de garantir a circulação de informações, integrando ou desintegrando os componentes dos grupos que constroem a “saúde LGBT” na (e pela) malha estatal.

É importante lembrar que os e-mails eram um dos poucos artefatos que garantiam a procedência e o registro das informações, considerando a já mencionada “economia do apagamento”. O ato de compartilhar ou não um documento via e-mail pode significar a articulação que alinha os coletivos, e pode significar também o “rastro” do trabalho do *técnico*, no sentido derridiano do termo “rastro” (DERRIDA, 2001).

Derrida (2001, p. 32) considera “todo o processo de significação como um jogo formal de diferenças, isto é, de rastros”. Os rastros seriam então, ao mesmo tempo, elementos que enunciam e diferenciam contextos. Vestígios que anunciam existências e que se articulam com outros vestígios em uma cadeia de sentidos. Estes vestígios ligam os sujeitos ao que é dito e se transformam à medida em que circulam, considerando as margens interpretativas de cada leitor.

Dessa forma, as escrituras que consistem nos e-mails são acontecimentos do texto, aquilo que é “assinável” e que se pode ler. Jogo aqui com o mesmo intervalo “presença-ausência” que sugere Derrida (2001): o rastro se relaciona com o movimento de enunciação e diferença, pois não promove a realização absoluta de um sentido. A realização de um sentido varia conforme o leitor, abre novas redes de remissões das escrituras (signos) e, por ser sempre transformado, rompe com a presença do sujeito que enunciou. Nestas cadeias de significação, as escrituras dos *técnicos* são mobilizadas “[pel]as intenções que animam as enunciações” (DERRIDA, 1991, p. 146), mas, em função do caráter disruptivo da linguagem, “nunca estar[ão] presente[s] [...] de ponta-a-ponta” (DERRIDA, 1991, p. 146).

Os e-mails dos *técnicos* funcionam, assim, como “rastros” de seus trabalhos, catalisando interações ou, melhor dizendo na lógica derridiana, “animando enunciações”, nos contextos de produção das *agendas* de trabalho. Submetidos à multiplicidade das modalidades de colaboração ao MS, os *técnicos* lidam com a necessária “economia do apagamento” de modo a potencializar

diálogos e, concomitantemente, tornar seletiva a circulação de informações em suas redes.

Tendo elucidado os modos de produção e circulação de documentos pelo trabalho dos *técnicos* do MS, abordo na próxima seção os documentos propriamente ditos. Suas enunciações percorrem um gradiente que vai da noção de risco à noção de vulnerabilidade, deslocando a ideia de “grupo” para a ideia de “população LGBT” a partir do movimento crescente de entendimento e menção da “equidade” e da participação política como caminho para uma *gestão estratégica e participativa* no setor Saúde.

Importante reiterar que não pretendo aqui apresentar a extensa e já consolidada literatura sobre “riscos e vulnerabilidades”, muito conhecida entre profissionais que trabalham com políticas de prevenção de agravos em saúde, para justificar a existência de um “corpo LGBT vulnerável”. Enveredo pela produção de nomeações governamentais com o objetivo de apontar as predicções dadas pelas transformações léxicas na designação e consagração da “população LGBT”, inspirada pelas reflexões propostas por Silva e Costa-Moura (2013).⁵⁵

1.2.1 Mudanças terminológicas nos documentos do setor Saúde

O termo “populações vulneráveis” em alusão aos sujeitos LGBT e não mais atrelado apenas ao HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), passou a constar de documentos oriundos do setor Saúde e produzidos pelo MS a partir da década de 2000.⁵⁶

Destaco os relatórios finais das últimas quatro Conferências Nacionais de Saúde (CNS)⁵⁷ – realizadas em 2000, 2003, 2007 e 2011 –⁵⁸ e a publicação da obra *Políticas*

⁵⁵ Os autores apresentam as mudanças terminológicas que aconteceram nas classificações governamentais concedidas às pessoas em sofrimento psíquico que cumprem medida de segurança no sistema penitenciário. Para acompanhar essa interessante discussão, ver Silva e Costa-Moura (2013).

⁵⁶ Tal afirmação foi baseada no levantamento etnográfico de documentos públicos do Ministério da Saúde, especialmente nos Departamentos de Atenção Básica (DAB) e de Apoio à Gestão Participativa (Dagep), e na Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), entre os meses de outubro de 2013 a abril de 2014. Também foi amparada por pesquisa com os descritores “populações vulneráveis”, “vulnerabilidade” e “equidade” no portal Saúde Legis do Ministério da Saúde.

⁵⁷ As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são espaços de participação social ou participação comunitária, princípio fundamental às políticas sociais e previsto desde a Constituição Federal de 1988.

de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2012c) como documentos primordiais que enunciam o termo ou correlatos para designar os sujeitos LGBT em conjunto.⁵⁹

A 11ª CNS (BRASIL, 2001, p. 186) apresentou pontualmente, em seu relatório final, o termo “grupos vulneráveis” para remeter aos “homossexuais [...] e outros grupos e minorias discriminadas”, sem sinalizar a necessidade de uma política de saúde específica. A proposição em que consta a menção apontada é a de número 269, que afirma como necessidade:

definir estratégias de IEC [informação, educação e comunicação] diferenciadas e específicas para *grupos vulneráveis*, com articulações inter-conselhos (como os tutelares). Buscar o aprimoramento das legislações e normas capazes de garantir o direito integral à Saúde aos índios, mulheres, negros, crianças, idosos, *homossexuais*, portadores de patologias e deficiências, dentre outros *grupos e minorias discriminadas* (BRASIL, 2001, p.186, grifo nosso).

Já no relatório final da 12ª CNS, há menção de “populações vulneráveis e de risco”, referindo-se às populações com “déficit nutricional”. Também é utilizada a expressão “grupos populacionais vulneráveis” mais diretamente para os LGBT, no item 14 das diretrizes gerais:

Definir estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde que devem ser diferenciadas segundo aspectos específicos de *grupos populacionais vulneráveis*, buscando a articulação interconselhos para fortalecer o controle social, e aprimorando legislações e normas capazes de garantir o direito desses grupos de forma integral, como as referentes aos povos indígenas, às mulheres, aos homens, aos negros, às crianças, aos adolescentes, aos idosos, às pessoas com patologias específicas e às pessoas com deficiências, *aos homossexuais, aos travestis e aos transgêneros*, dentre outros (BRASIL, 2004a, p. 47, grifo nosso).

Os LGBT, designados como “homossexuais, travestis e transgêneros”, constam apenas desse trecho, com vários outros *segmentos populacionais vulneráveis*, de forma bastante abrangente e sem a proposição de ações específicas. Chama a atenção o fato de lésbicas e bissexuais estarem excluídos desta expressão (pensando que o termo “homossexuais” não os contempla). Muito

Na Saúde, esse espaço de participação é regulado pela Lei nº 8.142/90, que define que a participação social se faça a partir das conferências e dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo.

⁵⁸ Os dez relatórios finais das CNS anteriores não mencionam os termos descritores “populações vulneráveis”, “vulnerabilidade” e “equidade”.

⁵⁹ Embora seja considerado frágil (por não ter sido aprovado por meio de decreto) e, provavelmente por isso, pouco mencionado pelos *técnicos* da saúde, é importante informar que o documento *Brasil sem homofobia* (BRASIL, 2004b) apresenta os descritores “população GLTB” e “homossexuais brasileiros”, provavelmente como sinônimos. Os descritores utilizados nesta pesquisa (“populações vulneráveis”, “vulnerabilidade” e “equidade”) não se encontram lá mencionados.

provavelmente, o que orienta a inclusão de apenas três categorias é o fato de a “saúde LGBT” ser pensada nesse momento a partir da aids.

Um dado importante é o fato de que, desde a 12ª CNS, a abordagem dos “direitos relacionados com aspectos de gênero, orientação sexual, identidade sexual” (BRASIL, 2004a, p. 102) passou a ser pautada no SUS, a despeito das confusões no uso das expressões para designar a diversidade sexual e de gênero.⁶⁰

É bastante ovacionado o fato de que foi na 13ª CNS (realizada em 2007) que a diferença/recorte/especificidade/temática da orientação sexual foi reconhecida como parte da análise da determinação social da saúde (DSS). Este dado revela, decerto, que as políticas voltadas para uma “população LGBT” foram primeiramente pensadas e propostas em outro setor – provavelmente no de Direitos Humanos – para depois, progressivamente, permearem as *agendas* do setor Saúde.

O documento da 13ª CNS evoca as “populações vulneráveis” em dois itens. A menção mais importante se encontra no “Eixo I – Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento”, no seguinte item:

164. Que o Ministério da Saúde incentive o intercâmbio de conhecimento entre os universos científico e popular/empírico, com a realização de pesquisas de interesse da saúde das *populações vulneráveis*, produzindo inovações a baixo custo para o SUS (BRASIL, 2008, p.45, grifo nosso).

Esse trecho foi destacado no texto não somente por ser a primeira menção do termo *vulneráveis* para se remeter a um tipo de “população”, como também por estar associado a “inovações de baixo custo para o SUS” no âmbito da Atenção Básica e, conseqüentemente, ao cuidado produzido nos territórios. É possível sugerir que, à época, a ideia de que o interesse das “populações vulneráveis” se concentrava nesta esfera de atenção à saúde já circulava no plano dos gestores e formuladores de políticas de saúde. Chamo a atenção para tal ideia porque, provavelmente, foi o fator gerador da discussão sobre “acesso” ocorrida posteriormente.

A outra menção às “populações vulneráveis” pode ser encontrada no item 184:

⁶⁰ Faço tal comentário em função do uso, no mesmo relatório, de diferentes expressões como identidade sexual (p. 34), identidades de gênero (p. 129) e diversidade de gênero (p. 25) para designar, muito provavelmente, as diferentes expressões de gênero.

Implantar, conforme protocolo do MS com as redes assistenciais, os programas e protocolos para as *populações vulneráveis* como a sorologia para hepatite B e C, HIV e sífilis, em especial em acampamentos, em assentamentos, caminhoneiros, população indígena, quilombolas, população privada de liberdade, profissionais do sexo e populações migrantes portadores de transtornos mentais, visando à prevenção das DST/HIV/aids, a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita (BRASIL, 2008, p.110, grifo nosso).

Ainda que não utilizando o termo, outro item do relatório tematiza a orientação sexual na saúde, ancorando-a fortemente com a susceptibilidade aos agravos transmissíveis:

38. *Assegurar a gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT) o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem da soropositividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Reconhecer as temáticas que envolvam a orientação sexual e as suas consequências sobre as concepções e práticas da saúde, da inclusão de item sobre livre expressão sexual nos formulários, da inclusão dos recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual na política de educação permanente, da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria MS/GM nº 675/2006 (BRASIL, 2008, p. 23, grifo nosso).*

Apesar da relação bastante marcada entre a “população LGBT” e o HIV e outras IST, o trecho destaca a necessidade de reconhecimento de “temáticas que envolvam a orientação sexual” e suas “consequências sobre as concepções e práticas da saúde”, demonstrando a preocupação com a “sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público [nomeado então como GLBTT e não LGBT]” (BRASIL, 2008, p. 23). Além da relação LGBT e HIV/IST, o relatório também apresenta uma moção de apoio ao Projeto PLC nº 122/2006, que criminaliza a homofobia,⁶¹ relacionando os sujeitos LGBT com a temática da violência e da discriminação. Outros itens aproximam os sujeitos LGBT do conjunto de “populações vulneráveis”, embora não utilizem do termo.⁶²

⁶¹ Refiro-me à moção nº 26, constante da página 200 do relatório final da 13ª CNS. O PLC nº 122/2006, de autoria da deputada federal Iara Bernardi, altera a Lei nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal) e o Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 (Consolidação das Leis do Trabalho). Foi proposto para definir os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de gênero, sexo, orientação sexual e identidade de gênero, ou seja, com vistas a criminalizar a discriminação motivada unicamente na orientação sexual ou na identidade de gênero.

⁶² Esses outros itens são: “39. Revogar a portaria que proíbe a doação de sangue da população GLBTT, que viola os artigos nºs 1, 2 e 5 da Constituição Federal Brasileira” (BRASIL, 2008, p. 23) e “167. Garantir incentivos para pesquisas científicas e inovações tecnológicas referentes às endemias,

O referido relatório apresenta, ainda, o termo “populações de vulnerabilidade acrescidas pelo estigma e preconceito” que, parece ter sido usado como sinônimo de “populações vulneráveis”, no seguinte item:

182. *Garantir o acesso de gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e transgêneros (GLBTT), prostitutas e outras populações de vulnerabilidade acrescidas pelo estigma e preconceito aos bens e serviços de saúde nas três esferas de governo, implementando uma Política Nacional de Saúde Integral para essas populações e proporcionando ações que assegurem os direitos de cidadania plena, o reconhecimento e aceitação à “identidade social” adotada pela pessoa, quando for o caso, e que se respeite o direito à intimidade e à individualidade (BRASIL, 2008, p. 109, grifo nosso).*

Esse item sinalizou a garantia de acesso à saúde e a necessidade de implementação de uma Política Nacional de Saúde Integral como elementos fundamentais para assegurar os direitos de cidadania plena da “população de vulnerabilidade”, que viria a ser denominada mais consensualmente em documentos posteriores como LGBT.

Faz-se importante lembrar que foi na 13ª CNS que a orientação sexual foi incluída como aspecto relevante nos processos de saúde-doença. Nesse sentido, foram tecidas as seguintes recomendações diretamente relacionadas ao setor Saúde nesta conferência:

2. *Efetivar a saúde como direito de todos e dever do Estado (Art. 196), assegurando o Estado Laico como pressuposto da efetivação de diretrizes e princípios do SUS nas três esferas de governo, independente da administração vigente, reconhecendo a diversidade populacional e suas especificidades de gênero, etnia, raça, crença, cultura, geração, orientação sexual, deficiências e procedências regionais, garantindo a equidade na atenção integral para a formulação de políticas e ações, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2008, p. 71, grifo nosso).*

24. *Atuar de forma intersetorial na implementação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Trauma e Violência, implementando na rede pública os protocolos de atenção contra todos os tipos de violência e para todos os cidadãos e cidadãs, considerando as diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, de orientação sexual, geracionais, sofrimento psíquico, físico e/ou desempenho cognitivo, como parte do atendimento integral a todas as vítimas de quaisquer tipos de violências (BRASIL, 2008, p. 20, grifo nosso).*

30. *Monitorar a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e de adolescentes via Conselho Nacional de Saúde articulado com os conselhos de Educação e de Ciência e Tecnologia, considerando diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, de orientação sexual, geracionais,*

assistência farmacêutica, vigilância sanitária, meio ambiente, trabalho, transporte, ações de saúde para a população GLBTT, e outras” (BRASIL, 2008, p. 45, grifo nosso).

sofrimento psíquico, físico e/ou desempenho cognitivo, garantindo condições materiais, educacionais, políticas e simbólicas para o exercício de direitos das mulheres de forma livre e amparada socialmente, assegurando sua autodeterminação e impedindo ações coercitivas sobre suas escolhas sexuais e reprodutivas (BRASIL, 2008, p. 21, grifo nosso).

38. Assegurar a *gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT)* o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem da soropositividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Reconhecer as *temáticas que envolvam a orientação sexual* e as suas conseqüências sobre as concepções e práticas da saúde, da inclusão de item sobre livre expressão sexual nos formulários, da inclusão dos recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual na política de educação permanente, da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria MS/GM nº 675/2006 (BRASIL, 2008, p. 23, grifo nosso).

39. Revogar a portaria que proíbe a doação de sangue da *população GLBTT*, que viola os artigos nºs 1, 2 e 5 da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 2008, p. 23, grifo nosso).

51. Que todos os Sistemas de Informação do SUS, incluindo formulários e prontuários, contenham *variáveis para identificação do tipo ocupação, ramo de atividade, etnia (raça, cor), gênero e orientação sexual*, intensificando o monitoramento desses quesitos em atestados de óbitos, hospitais e unidades de saúde, utilizando-os como instrumentos norteadores de políticas setoriais e intersetoriais, estratégias, prioridades e metas de ação governamental, garantindo a formação dos profissionais de saúde para o seu preenchimento correto (BRASIL, 2008, p. 26, grifo nosso).

106. O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde devem implantar a Portaria MS nº 1.996/07 que disponibiliza recursos para a educação permanente em saúde, de forma descentralizada para trabalhadores e gestores, em conformidade com as especificidades de cada profissão, por meio da educação permanente, incluindo temáticas estratégicas envolvendo a atenção e a gestão do SUS, com foco no acolhimento, na humanização, no respeito às *diferenças culturais, físicas, etnia, gênero, orientação sexual, religião e geração*, objetivando desenvolver ações que contribuam com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e população usuária e das necessidades do SUS garantindo a alocação de recursos específicos (BRASIL, 2008, p. 90, grifo nosso).

165. O Ministério da Saúde deve criar estratégias tecnológicas e científicas de pesquisa para que sejam avaliados os efeitos colaterais causados por medicamentos e/ou terapias usadas no tratamento de doenças graves e/ou crônicas como HIV/aids, tuberculose, hanseníase e câncer, levando em consideração os *recortes étnico, racial, de gênero e orientação sexual*, garantindo os avanços terapêuticos e preventivos atuais e futuros a todos os usuários do SUS (BRASIL, 2008, p. 45, grifo nosso).

As recomendações elencadas acima praticamente consolidam as *demandas* da “população LGBT” no SUS e orientam as ações em torno de um “corpo LGBT vulnerável”. Apesar de não haver menção direta à expressão “identidade de gênero” no texto final do relatório, o dado sobre a 13ª CNS ter sido a primeira conferência em

que houve inclusão de “orientação sexual e identidade de gênero” na saúde é difundido e registrado.⁶³

O relatório da 14ª CNS, intitulado “Todos usam o SUS – SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro”, foi publicado em 2012. O documento apresentou 343 propostas votadas e aprovadas em plenária final realizada no 2º semestre de 2011. Destas propostas, apenas duas referem-se aos sujeitos LGBT e constam da “Diretriz 11 – Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e *populações vulneráveis*” (BRASIL, 2012a, p. 68, grifo nosso). A primeira os define como um dos “grupos populacionais específicos”, e a segunda, como “população LGBT”:

8. Garantir recursos financeiros para implementação de Políticas de Saúde destinadas a *grupos populacionais específicos* (camponeses, ribeirinhos, quilombolas, mulheres, indígenas, afrodescendentes, *LGBT*, idosos, pessoas com deficiência, anemia falciforme, albinismo e outras patologias), incluindo incentivo para compensações regionais e para municípios que recebem populações flutuantes (BRASIL, 2012a, p. 69, grifo nosso).

21. Pactuar e implementar, nas três esferas de gestão, as políticas nacionais de saúde integral da *população LGBT* e de comunidades tradicionais (negros, indígenas, camponeses, quilombolas, ribeirinhos etc.), garantindo a capacitação dos e das profissionais de saúde, gestores(as), bem como desenvolver ações de enfrentamento ao racismo e todas as formas de discriminação (BRASIL, 2012a, p. 71, grifo nosso).

Ambas as citações desse relatório apontam a necessidade de implementação de uma política de saúde integral da “população LGBT”. A carta final da 14ª CNS também coloca a “população LGBT” como uma das “populações vulneráveis” que carecem de políticas que promovam a equidade para superação das iniquidades e desigualdades que surgem das especificidades regionais do país:

Queremos implantar e ampliar as *Políticas de promoção da equidade* para reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, as crianças, os idosos, a população negra e a população indígena, as comunidades quilombolas, as populações do campo, da floresta e ribeirinha, a *população LGBT*, a população cigana, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência e patologias e necessidades alimentares especiais (BRASIL, 2012, p. 86, grifo nosso).

O trecho mencionado aborda o que é considerado pleito prioritário e as populações que fariam parte do conjunto de “vulneráveis” para o setor Saúde.

⁶³ Um exemplo disso é a síntese das principais recomendações da 13ª CNS que consta na página 11 do documento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2012b).

Na ocasião da conferência, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT já havia sido formalizada, e foi lembrada no trecho final da carta:

Que as Políticas de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo e da Floresta e da *População LGBT*, recentemente pactuadas e formalizadas, se tornem instrumentos que contribuam para a garantia do direito, da promoção da igualdade e da qualidade de vida dessas populações, superando todas as formas de discriminação e exclusão da cidadania, e transformando o campo e a cidade em lugar de produção da saúde (BRASIL, 2012, p. 87, grifo nosso).

Constando com diferentes denominações que vão desde “grupo populacional específico” e “público LGBT” até “população LGBT” e “populações de vulnerabilidade”, os sujeitos LGBT foram gradativamente tornados “problemas”, delimitados como população-alvo de políticas de saúde, em função das anunciadas situações de discriminação ou susceptibilidade a agravos transmissíveis a que estariam expostos.

É possível afirmar, então, que parte desse processo de transformar os sujeitos LGBT em “problemas” no campo da saúde coletiva operou pelos meandros da linguagem, pela formação de uma rede semântica que relaciona a ideia de população ao conjunto de pessoas englobadas na sigla LGBT. Imbricadas nesta rede estariam as enunciações performativas⁶⁴ de uma cadeia de termos correlatos à “população LGBT”, que cederam e cedem espaço de possibilidade para sua realização linguística. As enunciações performativas seriam os discursos que geram os efeitos que enunciam, na esteira das proposições de Butler (1997) e Derrida (1991).

O conjunto de documentos acerca da “saúde LGBT” se torna âmbito no qual os sujeitos realizam e apreendem diferentes sentidos, seja no papel de *técnicos* a participar da constituição de políticas ou cidadãos a demandar políticas. Assim, operam ações que reiteram e transformam as necessidades e o entendimento de LGBT enquanto um agrupamento de pessoas que padecem de questões singulares, comuns e partilhadas, e carecem de iniciativas de atenção à saúde particulares.

Além dos relatórios que abordam os debates das CNS, outros normativos que reforçaram o delineamento da “população LGBT” no setor Saúde, e foram bastante evocados em campo, são as “políticas de promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2012c), que emergiram mais recentemente no contexto brasileiro e ganharam destaque na agregação de sujeitos por orientação sexual e identidade de

⁶⁴ Apoio-me nas reflexões de Butler (1997) e Derrida (1991) acerca do caráter performativo da comunicação apresentado pelo linguista John Austin no bojo da Teoria Geral dos Atos de Linguagem.

gênero, além de afirmar especificidades de saúde. Devido à concentração destes normativos no Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Dagep) para a composição do *corpus* principal da “saúde LGBT” no Ministério da Saúde, estes serão abordados na próxima seção.

1.2.2 Semânticas da equidade e políticas de promoção da equidade em saúde: a conjunção dos “vulneráveis”

A etimologia da palavra “equidade” remete ao latim *aequitas*,⁶⁵ designando igual, justo, e é comumente utilizada como sinônimo de igualdade. Alguns autores criticam a confusão semântica que trata equidade e igualdade – e seus antônimos (iniquidade e desigualdade) – como possuindo o mesmo significado, afirmando que isso dificulta a proposição prática de ações voltadas ao enfrentamento das iniquidades em saúde (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009). Outros apenas justificam esta confusão, afirmando derivar-se da tentativa de definição e uso por múltiplos campos como filosofia, ética, economia, medicina e saúde pública (MACINKO; STARFIELD, 2002).

A equidade enquanto conceito útil à saúde está relacionada à discussão dos direitos humanos e, segundo Whitehead (1991, p. 5) “permeou os principais artigos da OMS, desde suas concepções na década de 1940 até as resoluções do século XXI”. A autora lembra que a Constituição da OMS já afirmava em um de seus princípios que “os mais altos padrões de saúde devem estar ao acesso de todos, sem distinção de raça, religião, crenças políticas, condições sociais ou econômicas” (WHITEHEAD, 1991, p. 5, tradução nossa).⁶⁶

Assim, Whitehead (1991, p. 5, tradução nossa) define equidade em saúde como algo que “implica que idealmente todos podem alcançar seu pleno potencial de saúde e que ninguém deve estar em desvantagem para atingir este potencial por conta de sua posição social ou outra circunstância socialmente determinada.”⁶⁷

⁶⁵ Derivado de *aequus* (BECHARA, 2011).

⁶⁶ Do inglês: “*the highest standards of health should be within reach of all, without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition*”.

⁶⁷ Do inglês: “*equity implies that ideally everyone could attain their full health potential and that no one should be disadvantaged from achieving this potential because of their social position or other socially determined circumstance*”.

Uma definição alternativa à da autora foi apresentada pela International Society of Equity in Health (ISEqH) e consiste em considerar a equidade como “a ausência de diferenças sistemáticas potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente.”⁶⁸ Esta definição foi proposta para solucionar o equívoco do entendimento conforme o qual a ideia de “desvantagem” pode trazer à noção de equidade, por trazer implícito um julgamento de valor do que seria vantagem ou desvantagem. Por isso, a preferência por “diferenças sistemáticas potencialmente remediáveis”, expressão técnica mais eficaz para inclusive apoiar a identificação e intervenção nas situações de iniquidade.

O uso do termo equidade pelas políticas de saúde brasileiras remete ao período pós-promulgação da CF/1988 e, embora seja considerado um dos princípios doutrinários do SUS, não se encontra mencionado nas leis que o regulamentam (Leis Orgânicas da Saúde).

Seu sentido incorpora a noção de justiça à distribuição igualitária das ações de saúde pública o que, no plano político, designaria o “[reconhecimento das] diferenças nas condições de vida e saúde, e nas necessidades das pessoas [...] atendendo os indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados” (FIOCRUZ, s.d.). Na seara teórica dos debates sobre equidade, são difusas e por vezes divergentes as tentativas de definição do termo, mas é uníssona a preocupação com as formas de julgar “quem mais precisa” e “quem requer menos cuidados” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MACINKO; STARFIELD, 2002; VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009; WHITEHEAD, 1991).

A partir de 2012, o termo equidade foi adotado em normativos do Ministério da Saúde e englobado nas denominadas políticas de promoção da equidade em saúde, em consonância à prioridade governamental⁶⁹ de reduzir as desigualdades sociais. Estes normativos foram publicados após um conjunto de “iniciativas” do

⁶⁸ Do inglês: *equity as “the absence of systematic and potentially remediable differences in one or more aspect of health across populations of population subgroups defined socially, economically, demographically, or geographically”.*

⁶⁹ À época, o Poder Executivo Federal se encontrava representado por Dilma Rousseff em seu primeiro mandato (2011-2014), sob a marca “País rico é país sem pobreza”.

governo brasileiro voltadas para os segmentos ou grupos populacionais vulneráveis.⁷⁰

Pela polissemia do termo “equidade” e pelo englobamento de um conjunto bastante heterogêneo de sujeitos, as políticas que têm como mote a equidade em saúde são voltadas para a realização de

um conjunto de ações e serviços de saúde priorizados em função da gravidade da doença, que ajudarão a alcançar, de forma igualitária e universal, o desafio maior do SUS: a garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012c, p. 6, grifo nosso).

Paralelamente ao entendimento do critério da oferta de ações “em função da gravidade da doença”, a publicação “políticas de promoção da equidade em saúde”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c), apresentou, de maneira agregada, políticas voltadas para certas populações que historicamente sofreram com condições de desigualdades persistentes, quais sejam: população negra, população do campo e floresta, população LGBT, população em situação de rua e população cigana, respectivamente. Estes teriam singularidades que implicariam vulnerabilidades e demandariam atenção diferente por parte dos serviços de saúde. Esta publicação é considerada pelos formuladores de políticas como referência para as ações que se desdobraram em torno da “saúde LGBT”.

Organizado em 14 páginas, o documento é dividido em sete seções temáticas: “Promoção da equidade – Um desafio para a Gestão”; “Saúde da População Negra”; “Saúde da População do Campo e da Floresta”; “Saúde da População LGBT”; Saúde da População em Situação de Rua”; “Saúde da População Cigana”; e “Conheça a SGEP”.

A primeira seção traz uma apresentação sobre os compromissos institucionais que motivaram a proposição das “Políticas de Promoção de Equidade em Saúde” pelo Ministério da Saúde, baseadas no Plano Plurianual (PPA) 2012-

⁷⁰ Como “iniciativas”, refiro-me aos seguintes normativos legais: Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 (define a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra); Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 (define a Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e Floresta); Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (define a Política Nacional de Saúde Integral LGBT); Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (define a Política Nacional para a População de Rua); Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011 (regulamenta o cadastramento dos usuários do SUS e dispensa a população cigana de comprovação de endereço).

2015.⁷¹ Também são apresentadas as diretrizes que orientam a instituição, como o combate às iniquidades por meio do enfrentamento das vulnerabilidades que resultam de DSS (BRASIL, 2012c). Essa seção se mostra curta e pouco clara sobre quais seriam as possíveis ações voltadas para públicos tão distintos. O próprio título reflete o “desafio” que consiste para “a gestão” pensar as políticas de equidade em saúde sob uma perspectiva mais operativa, considerando todas as diferenças regionais do país e as particularidades de cada uma das populações envolvidas. A única ação mencionada diretamente é o “apoio ao processo de constituição de Comitês Técnicos de Promoção da Equidade em Saúde nos estados e municípios” (BRASIL, 2012c, p. 6), razão pela qual provavelmente as reuniões dos comitês tenham se mostrado os dispositivos mais potentes de produção da política mencionados em campo.

O primeiro assunto abordado após a introdução é a “Saúde da População Negra”. Considerada a população vulnerável cujo movimento social se expressa de forma mais pronunciada na gestão de políticas para o MS, também é a que possui ações de saúde melhor delimitadas. Isso possivelmente se deve à interlocução do movimento negro com o governo federal e organismos internacionais desde a década de 1990 (BARBOSA; FERNANDES, 2004; BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013; BRASIL, 2013a), bem como à promoção de estudos nos últimos 30 anos sobre especificidades de saúde deste segmento social⁷² (BARBOSA; FERNANDES, 2004, BRASIL, S. 2011).

No documento sobre políticas de equidade, são mencionadas a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN),⁷³ a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN)⁷⁴ e a Campanha “Igualdade Racial no SUS é pra valer”, sendo a última fruto de parceria intersetorial entre o MS e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir). Vale destacar

⁷¹ O PPA é um instrumento previsto no art. 165 da CF/1988, destinado a organizar e viabilizar a ação pública. Nele se explicita o conjunto das políticas governamentais para um período de quatro anos e as estratégias para viabilizar o cumprimento das metas previstas.

⁷² A realização de estudos para formulação de indicadores de mortalidade materna e mortalidade infantil – que apontavam coeficiente de mortalidade maior entre mulheres e crianças negras em relação às crianças brancas – ao longo das décadas de 1970 a 1990, fomentaram a rediscussão das categorias de raça e cor no âmbito da Saúde Coletiva. Para mais detalhes sobre a formulação de uma agenda política e de pesquisa em Saúde da População Negra, ver produção de Sandra Brasil (2011).

⁷³ A despeito do Conselho Nacional de Saúde ter obtido aprovação unânime dessa política em novembro de 2006, esta só foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2008 e instituída sob a forma de portaria em maio de 2009 (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013).

⁷⁴ Oficializado pela Portaria nº 1.678, de 16 de agosto de 2004, é o comitê técnico mais antigo dentre os das demais “políticas de promoção da equidade em saúde”.

que a PNSIPN é a única das políticas de promoção da equidade a contar com o apoio de uma secretaria com *status* de Ministério e que possui, como parte de suas atribuições institucionais, promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, fato que também pesa para que fosse uma das políticas mais destacadas no Dagep e, arriscaria afirmar, no MS.⁷⁵

Na sequência, o documento sobre equidade aborda a “Saúde da População do Campo e da Floresta”, definindo-a como “povos e comunidades que têm seus modos de vida relacionados predominantemente com o campo, a floresta e os ambientes aquáticos” (BRASIL, 2012c, p. 8). É corrente no MS a evocação desta como “população do campo, floresta e águas”, considerando a inclusão do último ecossistema invisibilizado na portaria da “Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e Floresta” (PNSIPCF).⁷⁶ Surgiu a partir dos trabalhos do Grupo da Terra,⁷⁷ que teve entre seus objetivos elaborar a política e definir estratégias para a sua implementação. Na publicação “Políticas de promoção da equidade em saúde”, são citados apenas os aspectos legais que amparam a população do campo e floresta.

Embora conte com o segundo comitê mais antigo entre as demais políticas de promoção da equidade, a PNSIPCF apresenta discreta expressão no MS. Com base em algumas percepções em campo, atribuo esta discreta expressão ao fato de o tema envolver debates politicamente delicados, como a regularização fundiária do país, provimento e fixação de profissionais em áreas remotas, e os altos índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias e de insalubridade. Sua articulação também pode se fazer mais complexa, pela necessidade de interlocução entre instâncias distintas que lidam com a saúde da população negra (para definições sobre as comunidades quilombolas) e com a saúde da população indígena⁷⁸ (para definições sobre os agregados indígenas nas áreas florestais).

⁷⁵ Faço esta afirmação com base em minhas vivências com os *técnicos* do DAB, onde observei a política ser tida como “forte” e de um comitê “atuante” e “combativo”.

⁷⁶ A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) foi instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011.

⁷⁷ Grupo composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos sociais e convidados, instituído pela Portaria nº 2.460/2005.

⁷⁸ Em minha experiência de campo, uma das secretarias de mais difícil articulação era a Secretaria Especial da Saúde Indígena (Sesai) – antiga Fundação Nacional de Saúde (Funasa) – criada em 2010. Era tida como de difícil articulação por sua insularidade e localização fora da Esplanada dos Ministérios, que até 2016 funcionava em um prédio antigo e com alguns problemas estruturais, situado na Asa Norte. Desde sua criação, em 2010, a Sesai foi assumida pelo antigo secretário da Sgep, Antônio Alves de Souza (filiação ao Partido dos Trabalhadores – PT), que promoveu

A “Saúde da População LGBT” é o quarto tópico abordado no documento sobre equidade, que apresenta a orientação sexual e a identidade de gênero como DSS. Estabelecendo uma analogia à PNSIPN, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT expressa em suas linhas iniciais estes aspectos “positivos” da existência – como racismo o é para a PNSIPN – definidos como os DSS que conduzem a condições desfavoráveis de saúde e, por si sós, justificam a necessidade da política. Posteriormente, o documento afirma a política como “um conjunto de princípios éticos e políticos” que “reconhecem os efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde” (BRASIL, 2012c, p. 9).

No desenrolar do texto, a política é tida como apresentando

diretrizes e objetivos voltados para a promoção da equidade em saúde. Além disso, é uma *política transversal, com gestão e execução compartilhadas* entre as três esferas de governo, que deverá atuar articulada às demais políticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c, p. 9, grifo nosso).

Ao observar as definições encontradas sobre a “Política Nacional de Saúde Integral LGBT”, com atenção aos grifos e com base nas vivências de campo, algumas questões relativas ao processo de institucionalização do SUS, como política federativa e intergovernamental, são suscitadas: qual a relevância da “transversalidade, gestão e execução compartilhadas” nesta política, considerando a subsunção de que todas as políticas assim o são? O que significaria a “transversalidade” em termos de articulação desta com “as demais políticas do MS”?

Em reforço a essas questões, o trecho final desta mesma lauda afirma que tal política se norteia “pela *articulação intra e intersetorial e a transversalidade* no desenvolvimento de políticas públicas e [d]a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2012c, p. 9, grifo nosso). Destaco então o valor das categorias de “articulação” e “transversalidade”⁷⁹ para o desenvolvimento da Política de Saúde

articulações para que os servidores da Sgep apoiassem a consolidação da Sesai, que não contava ainda com um corpo administrativo. Souza deixou o cargo em 2016, que passou a ser ocupado por Rodrigo Rodrigues, indicado pelo PMDB (partido que teria apresentado certa resistência à criação da secretaria independente da Funasa). Para saber mais sobre a criação da Sesai, acessar: <<https://goo.gl/EykyPs>>. Para saber mais sobre as tensões na criação da Sesai, acessar entrevista de Antônio Alves em: <<https://goo.gl/kZZrGP>>.

⁷⁹ Facchini (2009) destaca que na criação do Programa Brasil sem Homofobia (2004), que envolveu a SDH, Seppir e a SPM, já havia ênfase nas ideias de “intersectorialidade” e de “transversalidade”. A autora atribui tal destaque ao seguimento das orientações resultantes da Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizada em Durban em 2001. Segundo Facchini (2009), a noção de “intolerância correlata” teria permitido a inscrição formal de demandas de LGBT na agenda de políticas públicas brasileiras, bem como fomentado mudanças no

LGBT. Compartilho da compreensão de Facchini (2009, p. 137), segundo o qual as noções de “intersectorialidade” e “transversalidade” convivem com definições algo essencializadas – e essencializantes – acerca dos “grupos” ou “segmentos populacionais” beneficiários desta e, acrescento, de outras políticas cujos princípios obedeçam à lógica da equidade.

A sexta seção do documento apresenta as possíveis ações em “Saúde da População em Situação de Rua” e reitera o sofrimento psíquico derivado da condição de pobreza e perdas dos laços familiares como situações comuns entre os sujeitos em situação de rua. As políticas promotoras de equidade para esta população são enunciadas a partir de uma perspectiva que se concentra na alta susceptibilidade a agravos transmissíveis, como a tuberculose, “[n]o alcoolismo e [n]a dependência a outras drogas” (BRASIL, 2012C, p. 10), respaldada por dados derivados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008 pelo antigo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Como ações, o documento aponta de forma sucinta para serviços já desenvolvidos pelo MS, como os Centros de Atendimento Psicossocial (Caps) e os CapsAD (voltados para usuários de álcool e outras drogas), sem parecer sinalizar esforços intersectoriais de abordagem desta população, que apresenta questões de etiologia complexa e multifatorial.⁸⁰

Por fim, o último segmento populacional específico abordado nas “políticas de promoção da equidade em saúde” são os ciganos. Com iniciativa de reconhecimento oficial assumida pela Seppir, a população cigana é tida como detentora de “especificidades culturais” (BRASIL, 2012c, p. 11) que precisam ser observadas no âmbito da saúde pública. A despeito da enunciação plural destas especificidades, o documento apresenta apenas uma delas, que consiste na característica nômade dos povos ciganos, e a regulamentação do MS oficializando a dispensa desta população em comprovar endereço para realização do Cartão Nacional de Saúde, ou cartão SUS.⁸¹ Ainda que os “moradores de rua” estejam mencionados nesse normativo, é comum a completa invisibilidade política destes em detrimento do povo cigano – seja

modo como políticas governamentais são produzidas, pela assunção de que várias formas de intolerância poderiam se potencializar mutuamente.

⁸⁰ Acerca dos esforços intersectoriais, o documento faz menção ao Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, mas não apresenta articulações possíveis envolvendo outros setores/ministérios que poderiam atuar na *agenda*, como o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Há menção do Programa Consultório na Rua, iniciativa do DAB/MS e de condução, portanto, do DAB.

⁸¹ Art. 19 da Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011.

pela não representação política, seja por certa assimetria entre os aspectos culturais que envolvem os ciganos e os aspectos sociais que envolvem os moradores de rua – nos discursos dos *técnicos* que realizam a articulação desta política para o Dagep.

A última seção é dedicada à apresentação da Sgep, que abarca o Dagep e outros departamentos, cujo foco é apoiar e acompanhar os mecanismos de participação popular e controle social. Entre os departamentos, destaco o Dagep, por conta de sua “missão de propor, apoiar e acompanhar as políticas de gestão participativa do SUS” (BRASIL, 2012c, p. 12). Este departamento atua diretamente

na *implementação de políticas de promoção da equidade*, práticas educativas nos serviços de saúde, educação popular em saúde e mobilização social e fortalecimento do controle social no SUS, além de estimular a *criação de espaços de gestão participativa* nos serviços de saúde (BRASIL, 2012c, p. 12, grifo nosso)

Na citação, é importante observar a menção às políticas voltadas para promoção da equidade em relação à ideia de “gestão participativa”. Esta conexão foi bastante elucidativa no entendimento das estratégias políticas alavancadas pelos *técnicos* do Dagep e do MS na propulsão da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Em suma, o documento traz as portarias que estabeleceram as políticas em cada uma das populações abordadas e aponta dados epidemiológicos que indicam a susceptibilidade ao adoecimento da população negra (por doença falciforme, miomatose e *diabetes mellitus* tipo 2) e da população em situação de rua (por uso de álcool de outras drogas, sofrimento psíquico, doenças dermatológicas e agravos transmissíveis). As demais populações são referidas apenas do ponto de vista dos normativos que definem suas políticas.

Os debates em torno das políticas de promoção da equidade permanecem bastante genéricos, considerando as dificuldades de se trabalhar os DSS de modo a “reduzir as iniquidades”, por meio da execução de “políticas de inclusão social” (BRASIL, 2012c). Também se faz importante admitir a complexidade de propor ações de saúde de caráter transversal e que dependem de um processo de articulação entre as instâncias do SUS.

Boa parte dos normativos legais que orientam as “políticas de promoção da equidade em saúde” não apontam ações concretas para sua operacionalidade. Estes normativos destacam as iniquidades e acenam para políticas intersetoriais, ao mesmo tempo que sugerem uma análise crítica das *demandas* que surgem das

“populações vítimas das desigualdades” (BRASIL, 2012c), apontando para a necessidade de se definirem diretrizes mais precisas.

Essas reflexões valem também para a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, já que esta possui um caráter transversal e carece de outras pactuações para concretização de ações em prol de uma implementação mais efetiva e perceptível.

Decerto a intersetorialidade, como “chave” para proposições mais objetivas e sistematização de necessidades de saúde para delimitações das vulnerabilidades, funciona como unidade fundamental para a formulação de uma *agenda* política de “saúde LGBT”. O mesmo papel de “operacionalizar categorias” (EPSTEIN, 2003) teriam as agendas de pesquisa⁸² em torno de uma possível “saúde LGBT”, a fim de lidar com o problema prático de “medir e transformar” identidades sociais em categorias sociais que possam “contar” no plano político (EPSTEIN, 2003).

Saltando dos documentos para as políticas em ação, na próxima seção, sigo explorando a “saúde LGBT” pelas lentes dos sujeitos nela envolvidos. Pelo peso no discurso de meus interlocutores e por ser elemento bastante presente durante minha observação participante, a ideia de uma *gestão estratégica e participativa* será abordada em relação às políticas de promoção da equidade, a partir de elementos presentes na história de composição da Sgep e Dagep.

Para melhor situar essas reflexões, também dedico a próxima seção à compreensão da tessitura da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, por meio da experiência etnográfica realizada nos eventos do MS, em contato com os diferentes atores que operam os dispositivos intra e intersetoriais de produção da política.

⁸² Desde 2003, tem sido desenvolvida pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), órgão do Ministério da Saúde, a Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde (Anpps) no Brasil, que tem por objetivo a definição de prioridades de pesquisa em saúde realizada no país. Ainda que as articulações entre Decit e Dagep pudessem ser mais amplas, chamo a atenção para a existência de um eixo voltado para “Exposição diferenciada a situações de risco (ruído, sedentarismo, desemprego, drogadição e obesidade, poluição, dentre outros), segundo condições e modos de vida de grupos populacionais específicos”. Para outras informações sobre a ANPPS, ver Akerman e Fischer (2004).

2 MAPA MICROPOLÍTICO DA “SAÚDE LGBT” NO ESPAÇO-TEMPO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT é gerida pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Dagep), que, no organograma institucional do MS, é parte da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgep). A Sgep tem por missão “fomentar, implementar e coordenar ações de auditoria, ouvidoria, articulação interfederativa, segurança e gestão da informação e promoção da equidade” (BRASIL, 2014, s.p.).

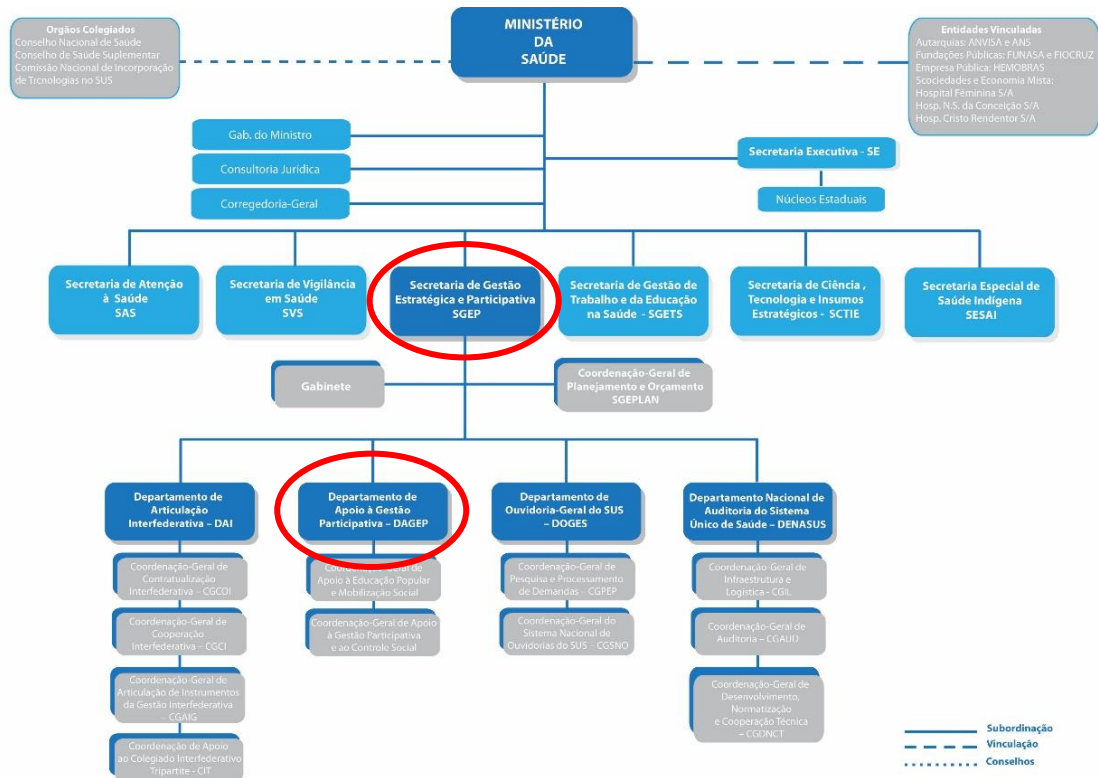
As atividades da Sgep são fomentadas centralmente pela Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS), voltada para a qualificação da gestão no SUS e com foco na promoção da equidade em saúde. A ParticipaSUS “foi o principal produto da Sgep” (ESCOREL; MOREIRA, 2012, p. 872) e estabelece o papel da Sgep nos processos de articulação com as esferas de gestão no âmbito da política.

Promulgada pela Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, e implementada por meio da publicação da Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011, tendo como foco a promoção da equidade em saúde, a ParticipaSUS afirma inaugurar a ideia de *gestão estratégica e participativa* como um modo possível de gestão das políticas de saúde, que propõe reunir a participação enquanto ferramenta gerencial e uma série de procedimentos de racionalidade administrativa tidos como “estratégicos”. Como componentes básicos, a ParticipaSUS apresenta: gestão participativa e controle social no SUS, monitoramento e avaliação da gestão do SUS, ouvidoria do SUS e auditoria do SUS. Componentes que lembram a estrutura da própria Sgep.

Essa secretaria é composta por quatro departamentos, conforme se observa na Figura 1: Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Dagep), Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges), Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) e Departamento de Articulação Interfederativa (DAI).¹

¹ Vale lembrar, para melhor entendimento dos organogramas e da articulação intrasetorial no MS, que a ordem hierárquica (do maior para o menor peso institucional) que vigora é a seguinte: Gabinete do Ministro → Secretarias → Departamentos → Coordenações.

Figura 1 – Organograma do Ministério da Saúde



Obs.: em destaque, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Sgepe) e o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Dagep).

Fonte: Portal do Ministério da Saúde.² Acesso em: 6 set. 2016.

É possível afirmar, como função e como fator diferencial dessa estrutura em relação às outras secretarias no MS,³ que todos os departamentos da Sgepe estão voltados para organizar as ações interfederativas e para acompanhar os mecanismos de participação popular e controle social do SUS. Isso reafirma um compromisso por parte da Sgepe com um modelo de gestão compartilhada e atuação na organização dos conselhos e conferências de saúde, sempre em diálogo intersetorial com a Secretaria Especial de Direitos Humanos (SDH).⁴

O Dagep é o departamento que concentra as políticas de promoção da equidade e, conseqüentemente, a *agenda* LGBT na Sgepe. Em seu processo de trabalho, é organizado em sete núcleos, referentes às atividades ou “grupos populacionais mais expostos a vulnerabilidades” (BRASIL, 2013, p. 6), quais sejam:

² Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>.

³ Para conhecer o organograma geral do MS, ver anexo B.

⁴ Em função das reformas ministeriais previstas na Medida Provisória nº 726, de 12 de maio de 2016, esta secretaria foi transferida do extinto Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos para o então recém-criado Ministério da Justiça e Cidadania.

população LGBT; população do campo, floresta e águas; população negra; população cigana; população em situação de rua; educação popular; e conselhos de saúde. Interessante observar que os dois últimos não constituem “grupos populacionais”, mas coexistem junto aos demais no Dagep, provavelmente por conta da intenção dos gestores do MS de agregar tudo o que diria respeito à mobilização e controle social do SUS, ou melhor dizendo, à *gestão estratégica e participativa*.

Até a finalização do trabalho de campo, a diretora do departamento era a comunicóloga Kátia Souto, que também coordenava o núcleo referente à população LGBT e à população do campo, floresta e águas; outras duas referências – Rui Leandro e Oswaldo Bonetti –, que respondiam, respectivamente, pelos núcleos relacionados à população negra, população em situação de rua e população cigana; e à educação popular e aos conselhos de saúde.

No quadro de colaboradores do Dagep, havia servidores públicos federais de nível superior, servidores de nível médio e trabalhadores terceirizados. Para realização de atividades técnicas especializadas voltadas para a transferência de conhecimento, o Dagep contava com consultores de organismos internacionais contratados na modalidade produto. Apenas os funcionários que ocupam os cargos de coordenação ou direção recebem a comissão do Grupo de Direção e Assessoramento Superiores (DAS). São as chamadas *chefias*.

Por dois anos capitaneada pela diretora do Dagep, a *agenda* LGBT no departamento era conduzida por *técnicos* que dividiam entre si a responsabilidade de pensar as políticas relativas ao conjunto de sujeitos referidos na sigla. Desta forma, alguns *técnicos* acompanhavam a pauta da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, outros *técnicos* acompanhavam a pauta da saúde de travestis e transexuais e a pauta da saúde dos homens gays e bissexuais.

Havia em campo um entendimento naturalizado de que “não é o diretor que carrega a política”.⁵ Isso implicava na atribuição de uma parcela importante da responsabilidade aos *técnicos* na sustentação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que compreendia tarefas como a organização de eventos em torno da temática da “saúde LGBT” e a proposição de espaços de articulação intraministerial, interministeriais e intersetoriais para apoiar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

⁵ Esse comentário foi tecido pela diretora do Dagep durante a 8ª Reunião do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT, e recebido com bastante naturalidade entre os presentes.

A articulação intraministerial, isto é, que envolve apenas os atores do MS, acontecia englobando os departamentos fundamentais para a política. Durante o período de observação participante, os focos privilegiados de articulação da política foram: a antiga Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Prisional e a Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (Cggab) do Departamento de Atenção Básica (DAB); a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH), a Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM) e a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Cgmad) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes); a Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (Cgmac) do Departamento de Ações Especializadas Temáticas (Daet); a Coordenação-Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde (CGFPS) do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit); a Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Cgdant) do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde; e o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais (DDAHV).⁶

Considerando a articulação intraministerial enquanto uma das atividades fundamentais às políticas de saúde e o fato de outras instâncias desenvolverem políticas para populações vulneráveis, é importante reiterar que as iniciativas do MS voltadas para tais segmentos populacionais encontram-se dispersas entre diferentes departamentos e secretarias. Isso se dá, muito provavelmente, por fatores orçamentários e financeiros, bem como pela visibilidade e legitimidade de uma iniciativa em relação à outra.

Um exemplo das articulações intrasetoriais necessárias reside no fato de a Política Nacional de Saúde das Mulheres ser uma *agenda* do Dapes/SAS, enquanto a pauta da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais é uma *agenda* do Dagep/Sgep. Este dado enseja diálogos e mediações por parte dos *técnicos* para

⁶ O Departamento de Atenção à Saúde (DAB), a Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM), a Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (Cgmac), a Coordenação Nacional de Saúde do Homem, (CNSH), Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Cgmad) pertencem à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Já o Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais e a Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Cgdant) pertencem à Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS); a Coordenação-Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde (CGFPS) pertence à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Sctie). A antiga Coordenação Nacional de Saúde no Sistema Prisional foi incorporada ao processo de trabalho da Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (Cggab) do DAB em abril de 2015, por decisão tomada na gestão da então Secretária de Atenção à Saúde, Lumena Furtado. Lá se encontrava até a ocasião de finalização desta tese.

equalizar as diferentes prioridades entre coordenações, departamentos e secretarias.

Figura 2 – Organograma de articulação intrasetorial da Política Nacional de Saúde Integral LGBT

	Secretaria	Departamento	Coordenação/Núcleo envolvido na agenda
Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro	SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa	DAGEP – Departamento de Apoio à Gestão Participativa	CAGPCS – Coordenação de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (Núcleo de “Saúde LGBT”)
	SAS – Secretaria de Atenção à Saúde	DAB – Departamento de Atenção Básica	CGGAB – Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica
			CGSM – Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres
			CNSH – Coordenação Nacional de Saúde do Homem
			CGMAD – Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
			CGSAJ – Coordenação-Geral de Saúde dos Adolescentes e Jovens
	SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde	DAET – Departamento de Ações Especializadas e Temáticas	CGMAC – Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade
			DDAHV – Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais
			CPAS – Coordenação-Geral de Prevenção e Articulação Social
	SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos	DANTPS – Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde	CGDANT – Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
			DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia
			CGFPS – Coordenação-Geral de Fomento à Pesquisa em Saúde

Fonte: a autora, 2016.

A categoria de articulação intrasetorial envolve todas as esferas – coordenações, departamentos e secretarias – internas ao Ministério da Saúde. Essa articulação é francamente facilitada pelos dispositivos criados para gestão da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT e Grupo Intraministerial de Saúde LGBT).

A articulação interministerial e intersetorial designa o processo de interlocução entre o MS e as demais instituições do Poder Executivo que desenvolvem políticas voltadas para “segmentos populacionais vulneráveis”. Durante o tempo de observação participante, a parceria mais frequente do Dagep para diálogo sobre

“saúde LGBT” foi a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), ligada à Secretaria Geral da Presidência da República (PR).⁷

Figura 3 – Organograma de articulação intersetorial da Política Nacional de Saúde Integral LGBT

	Secretaria especial	Secretaria	Coordenação
Ministério da Justiça e Cidadania	SPM ou SEPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres	SAIAT – Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas	Coordenação-Geral de Saúde
		SEV – Secretaria de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres	-
	SEDH – Secretaria Especial de Direitos Humanos	-	Coordenação-Geral do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos LGBT
			Coordenação-Geral de Promoção dos Direitos LGBT

Fonte: a autora, 2016.

As articulações eram tecidas com pretensa horizontalidade e respeito às diferentes atribuições de cada ente federativo envolvido. A construção das políticas voltadas para a “população LGBT” era amplamente discutida nos momentos de articulação, mas alguns temas como “modelos de ação”⁸ para o enfrentamento da discriminação e da violência eram tratados com atenção especial, principalmente pela SDH e SPM. Em contraste, o MS tratava o tema do acesso e da qualidade da atenção com bastante centralidade, como estratégia para construir uma *agenda* de “saúde LGBT” que pudesse congrega necessidades das diferentes populações incluídas neste conjunto.

Por minha experiência nesta “etnografia consultora”, entendo que as articulações intersetoriais são, em diferentes temas (envolvendo as políticas para LGBT ou não), grandes desafios para a gestão federal. E isso é sentido no MS como o peso da responsabilidade de cumprir o que lhe é atribuído como competência no

⁷ Assim como a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), a SPM foi transferida do extinto Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos para o então recém-criado Ministério da Justiça e Cidadania, em função das reformas ministeriais previstas na Medida Provisória nº 726, de 12 de maio de 2016. Passou a ser denominada como Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Mais recentemente, foi tornada Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres e reincorporada à Secretaria-Geral da Presidência da República, através da Medida Provisória nº 782, de 31 de maio de 2017 (que também instituiu o Ministério dos Direitos Humanos separadamente do Ministério da Justiça).

⁸ Detalhes sobre os temas – agravos ou condições – que orientam “modelos de ação” para consolidação de uma “saúde LGBT” serão discutidos no terceiro capítulo.

plano legal e necessidade de construir um conjunto de respostas que sejam concretas para informar a sociedade civil com dados transparentes e factíveis.

Um exemplo da dificuldade de articulação intersetorial foi a criação de serviços de denúncias telefônicas de violências. Enquanto, por um lado, existe a iniciativa do Disque 100, ligado à SDH, por outro, existe o Disque 136, relacionado à Ouvidoria-Geral do SUS. Um dos mecanismos de denúncia pertence à SDH e o outro, à Sgep. Pela confusão que a existência de dois serviços poderia trazer aos usuários, era consenso entre *técnicos* e representantes do movimento LGBT, o entendimento de que seria necessária a “unificação das denúncias em relação à saúde da população LGBT” (BRASIL, 2015b, p. 123).⁹ Sinônimo de articulação seria, então, a (re)união de esforços ou iniciativas voltadas para uma finalidade em comum.

Ao separar as “populações” refletidas nas letras, ou seja, ao abordar separadamente lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, os *técnicos* do MS diversificavam os temas abordados, abarcando desde a violência lesbo/homo/transfóbica até os procedimentos de modificação corporal realizados nos níveis de média e alta complexidade. Em seus discursos, exploravam as “formas específicas de identidade social e diferença” (EPSTEIN, 2007, p. 25) de maneira bastante situacional, interseccionando certas categorias sociais de modo a conferir peso em seus argumentos de autoridade.

Com a finalidade de compreender os detalhes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT em ato, abordo a seguir uma situação que me permitiu conhecer “etnograficamente” tal política, focalizando as manifestações encarnadas de “formas específicas de identidade social e diferença”.

Por meio da participação no I Seminário sobre a Política Nacional de Saúde LGBT, identifiquei os pontos sensíveis de alguns marcos normativos fundamentais (em especial o documento sobre políticas de promoção da equidade, já mencionado). Também observei a constituição do domínio “saúde da população LGBT” a partir da reafirmação de um sujeito LGBT “vulnerável”. Essa dinâmica teve nos agentes do Estado seus atores fundamentais, na medida em que a proposição de políticas de saúde exige a definição de um foco preciso de beneficiários (“população LGBT”).

Na próxima seção, exploro também a gestão da Política Nacional de Saúde Integral LGBT na Sgep do MS, por meio dos elementos registrados em minha

⁹ Tal informação se baliza por minhas percepções em campo e se encontra apontada explicitamente no *Relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT* (BRASIL, 2015b).

“etnografia consultora” na instituição. Busco informar, na descrição dos encontros operados em campo, as articulações intra e intersetoriais realizadas para condução e fortalecimento da referida política.

2.1 Uma etnografia, múltiplos “crachás”: circulação entre saberes micropolíticos de governo e gestão

Nesta seção, proponho analisar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT a partir da observação participante realizada no segundo semestre de 2013, no evento intitulado I Seminário Nacional de Saúde LGBT, ocasião em que vários atores sociais se encontraram para debater a implementação da política no SUS e em que emergiram os pontos cruciais acerca da “população vulnerável LGBT”.

O evento abordou o cenário de implementação de tal política e a definição de estratégias para garantia do acesso e promoção do cuidado humanizado nos serviços de Atenção Básica do SUS. Importante mencionar que havia (e creio que ainda há) uma polêmica entre este evento ser ou não o primeiro seminário sobre “saúde LGBT” realizado no âmbito do MS. A respeito disso, o relatório sobre o evento afirma que

foi considerado o I Seminário Nacional de Saúde LGBT porque teve como objetivo a avaliação do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, pactuado após a aprovação da Política, enquanto o Seminário Nacional de Saúde da População GLBT na Construção do SUS [realizado anteriormente] teve como objetivo a elaboração dessa política (BRASIL, 2015b, p. 12-13).

Ao referido objetivo deve-se atribuir sua importância no contexto da “saúde LGBT”, uma vez que o I Seminário conferia concretude às ações relacionadas à Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

O I Seminário Nacional de Saúde LGBT foi realizado pela equipe do Dagep/Sgep e será descrito a seguir. O intuito aqui estabelecido abarca compreender, através da narrativa etnográfica do seminário, como os atores presentes na cena transitaram por fluidas fronteiras a fim de agregar valor e peso às suas participações e discursos. O texto foi orientado com base em meus itinerários nos momentos prévios

e durante o evento, na tentativa de traduzir as barreiras e aberturas promovidas pela apresentação de diferentes “crachás”¹⁰ neste percurso de trabalho.

O evento abordou o cenário atual de implementação de tal política e possuiu caráter mobilizador e propositivo. Nesse sentido, o I Seminário centrava-se na construção de propostas e estratégias para garantia do acesso e promoção do cuidado humanizado nos serviços de Atenção Básica do SUS. A ênfase desta seção repousa na identificação das estratégias discursivas dos sujeitos, em especial os atores relacionados ao MS, para a enunciação das ações em torno da “saúde LGBT” de forma integrada, como uma “população”, sem promover a homogeneização das diversidades sexuais e de gênero.

2.1.1 Trânsitos entre fronteiras no cenário do I Seminário Nacional de Saúde LGBT

O I Seminário Nacional de Saúde LGBT começou a ser organizado cerca de três meses antes de sua realização. A inscrição no evento estava condicionada à comprovação de participação em movimentos sociais ou representações de entidades e instituições.

Em meados de outubro de 2013, conheci uma colega consultora que já havia trabalhado com alguns membros da equipe Dagep. Através dela acessei o departamento e fui apresentada aos *técnicos* presentes. Questionei sobre a possibilidade de participação no evento e, de maneira polida e breve, um dos *técnicos* da área explicou que estavam com sérias restrições de refeições e hospedagens, o que tornava a inscrição mais criteriosa e sujeita a avaliação por parte da diretora do departamento. Esclareci que não carecia desse tipo de apoio logístico e que gostaria de me aproximar das discussões acerca da “saúde LGBT”, em função de meu tema de pesquisa no doutorado. Identifiquei-me então como pesquisadora em gênero, sexualidade e saúde. Como um genuíno *ato desinteressado* (BOURDIEU, 1996), esta identificação enunciou a gratuidade de meu desejo de participar e funcionou como autorização para acessos diferenciados no espaço pretendido.

¹⁰ Como já mencionado na Introdução desta tese, proponho o substantivo “crachá” entre aspas, pois faz alusão à apresentação da identidade funcional, muito comum para autorizações de entrada/saída em prédios de instituições federais em Brasília. Seu uso está relacionado ao acionamento de diferentes formas dos sujeitos se definirem e se denominarem no mundo social.

Desse modo, fui orientada a enviar e-mail para outro *técnico* da área, anunciando minha participação livre de tais provimentos. Mediante o envio de e-mail e aceitação das condições, fui incluída como participante, tendo recebido uma programação preliminar sem o local e horário do evento, onde constavam apenas as atividades gerais e os temas das mesas.

Alguns dias se passaram e as definições sobre local e horários não chegaram em minha caixa de mensagens. Cruzei então com um *técnico*, já indicado pelo gabinete do DAB para participar do evento, e o consultei a fim de saber mais informações. Findei por tomar conhecimento de que o evento já estava completa e detalhadamente agendado num dos hotéis do Setor Hoteleiro Sul (SHS). Este colega reiterou o pedido para minha inclusão no *mailing* do evento e mencionou na mensagem que eu seria “a outra colaboradora indicada pelo departamento”. Desde então, os e-mails passaram a chegar com frequência, através dos quais fui informada sobre a programação detalhada, os convidados das mesas e metodologia adotada para realização do seminário.

A equipe Dagep planejara três dias de evento, destinando os primeiros dois dias para “atividades dialogadas”, realizadas em pequenos grupos. A divisão das rodas de conversa, previstas para o primeiro dia, obedeciam a seguinte lógica de organização: *i*) saúde de lésbicas e mulheres bissexuais; *ii*) saúde de gays e homens bissexuais; e *iii*) saúde de trans. Um *técnico* do Dagep acompanharia cada grupo.

As rodas de conversa baseavam-se na discussão de um roteiro de itens propostos pela equipe organizadora, enviados previamente aos colaboradores de todas as áreas convidadas do MS. Vale destacar que as expectativas da equipe com relação ao evento foram enunciadas de forma a ressaltar os objetivos do seminário no contexto atual de implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.¹¹

2.1.2 Duplo “crachá” e identificações etnográficas

¹¹ No discurso de um *técnico* do Dagep, era vital a presença de colaboradores das áreas técnicas nas Rodas de Conversa e nos Trabalhos em Grupo, tendo em vista que havia demandas específicas referentes à implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT que exigiam um diálogo inter e intrasetorial no Ministério da Saúde. O técnico ressaltava, ainda, que “parte significativa da execução da Política está ligada diretamente às áreas de vocês [técnicos/colaboradores]”.

Não obstante as informações sobre o encontro terem sido recebidas dois dias antes dos trabalhos se iniciarem, o I Seminário mostrou-se um espaço de franca visibilidade e voz dos diferentes atores da cena LGBT. No hotel, era possível identificar gestores/as estaduais de saúde e de direitos humanos, representantes dos conselhos de saúde, representantes dos comitês técnicos de saúde LGBT, representantes do movimento social LGBT e pesquisadores.

Ao realizar a inscrição, cada participante recebera uma bolsa com a logomarca do evento, contendo diferentes materiais educativos impressos. Observando os materiais, foi possível notar que boa parte destes era informativo, panfletos cuja temática abarcava gênero, violência, saúde sexual e direito à saúde, provenientes dos parceiros de maior interlocução com o Dagep, como o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a CNSH¹² e CGSM¹³, DDAHV¹⁴, além da SPM.¹⁵ Também compunha o material impresso uma cópia da programação detalhada do evento.¹⁶

Durante o processo de inscrição no local, fui informada de que havia a possibilidade de escolher um dos grupos de trabalho para participar. Dentre as três opções disponíveis (homens gays; mulheres lésbicas e bissexuais; travestis e transexuais) e apesar de viver certa dúvida inicial, decidi pelo grupo de mulheres, compreendendo que seria mais honesto e coerente em relação às minhas preocupações éticas e políticas com o ato de etnografar a prática.¹⁷ Considerando que “praticar etnografia é estabelecer relações” (GEERTZ, 1973, p. 4), supus que seria mais fácil dialogar e interagir com participantes do grupo a partir de minha expressão de gênero feminina e/ou da possível explicitação de minha orientação sexual durante os debates.

¹² A CNSH compõe o Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet) da SAS do MS.

¹³ A Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres compõe a estrutura do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes), juntamente com outras coordenações temáticas (Saúde dos Adolescentes e Jovens, Saúde no Sistema Prisional, Saúde da Criança e Aleitamento Materno e Saúde da Pessoa com Deficiência) da SAS.

¹⁴ O departamento referido pertence à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS.

¹⁵ Aqui aludo mesmo à Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), anterior à SEPM, quando ainda era uma estrutura pertencente à Secretaria-Geral da Presidência da República, no segundo mandato da presidenta Dilma Rousseff.

¹⁶ Ver Anexo C.

¹⁷ Refiro-me especificamente ao conflito subjetivo gerado pela percepção do acionamento estratégico de diferentes “crachás” durante o trabalho etnográfico. A ideia de um sentimento de honestidade remete à manutenção de uma “consciência etnográfica” em campo, ética e politicamente comprometida, na esteira das reflexões de Clifford (2011).

Os trabalhos nos grupos do primeiro dia de evento seguiram breves roteiros¹⁸ em que havia pontos de interesse para a equipe Dagep, os quais versavam basicamente sobre “acolhimento, respeito e reconhecimento das especificidades de saúde” dos sujeitos abordados, traduzindo o desafio de identificação de distintas necessidades de cuidado em saúde da “população LGBT”. Obviamente, a observação atenta dos documentos revelou diferenças na implementação das políticas voltadas para homens gays e bissexuais, mulheres lésbicas e bissexuais, travestis e transexuais. Enquanto para os homens, havia um direcionamento para ações de saúde voltadas para saúde mental, uso de álcool e outras drogas, foi possível constatar uma inclinação para ações relacionadas ao processo transexualizador para as travestis e pessoas transexuais. Seja pela invisibilidade social das lésbicas (ALMEIDA, 2005; LACOMBE, 2005; MEINERZ, 2011, GOMES, 2013) ou pela escassez de estudos epidemiológicos acerca da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais (FACCHINI; BARBOSA, 2006; MELO, 2010; GOMES, 2013), o documento voltado para esta população foi o único a não sinalizar qualquer tipo de ação de saúde mais precisa.

Os trabalhos nos grupos propostos para o segundo dia de evento seguiram igualmente um roteiro para orientação dos debates, que se baseava no elenco de avanços, dificuldades e estratégias/proposições.

A programação detalhada do evento também previa a realização de uma reunião envolvendo os comitês nacional e estaduais de saúde LGBT,¹⁹ para a qual estariam convidados apenas os representantes das referidas instâncias. Apesar de meu desconforto com tal situação, fui “encorajada” a participar da reunião pela colega de departamento que me acompanhava. Diante de minha perplexidade ao observar o público presente e lembrar o fato de não ser representante de tais comitês, minha colega tranquilamente afirmou: “nós podemos entrar porque somos colaboradoras *técnicas* do DAB”.

A evocação da identificação de “colaboradora *técnica* do DAB” serviu – para mim e para o coletivo que nos aceitou em sala – como forma de redefinição de um lugar estratégico naquele contexto. Como um processo formado por elementos de diferentes densidades, representou a precipitação e nova densidade de meu papel

¹⁸ Ver anexos D.1 a D.3.

¹⁹ Tais comitês estão previstos no “Plano Operativo da Política Nacional de Saúde LGBT”, e serão abordados nas próximas seções desta tese.

dentro daquele sistema. O apagamento provisório da identidade “pesquisadora” em função da de “colaboradora *técnica* do DAB”, realizou a remarcação das margens naquele espaço, produzindo outras formas de operação²⁰ e circulação políticas, autorizando-me a permanecer.

Ainda sobre a programação do evento, foram realizadas conferências e mesas-redondas envolvendo convidados de entidades e instituições parceiras de trabalho da equipe Dagep.²¹ No que concerne às atividades em plenária, a participação aconteceu de forma livre e irrestrita para todos os presentes no I Seminário.

Particularmente sobre essas atividades, é importante ressaltar que se constituíam como espaço de franca visibilidade para os participantes do evento, em especial para os representantes do movimento LGBT. Por ter se mostrado espaço privilegiado para dinâmicas emocionais e políticas, uma das mesas-redondas será abordada com maior detalhamento na próxima seção.

2.1.3 Múltiplos “crachás” e circulações etnográficas

As mesas-redondas se configuraram como “atividades-palco” para os diferentes atores presentes no I Seminário, por conta da presença de autoridades das entidades e instituições convidadas para debater a saúde da “população LGBT”. Assim, parte importante de meu fazer antropológico concentrava-se em registrar e realizar observação participante nesses espaços durante os três dias de evento.

Apesar da relevância dos debates empreendidos de maneira geral, a mesa-redonda prevista para o segundo dia de evento, intitulada “Acesso com humanização à atenção à saúde de LGBT no SUS”, foi a que mais mobilizou os participantes a verbalizarem dúvidas, anseios e reivindicações. Para além de apelo humanista do título, a referida mesa agregou figuras de grande importância na articulação intraministerial para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, fato que atraiu um número maior de participantes e estimulou participações mais ativas no debate pós-apresentações dos convidados. Tais figuras

²⁰ Compreendo como margens um conjunto de formas de operação política, uma *doxa* moral onde pode se dar a política, inspirada pelas reflexões de Das e Poole (2004).

²¹ Era possível observar a presença de representantes da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais (ABGLT), Articulação de Homens Gays (Artgay), Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) e Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (Ibrate).

eram José Eduardo Fogolin Passos,²² coordenador da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (Cgmac), e Fábio Mesquita, diretor do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais.

A fala de maior destaque foi a do convidado a “abrir” a mesa, José Eduardo Fogolin, que discursou de maneira emocional sobre o conceito de rede implicado na produção de saúde. Buscando reiterar que a “população LGBT” não deveria pleitear uma rede particularizada de cuidados, afirmou que “não há uma rede para cada cuidado, mas há cuidado numa rede de atenção à saúde”, na qual deveriam ser estabelecidas relações horizontais entre os pontos de atenção tendo a Atenção Básica como centro coordenador do cuidado em saúde.

Fogolin também lembrou que as estratégias para identificação das “necessidades de saúde da população LGBT” deveriam orientar-se pelos quatro eixos do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT:²³ “acesso da população LGBT à atenção integral à saúde; ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBT; educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT; monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT”.²⁴ Comentou que a elaboração de políticas deve seguir diretrizes que estruturam ações em redes de atenção à saúde,²⁵ para equalizar o financiamento, garantir a execução destas ações e a continuidade do cuidado.

O coordenador-geral do segmento de média e alta complexidade reiterou que “não haverá rede para LGBTs”, que é função de todos “identificar quais pontos da rede de saúde de cada localidade deverão produzir cuidado equitativo” e “discutir em nível local as necessidades de saúde desta população”. Comentou sobre o cuidado às pessoas trans e o avanço do processo transexualizador,²⁶ pedindo que se discuta no plano municipal e estadual as linhas de cuidado (diretrizes da assistência) para estes sujeitos e a definição dos papéis de cada ponto de cuidado da rede, evitando

²² Figura política importante à época por concentrar, junto com Dagep, a implementação das ações relacionadas ao processo transexualizador.

²³ De acordo com a Nota Técnica nº 54/2011, o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT apresenta estratégias para as gestões dos diferentes níveis interfederativos, com o objetivo de apoiar o “enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população LGBT para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (CONASS, 2011, p. 2).

²⁴ Instituído pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2011a; 2012b).

²⁵ Segundo palavras de Fogolin, as redes seriam “arranjos organizativos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas” e “traçam a estrutura daquilo que se vai fazer como cuidado”.

²⁶ Mais detalhes sobre o processo transexualizador serão oferecidos no capítulo 3 desta tese.

“vazios assistenciais”. A fala de Fogolin foi importante na medida em que buscava “reintegrar” os LGBT universalmente nas políticas de saúde já existentes, reiterando o direito de acesso desta população sem reforçar necessidade de uma rede segmentada das redes já existentes.

Continuou sua fala agradecendo o apoio de todos, assumindo a “dívida histórica” que o sistema de saúde tem para o cuidado integral das pessoas trans e travestis e “a todos que têm necessidade de cuidado nessa estratégia”. Disse estar “acima de tudo feliz em poder ter trabalhado na SAS e Cgmac, que sempre tiveram papel histórico em habilitação de serviços e procedimentos”, afirmando que o processo transexualizador seria um “primeiro passo”, já que “o SUS existe por mudanças” e que “é assim que se faz política pública”. Findou o discurso dizendo que “pessoalmente, onde estivesse, levaria essa política”,²⁷ sendo ovacionado pelos presentes na plenária.

Além de focar fortemente o processo transexualizador (o que, de certa forma, subsumia a “saúde da população LGBT” na saúde das pessoas trans), Fogolin apresentou um discurso permeado por figuras de linguagem em que a emoção se fez presente quase que continuamente. Suas formas de traduzir sua implicação com uma possível “causa” remetiam ao uso de um repertório cuja gramática obedecia aos domínios tangenciais da emoção e da política. Ao mencionar a felicidade ou o “coração” como sentimentos despertados pelo trabalho como representante da Cgmac, Fogolin expressou conexões empáticas de motivação para justificar o trabalho desenvolvido na posição política que ocupava até então.

José Eduardo Fogolin foi seguido pelo convidado Fábio Mesquita, que focou sua apresentação abordando o tema da violência como sendo um agravo não transmissível de impacto relevante na “saúde da população LGBT”.

Mesquita abriu sua fala declarando sua alegria em estar ali, agradecendo o convite para o seminário na expectativa de que os participantes se divertissem em Brasília. Elogiou a fala de Fogolin, reiterando a importância da SAS como instância maior do ministério “para articulação e definição de várias políticas discutidas em outras secretarias”.

O diretor do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais esclareceu que o eixo da Política de Saúde LGBT que aborda a vigilância em saúde está presente em

²⁷ Apesar de ser ovacionado, Fogolin fez uma afirmação que o diferenciava ou distanciava da população em debate. Ao final de sua fala, disse que “levaria vocês [LGBT presentes] no coração”.

seu departamento e também no de doenças crônicas.²⁸ Comentou que a tentativa de abordar as doenças não transmissíveis na perspectiva de vigilância é relativamente recente e citou como exemplo a violência, “um agravo extremamente importante, com grande impacto no sistema de saúde e que a gente [Ministério da Saúde] não olhava pra ele como ele merecia”. De acordo com Fábio, para abordar as doenças não transmissíveis, faz-se necessário produzir dados para gerar informações e tipificar as violências mais perpetradas e que chegam aos serviços de saúde. Segundo ele, uma das maiores causas de morbidade e mortalidade são “causas externas”.

Chamou então a atenção para o artigo 4º e alguns incisos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT que abordam o *Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil* e a necessidade de atualização do Sinan. Anunciou o novo instrumento de investigação individual em desenvolvimento para realização de notificação compulsória de violência²⁹ nos serviços de saúde, em que foi incluída a informação sobre nome social, orientação sexual, identidade de gênero e parceiros sexuais na caracterização da pessoa que sofreu a violência, além da informação sobre “violências homofóbicas” no campo de definição de caso.³⁰

Mesquita foi mais objetivo que Fogolin na mesa redonda, contudo, escolheu abordar um assunto de forte apelo emocional, entre outras pautas possíveis de se comentar no evento. Seu discurso acerca da violência e da necessidade de resposta do Estado, exemplificada na criação de um novo instrumento de notificação compulsória, demonstrou que o diretor cujo departamento pertence à SVS abdicou de uma pauta fortemente epidemiológica (como IST e aids, tradicionalmente trabalhadas pela SVS) em função de pauta de conteúdo humanitário que, a despeito de seu cunho também epidemiológico, era de grande mobilização coletiva: a violência.

As dúvidas e comentários que se seguiram às falas dos convidados da mesa foram inúmeras, porém boa parte dos discursos mais dramáticos aconteceram em

²⁸ Referindo-se à Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC).

²⁹ Segundo Mesquita, evocando definição da OMS (2002), a violência em sentido estrito pode ser considerada como o uso intencional de força física ou poder real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo, contra uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A ideia de evocar tal conceito era tecer um contraponto para demonstrar a maior abrangência da classificação de violências, contida na nova ficha de notificação.

³⁰ Este campo do instrumento de notificação contém os seguintes tipos de violência: doméstica, intrafamiliar, sexual, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas. Quando a situação de violência não se encontra contemplada por tais tipos, deve-se descrever no formulário se se trata de violência contra crianças e adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

resposta aos pronunciamentos de Fogolin e Mesquita. Estes discursos foram proferidos por representantes do movimento social LGBT, movimento feminista e negro, além de *técnicos* do MS, sendo que cada um destes atores acionava – de maneira mais ou menos sentimental – suas vivências e sofrimentos para justificar a legitimidade de suas perspectivas. Algumas falas, como a de uma ativista trans e feminista que se pronunciou logo ao término das apresentações, retratavam claramente a posição híbrida de diferentes “crachás” e posições (ativista, trans e mulher):

No movimento feminista sou tratada como transexual, no movimento LGBT sou tratada como mulher. Sofro com o trans[sexismo] e cissexismo pra dentro dos movimentos, apenas e tão somente por viver meu gênero de uma forma diferente. Mas sou militante da minha causa, represento a luta contra a repressão, violências, assassinatos das mulheres trans (informação verbal).³¹

A ideia de sofrimento por uma posição híbrida fica bastante destacada no discurso da ativista e legitima seu papel de representante de um coletivo: as mulheres trans. Essa posição híbrida seria geradora de sofrimento para autorizar o “falar por” e, pelos saberes que mobiliza, legitimaria a realização do trabalho de resolução de conflitos e controvérsias do ser mulher e ser transexual. O sofrimento promoveria a agudização moral de sua responsabilidade enquanto “militante” e retroalimentaria a necessidade de incorporar a causa coletiva. Essa *pessoa moral* que exerce o *poder simbólico* (BOURDIEU, 1996) desempenharia o diálogo entre partes, promoveria o acionamento discursivo estratégico de suas diferentes posições e realizaria um nomadismo ou trânsito entre formas de classificação.

Na mesma atividade, teçi também um breve comentário registrado pela relatoria do evento, acerca do qual pude refletir momentos depois e identificar acionamentos estratégicos de certas posições:

Me chamo Margareth, sou pesquisadora, tenho orientação sexual diversa, sou consultora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e tenho perguntas pro Fogolin e pro Fábio. Como pensar o acolhimento de pessoas trans após o processo transexualizador nas unidades de saúde, considerando-as como porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde e ponto de atenção fundamental da rede? Como qualificar o preenchimento da ficha de notificação obrigatória onde constam os dados sobre identidade de gênero, orientação sexual e violências?”

Confesso que meu desejo era o de fortalecer meu argumento para melhor formular a pergunta, além de qualificar e amparar minha participação (vários

³¹ Registro colhido no dia 25 de novembro de 2013, durante o I Seminário Nacional de Saúde LGBT.

participantes estavam sendo boicotados por outros devido a perguntas longas e mal formuladas). Isso significa que, embora minhas intenções fossem as “melhores” que se possa imaginar, ao acionar diversas posições, me pretendi uma interlocutora entre as proposições de Fogolin e Mesquita, representantes de diferentes instâncias do Ministério da Saúde, e as proposições de meu departamento (DAB). Também almejei ganhar legitimidade frente aos demais participantes, fazendo meu *outing* público, além de “proteger” minhas ideias de possíveis argumentos contrários, fazendo menção ao “crachá” de pesquisadora.

A intencionalidade última, que depois pude depurar, não era exatamente parecer desinteressada ou usurpadora de alguma de minhas posições, mas realizar a *impostura legítima* de minhas proposições que, nas palavras de Bourdieu (1996, p. 51), “só é bem-sucedida porque o usurpador [agente da delegação ou interlocução] não é um calculador cínico que engana conscientemente [...], mas alguém que com toda boa-fé considera-se uma coisa diferente da que ele é”.

As falas de Fogolin, de Mesquita e da ativista, assim como as minhas próprias falas, concretizavam-se como *imposturas legítimas* de distintas proposições e finalidades. No entanto, traziam em comum a atuação dos sujeitos no pretense papel de interlocutores entre o plano político-institucional e o plano vivencial.

Nessa figuração pública, os atores da cena do I Seminário apresentavam um idioma político de gramática fortemente emocional a fim de agregar peso simbólico a seus repertórios. Experimentando situações em que o que estava em jogo era o valor de verdade daquilo que estava sendo dito, os atores operaram performances para desempenhar mediações.

As performances eram dadas por expressões emocionais públicas para provocar a comoção e solidariedade temporária dos participantes. Assim poderiam posicionar-se estrategicamente em zonas de “segurança discursiva”, catalisando ações de tamponamento dos conflitos que pudessem eventualmente surgir, considerando o I Seminário como um espaço propositivo sobre as formas de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Ao concluir a observação etnográfica da mesa-redonda aqui narrada e do evento, percebi o acionamento estratégico de “crachás” por boa parte dos participantes, autoridades ou não. Cada acionamento era acompanhado de uma gramática recheada de expressividades emocionais, que melhoravam a aceitação do público com relação ao que era falado, além de legitimar aqueles que falavam.

Quanto mais crachás, mais híbrida e implicada era a posição de quem falava, e mais eficazes eram os discursos proferidos. Mais potentes se tornavam, então, essas pessoas morais a exercerem seus poderes simbólicos.

Com a finalidade de compartilhar percepções que emergiram após a experiência de etnografar a articulação das políticas de promoção da equidade no MS, em particular a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, algumas reflexões constam na seção a seguir.

2.2 Interseccionalidades e as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde

Sensibilizada pelas situações vividas no I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT, relacionadas às complexas formas de operacionalização das políticas de promoção da equidade, lancei mão de algumas ferramentas para apoiar reflexões e a produção da narrativa etnográfica. Meu dilema estava associado à necessidade de compreender as estratégias discursivas dos sujeitos, em especial os representantes políticos relacionados ao MS, para a enunciação das ações em torno da “saúde LGBT” de forma integrada, sem promover a homogeneização das diversidades sexuais e de gênero.

Diante desse dilema, busquei noções em uma “caixa de ferramentas da teoria engajada” (FOUCAULT, 1980 apud CLIFFORD, 2011)³² que pudessem funcionar como instrumentos heurísticos para uma melhor compreensão dos diferentes planos de articulação das políticas de promoção da equidade e das ações de saúde voltadas para cada um dos sujeitos englobados na sigla LGBT.

Para pensar a dinâmica de integração/homogeneização, incorporo aqui a noção de interseccionalidades. Utilizada por várias tradições disciplinares, está voltada para a tarefa de elucidar posições nas quais características marcadoras de diferenças delimitam fronteiras e fluxos de interações entre diferentes sujeitos. Também pode ser entendida como uma perspectiva teórica que influencia

³² Aludo à ideia de “caixa de ferramentas de uma teoria engajada”, através da qual Clifford (2011, p. 20) busca compreender o trabalho de campo como um método sensível, como um “meio de produzir conhecimento por meio de um intenso envolvimento intersubjetivo”. Para tal, retoma o entendimento de teoria como uma espécie de caixa de ferramentas, que funcione como forma de observar as relações de poder e estabelecer reflexões práticas.

estratégias metodológicas, já que serve para observar as possibilidades de agência e as dinâmicas de poder, além da operacionalização das diferenças.

A interseccionalidade enquanto conceito³³ foi inaugurada por Kimberlé Crenshaw na década de 1990, para responder à homogeneidade de categorias adotada por uma epistemologia tradicional e à primazia da categoria de gênero³⁴ na produção do conhecimento e proposição de políticas governamentais. Segundo a autora, o problema consistiria na abordagem às diferenças nos termos “do discurso liberal *mainstream* como vestígios de preconceito e dominação” (CRENSHAW, 1994, p. 1.242), impedindo que as diferenças – como raça/etnia – tornem-se fontes de poder e transformação.

Outras autoras publicaram, à época, reflexões que demarcam a importância da interseccionalidade enquanto noção e conceito, como estratégia para problematizar as categorias de gênero, raça e orientação sexual.³⁵ Em consonância à crítica de Crenshaw com relação ao estabelecimento de “variáveis independentes” em lugar de “identificar as especificidades de opressões particulares, entendendo suas interconexões com outras formas de opressão e construir uma política de solidariedade” (BRAH, 2006, p. 348), destaco o entendimento das interseccionalidades como processos de articulação entre formas de relações sociais em um contexto histórico determinado. Isto é, a construção das relações sociais como “historicamente contingentes e específicas a determinado contexto” (BRAH, 2006, p. 353), inscritas umas nas outras, constitutivas entre si.

Na prática, essa noção se expressou como possibilidade teórico-metodológica e política útil para a reflexão acerca dos limites e potencialidades de atuação dos atores sociais, permitindo a análise de modos de identificação e articulações específicas entre os sujeitos. Também promoveu o entendimento das consequências políticas do entrecruzamento (ou apagamento) de certas categorias de diferenciação.

³³ Segundo Piscitelli (2008), o surgimento da categoria de interseccionalidades deriva de debate internacional no final da década de 1990, marcado pela emergência de denominações que aludem à multiplicidade de diferenciações articuladas a gênero, que permeiam o mundo social.

³⁴ Vale lembrar que a autora Gayle Rubin exerceu grande influência nos estudos sobre gênero, por meio de sua publicação *The traffic in women* (1975), em que propôs o conceito de “sistema sexo/gênero” e traçou a distinção entre “sexo” e “gênero”. Embora não tenha problematizado a suposta natureza atribuída ao “sexo”, Rubin contribuiu para a desnaturalização das desigualdades de gênero ao ensejar reflexões sobre o pressuposto da naturalidade da heterossexualidade e as relações entre gênero e reprodução, estabelecidas como forma de reificar hierarquias sociais.

³⁵ Para pensar as interseccionalidades como marco analítico/teórico e metodológico, destaco como autoras relevantes Lorde (1984), Hooks (1990), McClintock (1995), Brah (1996).

No *métier* das políticas de promoção da equidade em saúde, as interseccionalidades mostram-se particularmente úteis para compreensão da perspectiva da vulnerabilidade assumida *a priori* em prol do combate às desigualdades ou iniquidades persistentes. Também permite observar os efeitos distintos que as reiterações de categorias de diferenciação por parte dos sujeitos produzem no contexto das políticas públicas de saúde.

Essa noção “incorporada” provoca a precipitação de certas práticas, permitindo agenciamentos produtivos na gestão das políticas de saúde, passíveis de experimentação por meio da realização da prática etnográfica. As interseccionalidades como possibilidades teórico-metodológicas proporcionam a sistematização de “conhecimentos situados” (HARAWAY, 1995), que integrem na análise suas condições e contextos de produção.

Com base na cena de observação participante do I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT, na próxima seção serão elencadas as possibilidades teórico-metodológicas das interseccionalidades na pesquisa etnográfica, bem como as possibilidades políticas do uso das interseccionalidades na proposição e operacionalidade das políticas de promoção da equidade em saúde.

2.2.1 O “fazer consultor” e o “devir etnógrafo”

A circulação pelos espaços do MS ou mesmo pelos hotéis onde aconteciam os eventos promovidos pela instituição, como foi o I Seminário, esteve regida por uma série de normas que compunham o cotidiano das ações práticas, uma espécie de “fazer consultor”. Este fazer englobava, ao menos, três dimensões que se misturavam e legitimavam a ação dos sujeitos gradativamente conforme adesão aos códigos estabelecidos implicitamente nos espaços de trabalho: uma dimensão técnica, uma dimensão ético-política e uma dimensão estética.³⁶

A dimensão técnica do “fazer consultor” referia-se ao domínio das práticas que levassem à eficiência técnica e científica. Isso significa que os produtos³⁷

³⁶ Embora me detenha à análise de um “fazer consultor”, derivado de minha própria experiência em campo como consultora, as três dimensões abordadas nesta seção poderiam ser pensadas analogamente em relação aos demais participantes do I Seminário.

³⁷ Designo como “produtos” todo o tipo de produção realizada pelo consultor e que confere materialidade a seu trabalho, como a entrega de relatórios ou a realização de “falas como *expert*” ou

elaborados no trabalho possuíam – ou deveriam possuir, para serem valorizados – caráter consistente, densidade teórica e referencial compartilhado por muitos outros colegas de trabalho. Dependendo da natureza do produto, era louvável a utilização de evidências ou evocação de certas posições para subsidiar os argumentos estabelecidos. Como exemplo, é possível lembrar a legitimidade conferida pelo anúncio de minha atuação como pesquisadora em saúde coletiva na mesa redonda sobre “Acesso com humanização” do I Seminário, previamente narrada. Este anúncio teria demonstrado a gratuidade de meu desejo de participar, como já mencionado, e também minha credibilidade no assunto que eu planejava abordar.³⁸

Já a dimensão ético-política do “fazer consultor” envolvia as habilidades dos consultores em relacionarem-se com diferentes pessoas para manutenção e propulsão de suas *agendas* de trabalho. Esta dimensão englobava o conjunto de posturas e opiniões que poderiam gerar equalizações ou ruídos no espaço de trabalho. Também englobava os movimentos de articulação das *agendas* por parte dos consultores, de forma a promover a expansão ou redução de seus graus de importância nos departamentos em que estavam alocadas. Vale afirmar que o amálgama da dimensão ético-política do “fazer consultor” consistia na demonstração de implicação com os assuntos de trabalho. No I Seminário Nacional de Saúde LGBT, minha presença no GT de Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais e a realização da relatoria³⁹ dos debates do grupo, promoveu valor à minha participação e conferiu confiabilidade em meu trabalho. Funcionou como mote para que eu me aproximasse da equipe Dagep.

A dimensão estética do “fazer consultor” estava implícita nas normas de etiqueta dos consultores, um imperativo (não tão) silencioso acerca das formas de vestir e agir dentro do MS ou em suas extensões constituídas pelos espaços de eventos promovidos pela instituição. De acordo com as proposições de Aguião (2014,

proposições em espaços informativos e deliberativos. Faço uso do termo em alusão aos “produtos de consultoria” que consistem em relatórios técnicos que devem ser entregues a cada três meses pelos consultores de organismos internacionais aos departamentos do MS, tendo como destino final o organismo que financia as atividades, a fim de obter o recebimento dos vencimentos. O conteúdo dos relatórios não abarca o rol de ações realizadas em consultoria (que compreendem o acesso a bancos de dados, observações de reuniões etc.), mas materializa o compromisso do consultor na produção de conhecimento técnico-científico para cooperação técnica com a instituição.

³⁸ Essa afirmação se pauta no fato de o diretor Fábio Mesquita ter anunciado, ao final de sua fala na mesa-redonda, que gostaria de falar comigo pessoalmente sobre pesquisas relacionadas à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

³⁹ A realização de relatoria não funcionaria apenas como “moeda de troca”, pois não se estabeleceria apenas em termos de uma assimetria de poder. Considerando que os organizadores do evento eram “tão consultores quanto eu”, a atividade de relatoria se aproximaria mais de uma troca recíproca.

p.112), haveria um “efeito pedagógico dos eventos sediados em Brasília”,⁴⁰ inspirado por aquele espaço-tempo, que proporcionaria “ganhos de uma *expertise* de como se comportar, fazer silêncio durante exposições, como solicitar a palavra em momentos oportunos, como circular em Brasília, conhecer, ter acesso e interpelar parlamentares diretamente”.

Parte importante do “fazer consultor” envolvia a performance estético-corporal permeada da utilização de diferentes elementos e linguagens para composição de uma estética respeitável. Estes elementos abarcavam desde roupas e acessórios, como crachás, até as “boas maneiras” de se habitar os círculos, as baias ou estações de trabalho. As “boas maneiras” se referiam ao compartilhamento de um idioma ético e moral comum, ancorado em *corpos* e *corpus* – conjunto de textos e registros orais – que importassem na instituição, a submissão de um gosto à etiqueta estabelecida (ELIAS, 2001). Assim, meus modos de apresentação, além de minhas expressões e performances de gênero, garantiriam (ou não) minha aceitação nos espaços de trabalho.⁴¹

Explorando a dimensão estética do “fazer consultor”, é importante observar alguns pontos acerca do acionamento de diferentes “crachás” em campo. No que consistiriam estes “crachás”? A partir do entendimento de que estes artefatos exerceriam pesos em discursividades distintas, sob quais possibilidades de articulação eram colocados?

Levando em consideração que os “crachás” corresponderiam ao acionamento de diferentes formas de os sujeitos se denominarem no mundo social, para compreender no que consistiriam estes “crachás”, proponho distinções para orientar estas reflexões. No espaço-tempo do Ministério da Saúde, os “crachás” poderiam ser materiais e biológicos, corporais e não corporais, conectando ou perturbando conexões entre humanos e não humanos.⁴²

Desse modo, enquanto identificações funcionais, os “crachás” eram compostos por um cordão e uma presilha jacaré atados a um cartão de proximidade magnética contendo a imagem do trabalhador e seu cargo na instituição. Enquanto

⁴⁰ Vale destacar que Aguião (2014) refere este efeito para a participação de ativistas nos eventos em Brasília. Aqui proponho pensar este efeito para outros atores, como os consultores, no âmbito de um “fazer consultor”.

⁴¹ Se a dimensão ético-política revelaria as formas de falar nas relações estabelecidas, a dimensão estética revelaria as formas de “escutar e ser escutada” nas interações no MS.

⁴² O objetivo, neste trecho, não é estabelecer “absurda simetria entre humanos e não humanos” (LATOURET, 2005, p. 76, tradução nossa), mas explicitar a mediação de nossas relações por certos elementos tangíveis e intangíveis.

identificações visuais e empáticas, os “crachás” eram os corpos e suas *corporalidades políticas* (GOMES, 2013) que, investidos de acessórios e gestos, caracterizavam estilos e se integravam aos discursos dos atores. Eram as expressões corporais e suas inteligibilidades, que poderiam enunciar o gênero, a raça, a classe social e a orientação sexual daqueles que circulavam pelos espaços-tempo do MS.

Os “crachás” consistiam, então, em elementos constituídos por materialidade e em artefatos por meio dos quais as imagens “do que somos” e do que “os outros são” atravessavam e atravancavam situações, em determinados pontos nodais de encontros. Estes pontos nodais eram as possibilidades de articulações em que eram colocados, situações “*checkpoints*”⁴³ (JAGANATHAN, 2004) em que o que estava em jogo era a eficácia das propriedades vocativas das identificações, que colaborariam para a ratificação e escrutínio das práticas de Estado.

Diante das dimensões variadas do “fazer consultor” e dos compromissos de trabalho, o desafio para fazer fluir o desejo (também tarefa) de etnografar a prática na ordem administrativa e burocrática do Estado aconteceu nas brechas institucionais. Um “devir etnógrafo”⁴⁴ que deriva de “esforços individuais e coletivos de afrouxar e relativizar, na medida do possível, os marcadores e controles” (BIEHL, 2008, p. 422) vivenciados no cotidiano do MS. Estes esforços eram abertos ao dinamismo e à singularidade dos atores, animados pelo “fazer consultor” e orientados pela observação e produção de diferenças entre os atores no campo empírico.

A operação das diferenças em campo faz parte dos processos de subjetivação, uma vez que, num certo sentido, “o sujeito é construído mediante atos de diferenciação que o distinguem de seu exterior constitutivo, um domínio de alteridade” (BUTLER, 1998, p. 21). No contexto do “devir etnógrafo”, as diferenças funcionariam como as possibilidades de mobilização do pesquisador diante das configurações de discurso e poder vivenciadas em campo.

O “devir etnógrafo” envolve a imersão na escrita, que consiste na “tradução da experiência para a forma textual [...], complicada pelas múltiplas subjetividades e constrangimentos políticos do campo” (CLIFFORD, 2011, p. 21). A escrita etnográfica

⁴³ Segundo Jaganathan (2004), *checkpoints* são lugares onde expectativas e legibilidades são neutralizadas pela normalidade do cotidiano.

⁴⁴ O termo “devir” ou “devires” foi proposto por Deleuze (1998, p. 2-3) para expressar “atos contidos em uma vida [...] que não são fenômenos de imitação nem de assimilação [...] são geografia, são orientações, direções, entradas e saídas”.

seria, então, um modo de sistematização do conhecimento produzido em campo, e que exige certa estabilização ou textualização para estabelecimento de análises.

Do trabalho de campo à escrita, um olhar interseccional se fez presente. Menos pela primazia de eixos classificatórios em relação à experiência (CRENSHAW, 1994) e mais por permitir articular diferenciações e interconexões contextuais e contingentes baseadas nos discursos sobre a diferença (BRAH, 2006). Esse olhar interseccional permitiu analisar de maneira mais apropriada a operação conjunta das singularidades e diferenças por meio de variadas categorias como gênero, orientação sexual, identidade de gênero, raça/etnia e condição sorológica.

Assim, se todos “podem alcançar seu pleno potencial de saúde”, o olhar interseccional possibilita distinguir sujeitos cujo discurso enuncie “desvantagem de atingir este potencial” (WHITEHEAD, 1991, tradução nossa). Promover a equidade seria então operar distinções.

A experiência de etnografar a articulação das políticas de promoção da equidade no Ministério da Saúde, em particular a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, permitiu conhecer as práticas de gestão lançadas pelos *técnicos* institucionais a fim de garantir a singularização das diversidades sexual e de gênero, bem como promover a intersecção das diferenças. Também possibilitou reflexões em torno da operacionalidade do modelo teórico-metodológico e político das interseccionalidades.

2.3 Singularizando diversidades, interseccionando diferenças: a agenda da “Saúde LGBT” no Ministério da Saúde

Gostaria de lançar luz a um elemento que me pareceu bastante distintivo das ações voltadas à “saúde LGBT”, que consistia no modo de gestão política das *agendas* voltadas para a promoção da equidade. Em campo, me chamava atenção a qualidade de *gestão estratégica e participativa* que compunha o nome da secretaria e do departamento que geriam a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no MS. Diante de tantos nomes longos e abstratos das coordenações, que mencionavam os termos “estratégico/a” e “participativo/a”, apenas no *locus* de construção da política de “Saúde LGBT” estes termos constavam neste arranjo particular, adjetivando o

substantivo “gestão”. A composição do nome, inclusive, marcou a história de criação da própria secretaria e qualifica as formas de desenvolver a política no MS.

O caráter “participativo” atribuído às políticas do setor Saúde brasileiro remonta ao período de instituição do SUS e de promulgação da CF de 1988 (SCOREL; MOREIRA, 2012). A participação social, diretriz fundamental do SUS, define o controle social, conforme descrito na Lei nº 8.142/1990, realizado pela ação dos conselhos de saúde e conferências de saúde. Por se tratar de um dos princípios doutrinários do SUS, a participação social pressupõe um campo de intensa mobilização do movimento social e do poder público. Constitucionalmente garantida, prevê o engajamento da população nas instâncias de conselhos e conferências de saúde, de modo a incidir nas políticas de saúde produzidas no âmbito federal, estadual e/ou municipal.

Alguns autores em saúde coletiva atribuem às administrações municipais do Partido dos Trabalhadores (PT) a iniciativa de qualificação de “participativo” aplicada à política e à gestão (BENEVIDES, 2005; LESSA, 2010; MORONI, 2009; SCOREL; MOREIRA, 2012). Essa iniciativa consistiria, especificamente, na experiência de “orçamento participativo”,⁴⁵ e apresentaria “virtudes técnicas e democráticas” (SCOREL; MOREIRA, 2012, p. 866).

Como não convém neste trabalho a atinência à polissemia do termo “participativo”, volto à inquietação apontada no início desta seção, que reside no entendimento dos efeitos semânticos da expressão *gestão estratégica e participativa*, que consta da denominação da secretaria a concentrar a “Saúde LGBT” no MS. Em meu campo empírico, a Sgep atuava como uma das poucas instâncias de fomento dos diálogos com diferentes atores sociais. Apenas secretarias ou departamentos de “tradição” na interlocução com o movimento social, como o DDAHV e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), travavam articulações intra e intersetoriais, de modo a ceder espaço para momentos de diálogo nas malhas do Estado. Considerando que “a criação de uma estrutura governamental ou agência responsável por determinada política aumenta as demandas pelo tema tratado, provocando

⁴⁵ O “orçamento participativo” é uma proposta de envolvimento da população nos processos de planejamento e execução orçamentária, com vistas à promoção da justiça distributiva, da eficácia decisória e do cumprimento de responsabilidades por parte do Executivo municipal (SCOREL; MOREIRA, 2012). Foi adotado primeiramente pela gestão do PT em Porto Alegre em 1989, como ferramenta gerencial para apoiar a definição de prioridades para a distribuição dos recursos de investimento nos diferentes setores das políticas sociais, e funcionou como uma forma de promover a participação social.

possíveis alterações na agenda de questões levadas ao Estado” (MATTOS; BAPTISTA, 2015, p. 188), quais seriam os impactos – esperados, imprevistos – de toda uma secretaria estar mobilizada para processos de *gestão estratégica e participativa*?

Para melhor compreender tais inquietações, proponho observar as aproximações entre este modo de gestão e as políticas de promoção de equidade. A aposta é de que tal gestão, sob o argumento das reivindicações das políticas de equidade, propiciou o diálogo entre movimento social e Estado em instâncias ensejadas pelo próprio Estado, colaborando para reforçar os contornos da Política de Saúde LGBT.

É confluyente no discurso dos atores do MS o advento da instituição da Secretaria de Gestão Estratégica (SGP) – embrião da Sgep – ser concomitante e tributário do advento das políticas de promoção da equidade. Em meados de 2003, desenhavam-se as bases destas políticas, orientadas por uma lógica de reivindicação de direitos e não apenas de riscos de adoecimento e morte por agravos, como sinaliza o sujeito x:

o primeiro pontapé das políticas de promoção de equidade foi a partir dos movimentos sociais, da reivindicação da visibilidade deles, enquanto política de promoção de equidade. Pensando lugar de sujeito, questionando ter uma política para uma população específica, a partir do seu lugar de sujeito que sofreu algum nível de discriminação, foi a população negra primeiro [...]. Depois foi o ministério recebendo pela primeira vez a Marcha das Margaridas, era a segunda Marcha das Margaridas. É um pouco ali no meio de 2003-2004, essas duas políticas são as primeiras a trazer as sementes de discutir Política não a partir do adoecimento, mas a partir de situações específicas que essas populações viviam e que não tinham visibilidade, né? No caso da população negra [...], já existia dentro do ministério, a discussão a partir de doença falciforme [...]. O primeiro pontapé de discutir a doença falciforme, inclusive com portaria, né [...]. Só que aí, ainda era uma questão do adoecimento, ainda não estava trazendo o debate do racismo, o debate de que o fato [era] de determinação social (Sujeito x, entrevista realizada em ago. 2016, grifo nosso).

A despeito do apontamento sobre a população negra ter sido a primeira a pautar as políticas de equidade no argumento da “reivindicação da visibilidade”, o sujeito x fez questão de explicitar que a discussão de uma política de saúde voltada para esta população remetia a período anterior à tematização das políticas de promoção da equidade. E findou por fazer referência à doença falciforme,⁴⁶ que foi

⁴⁶ A portaria à qual o sujeito x se refere é a Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

objeto de investigação e alicerçou debates que colaboraram para o adensamento da Política Nacional de Saúde da População Negra, mas que refletia, no entanto, a lógica biomédica a orientar as ações políticas.

No afã de conferir destaque às políticas de promoção da equidade, o sujeito x demonstrou uma confusão bastante comum entre os atores do MS, que consiste na vinculação do tema Saúde da População Negra aos debates da doença falciforme. Em termos cronológicos, a abordagem da Saúde da População Negra antecede os debates sobre doença falciforme e sobre as políticas de equidade.

As primeiras inserções do tema de Saúde da População Negra nas ações governamentais de âmbito federal aconteceram a partir da década de 1990 (BRASIL, 2013a). Através do decreto presidencial de 20 de novembro de 1995, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI), prevendo representação do Ministério da Saúde em sua composição. Embora não apresentasse competência específica voltada para a saúde, esta iniciativa de ação intersetorial foi a primeira voltada para a “consolidação da cidadania negra”.

Um ponto interessante mencionado pelo sujeito x refere-se ao destaque conferido às políticas de promoção da equidade na proposição da lógica de “determinação social” da saúde. Este destaque guarda relações com um debate relativamente denso sobre o conflito entre lógicas dos “modelos de atenção à saúde” no campo da saúde coletiva.

Os “modelos de atenção à saúde” ou “modelos assistenciais” são

a organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. *Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção;* e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda (PAIM, 1999, p. 490-491, grifo nosso)

Segundo Paim (1999), os modelos delineiam o cunho das intervenções em saúde, privilegiando aspectos “de natureza médico-curativa” ou “ações de promoção e prevenção”. Referem-se às orientações das ações e serviços de saúde no que diz respeito aos saberes que as alicerçam (biomédicos, epidemiológicos, humanísticos etc.).

Merhy, Cecílio e Nogueira (1992) denominam os modelos assistenciais de “modelos tecno-assistenciais” e consideram que estes consistem em projetos de grupos sociais

apoiados em conhecimentos e saberes que *definem o que é problema de saúde*, como devem ser as práticas de saúde, para que servem e como devem ser organizadas tais práticas, quais serão os trabalhadores necessários e para quais pessoas estão dirigidas. *A conformação desses modelos expressa uma dada forma de poder político e, portanto, uma dada conformação do Estado e de suas políticas* (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992, p. 4, grifo nosso).

O conjunto de conhecimentos que orientam as ações e serviços ofertados pelas políticas de saúde tem a possibilidade de definir “o que é problema de saúde” e, assim, operar classificações e conferir as margens de inteligibilidade do que é entendido como problema a ser atendido pelas intervenções previstas pelo Poder Executivo.

Conforme o entendimento proposto por Merhy, Cecílio e Nogueira (1992), é possível compreender melhor a lógica de “determinação social da saúde” mencionada pelo sujeito x, que possivelmente buscou traduzir um conjunto de saberes predominantemente humanísticos a orientar as políticas de saúde. Creio que a fala do sujeito x também aponta a existência do “paradigma biopolítico da inclusão e da diferença”, que trata da convivência entre enfoques biológico e social do processo saúde-doença e seus efeitos nas práticas científicas, administrativas e políticas, na esteira do que sinalizei no capítulo 1.

Penso que a relação entre “modelos tecno-assistenciais” (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992) e “determinantes sociais da saúde” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), funciona como “tijolo” para edificação do “paradigma biopolítico da inclusão e da diferença” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), pois sustenta “preocupações sobre saúde, medicina e corpo como focos simultâneos da biomedicina e das políticas estatais” (EPSTEIN, 2007).⁴⁷ Como um paradigma biopolítico, a abordagem da “inclusão e diferença” – que no Brasil pode ser sintetizada no termo “equidade” – mistura as categorias científicas e políticas, sob o argumento da busca de inflexões da diferença biológica e do *status* de grupos socialmente subordinados nas políticas de saúde. Esta abordagem gera lastro para agregar o que sujeito x apontou como

⁴⁷ Do ingles: “concerns about health, medicine, and the body are made the simultaneous focus of biomedicine and state policy”.

aspectos contrastantes das políticas de saúde: a “questão do adoecimento” e “o debate sobre o racismo”.

No que diz respeito ao surgimento da SGP e das políticas de promoção da equidade, teria sido a Secretaria Executiva (SE) – apoiada pela Secretaria de Assistência à Saúde – do MS⁴⁸ o *locus* embrionário das políticas de saúde voltadas para segmentos populacionais específicos.

Então foi, esses dois aí foram dois primeiros momentos [das políticas de promoção da equidade], e o Fausto com o Paulo de Tarso é que foram o... os que acolheram e ficaram responsáveis pela Secretaria Executiva, porque no primeiro momento, *esse primeiro debate estava na Secretaria Executiva e depois na Secretaria de Assistência à Saúde, porque não estava no debate, não tinha Dagep, tinha a SGP, que é a Secretaria de Gestão Participativa*, na gestão do ministro Humberto Costa, tinha a SGP com Sergio Arouca, na discussão da retomada da participação social, como um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde, de apoio ao controle social (Sujeito x, entrevista realizada em ago. 2016, grifo nosso).

É corrente entre trabalhadores do MS a noção de que a SE acumula grande poder, já que o secretário goza de *status* de vice-ministro, é o ordenador de despesas do MS e responde pela parte administrativa da pasta da Saúde. No âmbito normativo, o secretário-executivo é aquele que apoia o ministro de Estado na supervisão e coordenação das atividades das secretarias integrantes do MS. No período mencionado pelo sujeito x, o secretário-executivo era Gastão Wagner de Souza Campos, um médico sanitarista de trajetória acadêmico-política.⁴⁹ Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira respondia pela coordenação-executiva de projetos da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos da SE. O secretário-substituto de assistência à saúde era Fausto Pereira dos Santos, que comandava uma das maiores secretarias do MS. Todos eles compunham a equipe do médico e deputado Humberto Costa, ministro da Saúde no primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, do PT. A SGP, criada em 2003, teve como primeiro secretário o médico sanitarista e deputado Sérgio Arouca.⁵⁰

⁴⁸ A mencionada Secretaria de Assistência à Saúde foi transformada em Secretaria de Atenção à Saúde através da aprovação do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, e é responsável pela condução do processo de descentralização da atenção à saúde.

⁴⁹ Gastão Wagner de Souza Campos é médico sanitarista e professor livre docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Foi secretário de Saúde de Campinas entre os anos de 1989-1990 e 2001-2003.

⁵⁰ Sérgio Arouca foi, sem dúvida, o secretário mais emblemático da SGP (em 2003), por seu engajamento com movimentos sociais e com o Movimento pela Reforma Sanitária. Os demais secretários subsequentes eram atores igualmente envolvidos com os campos acadêmico e político sem, contudo, maior engajamento com movimentos sociais. Foram eles: Crescêncio Antunes (2003-

Ainda que acredite na relação político-partidária como matriz explicativa para a qualidade de “estratégica e participativa” aplicada à gestão no MS, gostaria de sinalizar um detalhe importante na implantação deste modo de gestão no projeto político que nutriu as políticas de promoção da equidade. Esse detalhe se refere às influências do chamado “pensamento estratégico” na concepção da SGP.

Diferente dos enfoques normativos de planejamento, vigentes até meados dos anos 1970, que privilegiavam a presença de planejadores externos como forma de construir planos de intervenções, o desenvolvimento do planejamento estratégico na América Latina surge como uma forma de trazer para a formulação do planejamento os atores sociais envolvidos nos problemas a serem enfrentados (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008).

O “pensamento estratégico” consiste numa corrente de diferentes abordagens no campo das teorias da administração. Visa configurar bases para o planejamento de um conjunto de ações, um sentido ou método para o atingimento de metas e propósitos de uma determinada instituição. Seus maiores expoentes, Carlos Matus e Mário Testa, foram referências que subsidiaram discussões e documentos elaborados em prol do Movimento pela Reforma Sanitária e Saúde Coletiva, desde os anos 1970 até a famosa VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992). Vale lembrar que o relatório desta conferência fundamentou o texto sobre direito à saúde da CF de 1988.

As convergências entre as concepções de Matus e Testa culminaram na proposição de formas de planejar que incluem os atores imersos nas realidades analisadas em todo o processo de planejamento. Esta proposição sugere que o poder nas instituições encontra-se compartilhado e difuso entre aqueles que detêm capacidades técnicas, administrativas e políticas. Os atores terão tanto mais governabilidade quanto melhor acumularem tais capacidades. Mais do que a definição de métodos, portanto, o “pensamento estratégico” orienta o processo pelo qual se define qual caminho tomar para que se chegue à situação desejada, agregando todos aqueles que partilham e compartilham do poder decisório na instituição.

Importante destacar que o “pensamento estratégico” funcionou como base teórico-metodológica para membros dirigentes da gestão do MS à época de criação e

expansão da SGP. O próprio secretário-executivo previamente mencionado, Gastão Campos, foi um dos apoiadores de novos arranjos para gestão dos processos de planejamento em saúde, tendo publicado alguns trabalhos sobre métodos de cogestão e gestão compartilhada.⁵¹ Dessa forma, reitero que a *gestão estratégica e participativa* possuiu aspectos político-partidários e teórico-científicos que contornaram suas dimensões institucionais, bem como traduziram uma forma distinta de ação política.

Segundo Escorel e Moreira (2012), a SGP foi conduzida por dois anos com apenas dois departamentos: o de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária e a Ouvidoria-Geral do SUS. Em 2005, a SGP sofreu reestruturação devido a conflitos com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e como tentativa de ampliação do escopo de ações (ESCOREL; MOREIRA, 2012). Em sua nova configuração, a SGP foi reformulada e ganhou o adjetivo “Estratégico” em seu nome, além de passar a possuir quatro departamentos: Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Departamento Nacional de Auditoria do SUS; e Departamento de Ouvidoria do SUS. O DGP passa então a existir, absorvendo as atribuições do antigo Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária, e tendo sido dividido em duas coordenações: uma de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social e outra de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Com a estruturação do DGP, houve um esforço por parte da gestão em organizar a escuta das *demandas* do movimento social, criando canais de diálogo que pudessem incorporar diferentes discussões e sujeitos.

O Dagep ainda era chamado Departamento de Gestão Participativa, o DGP [...]. *Ainda não tinha as políticas de equidade lá, tinha a discussão da participação social [...]. Se formou os grupos pela secretaria pra começar a discutir quais eram as demandas que eles estavam trazendo, certo? Num segundo momento, quando começa assim: “Não, nós queremos a elaboração das Políticas”; “Nós queremos o reconhecimento”, aí que se formam as portarias dos comitês, aí, sim, a agenda começa a ter outra dimensão [...]. Aí então é assim, se é participação social, se quem tá trazendo a demanda é a participação social e a participação social tá na Secretaria de Gestão Participativa, então vamos trazer a Secretaria de Gestão Participativa pra discussão em relação a isso, porque tá por lá (Sujeito x, entrevista realizada em ago. 2016, grifo nosso).*

⁵¹ Aludo às seguintes obras: *A saúde pública e a defesa da vida* (CAMPOS, 1994); *Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas* (CAMPOS, 2000a); e *Um método para análise e co-gestão de coletivos* (CAMPOS, 2000b).

O fato de a participação social ser alegada como ladrilho do trajeto de surgimento das políticas de promoção da equidade fortalece a ideia de aproximação entre sociedade civil e Estado na composição das *agendas* sustentadas pela SGP e Sgep. Na sinédoque da participação social, o sujeito x reforçou a presença dos movimentos sociais organizados em grupos e em diálogo direto com o Estado, para “*discutir quais eram as demandas que eles [os movimentos sociais] estavam trazendo*”. As informações trazidas por este interlocutor colaboram para o entendimento da relação entre políticas e agenciamentos políticos de grupos de “atores sociais da diversidade” (MOTTA; OLIVEIRA, 2015, p. 2), contrastando com um “humano padrão” (EPSTEIN, 2007, p. 12)⁵² estabelecido até então nas (e pelas) políticas de saúde.

Gradativamente, a equidade ganha contornos mais práticos, expressando-se em ação no domínio público e, analogamente ao que Motta e Oliveira (2015, p. 2) chamam de “usos instrumentais da categoria [de] cultura”,⁵³ torna-se ponto nodal “para reconhecimento social e, em alguns casos, para o ‘empoderamento’ de novos sujeitos políticos”.

Os primeiros sinais da “saúde LGBT” expressam-se quando fica garantida a representação da “população LGBT” em espaços de participação social, como aponta o sujeito x:

quando a Secretaria de Gestão e Estratégia Participativa passa a ser o lugar do reconhecimento, do acolhimento, da escuta da participação social, então é quando ela começa a discutir essas políticas, e aí, em 2006, tem o assento LGBT dentro do Conselho Nacional de Saúde, né. Já tinha o de Mulher, mas tem o de LGBT, tem o de População Negra, também tudo nesse período. E aí a Política começa a ser discutida lá, e aprovada lá (Sujeito x, entrevista realizada em ago. 2016, grifo nosso).

O assento de representação da “população LGBT” na “Comissão de Política de Promoção da Equidade”⁵⁴ do CNS, conquistado em 2006, foi referido como estratégia importante para suscitar recursos simbólicos na busca pelo reconhecimento e garantia de direitos desta população. Interessante ressaltar as “formas específicas de identidade social e diferença” evocadas pelo entrevistado, que lançam mão de tal estratégia e alimentam o “paradigma da inclusão e da

⁵² Do inglês: “*standard human*”.

⁵³ Motta e Oliveira (2015, p. 2) chamam de “usos instrumentais da categoria cultura” à visibilidade contemporânea da adoção de linguagem que reivindica a “cultura como direito”.

⁵⁴ A “Comissão de Política de Promoção da Equidade” do CNS contém a representação das seguintes populações: população do campo, floresta e águas, povos e comunidades tradicionais, negra e LGBT.

diferença” (Idem). Estas formas privilegiam os marcadores de sexualidade (LGBT), gênero (LGBT, mulheres), raça e etnia (população negra).

Sobre as categorias sociais a comporem as intervenções e regulações estatais, um dos sujeitos privilegiados na pesquisa comenta a diferença entre a política de saúde das mulheres, tradicionalmente lembrada como mais bem consolidada no MS, e as políticas de promoção da equidade:

no governo do presidente Lula e do Ministro Humberto Costa é quando as mulheres trazem as discussões, da Marcha das Margaridas, *elas trazem na dimensão que extrapola a condição feminina...* elas começam a trazer discussão de que *não é uma Política de e para a saúde das mulheres, mas é uma Política para as Populações do Campo e da Floresta né, e não só das mulheres, entende?* Então *elas trazem as reivindicações específicas da condição feminina, mas elas trazem singularidades*, como as ruralidades (Sujeito y, entrevista realizada em mar. 2016, grifo nosso)

De acordo com a fala do sujeito y, é possível apreender que as políticas de promoção da equidade (colocadas sob a insígnia da “Política para as Populações do Campo e da Floresta” e emblematizadas pela “Marcha das Margaridas”)⁵⁵ são diferenciadas da política de saúde das mulheres, porque fazem caber outras categorias sociais que colaboram para maiores singularidades. Ainda que tenham sido pautadas por mulheres, ao mesmo tempo que “extrapola[m] a condição feminina”, as políticas de equidade apontariam “reivindicações específicas da condição feminina”, como as políticas de saúde das mulheres, mas trariam “singularidades”. Diante de aparente similitude, creio que a distinção entre “especificidades” e “singularidades” pode colaborar para um entendimento-chave da lógica da equidade.

Parece-me que há, no universo semântico do termo “singularidade”, um sentido de complexidade que conduz ao entendimento de que existe uma pluralidade entre os sujeitos abarcados por este termo. Já “especificidades” parece estar vinculado ao entendimento de unicidade, uma condição particular de efeito homogêneo, que seria capaz de uniformizar o conjunto de sujeitos abarcados. Tais distinções podem refletir uma oposição bastante conhecida nos debates feministas, que se referem à problematização dos conceitos “mulher/mulheres”.

⁵⁵ A Marcha das Margaridas é uma ação estratégica das mulheres do campo e da floresta, que acontece desde 2000, coordenada principalmente pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), pelas 27 federações de trabalhadores na agricultura (FETAGs), por sindicatos dos trabalhadores e trabalhadoras rurais (STTRs) e por várias organizações de mulheres parceiras.

Butler (2013) sintetiza muito bem tais debates, afirmando que, para que as políticas pudessem ser legitimadas, as problematizações feministas giravam em torno do imperativo de formas de representação do sujeito “mulher” (BUTLER, 2013). Haveria uma necessidade, colocada pelas práticas políticas de cunho humanista, de se ter uma identidade fixa acerca do sujeito a ser representado. Essa necessidade, de cunho normativo, tornaria rígidas e limitadas as possibilidades daqueles para quem as políticas são forjadas, em nome de uma suposta estabilidade política, tolhendo assim a potencialidade de se pensar sujeitos em constante transformação, em um devir permanente. Butler (2013) argumenta pela pluralidade já que, segundo ela

a desconstrução da identidade não é a desconstrução da política; ao invés disso, ela estabelece como políticos os próprios termos pelos quais a identidade é articulada. Esse tipo de crítica põe em questão a estrutura fundante em que o feminismo, como política de identidade, vem-se articulando. O paradoxo interno desse fundacionismo é que ele presume, fixa e restringe os próprios sujeitos que espera representar e libertar (BUTLER, 2013, p. 213).

A aposta da autora está ancorada em uma crítica da política “como um conjunto de práticas derivadas dos supostos interesses de sujeitos prontos” (BUTLER, 2013, p. 213), na compreensão de que se criem novas configurações políticas, mais criativas, vivas e plurais apesar de instáveis. A crítica de Butler (2013) acerca das políticas representacionais aponta para as normatizações existentes na categoria “mulher”, na tentativa de explicitar as pretensões da unificação de um conjunto heterogêneo de sujeitos em um conceito unificado.

Ainda que admita que há normatizações na categoria “mulheres” (no plural), penso que no cotidiano do MS, o plural possui efeitos que colocam em suspeição a existência de um sujeito estável. Os debates sobre as categorias mulher/mulheres podem ser úteis para as reflexões aqui propostas, na medida em que realizam intercâmbios de escala semelhantes aos operados pelas categorias especificidades/singularidades.

Proponho pensar as políticas de promoção da equidade como um jogo de efeito caleidoscópico. Essa metáfora pode apoiar o entendimento da “equidade” como a produção de uma “multiplicidade de imagens”. Como em um caleidoscópio, as peças ou pequenos fragmentos de vidro que se movimentam no interior do tubo seriam as “categorias sociais”. Quando movimentadas as peças, constroem-se ou

desconstroem-se diferentes combinações, que provocam efeitos visuais policromáticos.

Ainda que tenham escopos limitados, as políticas de equidade funcionam como um jogo caleidoscópico pela multiplicidade de efeitos que provocam. As combinações entre “categorias sociais” evocam cenários singulares em que é preciso pensar, quase como num caso a caso, as intervenções possíveis para cada subgrupo de usuários do sistema de saúde que emerge em diferentes situações. As políticas de promoção da equidade seriam estratégias traçadas com o esforço de abarcar cada um destes subgrupos, destas “formas específicas de identidade social e diferença”.

Um fato bastante curioso nas falas dos sujeitos privilegiados na pesquisa que abordaram o surgimento da SGP e Sgep foi a obliteração das políticas de saúde voltadas à população indígena como parte das políticas de promoção da equidade. Na cronologia da instituição de políticas de saúde voltadas para segmentos populacionais tidos como vulneráveis, as iniciativas políticas voltadas para a população indígena surgiram antes mesmo das políticas para a população negra, na década de 1990.⁵⁶ A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio ocorreu no contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, contando com a presença de um pequeno grupo de lideranças indígenas a propor um modelo de atendimento específico e diferenciado para atendê-los (ALVES, 2011; ALTINI et al., 2013).

Atribuo a não menção das populações indígenas pela composição bastante autônoma – e repleta de tensões – das ações de saúde indígena. Todos os avanços normativos foram marcados por “pressões” e manifestações das lideranças indígenas: desde a transferência da coordenação destas ações da Funai para o MS, passando pela instituição da Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, conhecida como “Lei Arouca”, que estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi), até a criação da Sesai, instituída pela Lei nº 12.314/2010 e regulamentada pelo Decreto nº 7.336/2010 (ALVES, 2011; ALTINI et al., 2013). Entremeada por debates que esbarram em temas polêmicos, como a dualidade tutela estatal *versus* vazio assistencial, a saúde indígena permanece como assunto distante das ações propostas para participação social e promoção da equidade.

⁵⁶ Refiro-me às políticas ancoradas no Ministério da Saúde, já que há registros de atendimentos de saúde prestados pelas equipes volantes de saúde (EVS) da Fundação Nacional do Índio (Funai), desde os anos 1967 (ALVES, 2011; ALTINI et al., 2013).

Outras “formas específicas de identidade social e diferença”, tais como geração, condição sorológica e condição psíquica, também foram obliteradas no debate do surgimento das políticas de promoção da equidade. Talvez isso se deva ao entendimento de que suas “auras emancipatórias” (MOTTA; OLIVEIRA, 2015, p. 4) ou as ontologias distintas de suas formas de mobilização social conduziram à outras estratégias de visibilidade e reconhecimento, igualmente distintas.

Após a instituição da SGP e sua transformação em Sgep,⁵⁷ o Dagep se constituiu enquanto departamento que gerenciaria as políticas de promoção da equidade a partir de 2011. Estas foram elaboradas e pactuadas na instância participativa do CNS, porém ainda careciam de apresentação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).⁵⁸

No MS, é corrente o entendimento de que todo e qualquer documento que se queira legitimar enquanto uma estratégia interfederativa para atenção à saúde deve ser apresentado na plenária da CIT, para avaliação pelo crivo dos secretários estaduais de saúde de todo o país, como aponta o sujeito x:

as portarias dessas políticas, tinham sido pra elaborar política, aí a política estava elaborada, mas não estava pactuada,⁵⁹ então a gente retoma a discussão de refazer as portarias para que pactuem[os] e implementem[os] a Política. E aí tem todo aquele período de abril de 2011 até dezembro, pra gente garantir isso, e a gente consegue, em diálogo com o DAI, né! Pra fazer a pactuação, diga-se de passagem, esse moço aí que chegou, era o diretor de Articulação Interfederativa, foi o departamento que apoiou, e acabava incidindo na CIT (Sujeito x, entrevista realizada em ago. 2016, grifo nosso).

⁵⁷ A Sgep foi criada pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Com a edição do Decreto nº 5.841/2006, a Sgep incorporou novas funções, como a educação popular em saúde, o monitoramento, a avaliação e a auditoria do SUS, somando-se às áreas de incentivo à participação social e de ouvidoria já existentes. O Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, alterou o Decreto nº 5.841. Em 2011 foi alterado o escopo da Sgep por meio da publicação do Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011.

⁵⁸ São foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no SUS. Para atender às recomendações da Lei nº 8.080/1990 e da Lei nº 8.142/1990, bem como a necessidade de articulação e coordenação entre os gestores governamentais do SUS, foi instituída por meio da Portaria nº 1.180, de 22 de julho de 1991, a Comissão Técnica em âmbito nacional, posteriormente denominada Comissão Intergestores Tripartite. O Plenário é coordenado de forma tripartite e presidido mediante condução conjunta pela Sgep/MS, presidências do Conass e do Conasems, como estabelecido na Portaria GM/MS nº 567, de 28 de março de 2011. Esta comissão reúne-se mensalmente para tomada de decisões por consenso, sendo formado paritariamente por 21 membros: sete representantes do MS, quais sejam os titulares das secretarias, sete representantes do Conass e sete do Conasems. Desde o Decreto nº 7.508/2011, houve a designação da atribuição das Comissões Intergestores pactuarem a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção a saúde (RAS).

⁵⁹ Segundo o sujeito x, tanto a Política de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas, quanto a Política Nacional de Saúde Integral LGBT sofreram “resistência à pactuação” na instância da CIT, provavelmente devido a tensões com os movimentos agrários e resistências morais aos debates do gênero e sexualidade.

Essa apresentação na CIT é chamada “pactuação”, pois o espaço da comissão tem caráter participativo e deliberativo. O “diálogo com o DAI” designa a articulação com o Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), que também pertence à Sgep e contém a Secretaria Técnica da Tripartite, que “incide na CIT” por se propor a fortalecer o diálogo interfederativo com os gestores do SUS. O diretor do DAI (“esse moço aí que chegou”), à época, era o fisioterapeuta André Bonifácio de Carvalho, que assumiu a direção do departamento entre 2011 e 2014, período crucial para pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT na instância da CIT. Entre 2007 e 2011, havia sido diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS na antiga SGP, e desde 2005, desempenhava a função – diga-se de passagem, bastante estratégica – de coordenador da CIT.

Refiro-me à função de coordenador da CIT como “bastante estratégica” por se tratar da instância participativa que congrega os mais altos escalões da política de saúde brasileira. Função esta tão poderosa quanto delicada, uma vez que a não apresentação ao crivo da CIT de documentos que se desdobrem em ações em outros níveis interfederativos muitas vezes pode ser entendida como um erro de articulação, como expressão de não reconhecimento de legitimidade, e gerar retaliações sob a forma de boicote às ações propostas, quando apresentadas nas instâncias participativas locais.

Com as políticas de promoção da equidade elaboradas e pactuadas, o Dagep passou a concentrar suas ações em estratégias de ampliação do diálogo entre sociedade civil e Estado. Para implementação destas políticas, as equipes buscaram desenvolver dispositivos de articulação intra e intersetoriais para fortalecimento das práticas de gestão participativa.

A partir da gestão participativa e da incidência do movimento social no Dagep, em 2011, é iniciado na CIT o debate do chamado Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Tanto a Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011 (que institui a política no SUS), quanto a Resolução CIT nº 2, de 6 de dezembro de 2011 (que aprova o Plano) são assinadas durante a 14ª CNS.

Pela história de composição da SGP e Sgep, que contém o atual Dagep, foi possível identificar elementos que reforçam a ideia de que a “população LGBT” se desenvolveu de modo singular em sua relação com o Estado. Estes elementos perpassaram a evocação de “formas específicas de identidade social e diferença”

que permitiram, por meio da *gestão estratégica e participativa*, a construção das políticas de promoção da equidade.

No efeito caleidoscópico da singularização da diversidade e do intercruzamento entre inúmeras diferenças, as políticas de equidade proporcionaram também a inclusão de diferentes segmentos populacionais enunciados como vulneráveis na *agenda* de políticas governamentais de saúde.

Na relação entre políticas de equidade e *gestão estratégica e participativa*, observei a constituição de um modo de gestão que fomenta a produção de instrumentos que organizam processos de trabalho e, concomitantemente, enseja uma zona de produção de *demandas*. Como “zona de produção de *demandas*” designo um espaço-tempo em que funciona como “o lugar do reconhecimento, do acolhimento, da escuta da participação social”, nos termos do sujeito x.

Explorei, até aqui, as pistas documentais e políticas que colaboraram para a constituição de uma “saúde LGBT”. Sustento a ideia de que diferentes âmbitos produzem e reconfiguram a ideia de uma “saúde LGBT”, em que se encontra implícita a noção de LGBT enquanto uma população e a noção de uma necessidade e uma “saúde” típica desta população, fato que justificaria a existência de uma política voltada especialmente para ela. Na sequência, invisto na dimensão acadêmico-científica como mais um dos âmbitos a fortalecer a ideia de uma “saúde LGBT”. Usada muitas vezes sob o argumento de autoridade das evidências, esta dimensão fortalece o escopo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT com um caráter pretensamente irrefutável e que cria a noção de um “corpo LGBT” passível de intervenções em saúde.

3 CORPOS VULNERÁVEIS E SABERES QUE “CONTAM” PARA UMA “SAÚDE LGBT”

Denominei, na introdução desta tese, como “frentes estratégicas” as bases que considere relevantes para reunião de dados sobre “saúde LGBT”. Nestas frentes, encontrei não apenas registros, mas dispositivos de consecução da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no MS.

Esses dispositivos consistiram em documentos, eventos e reuniões que abordavam a temática da “saúde LGBT”. É possível afirmar que colaboraram e colaboram para o delineamento de um conjunto populacional consistente para o Poder Executivo, de modo que se possa edificar e garantir a existência de uma política de saúde específica – embora de ações muito imprecisas – implantada pelo Estado.

Partindo do caráter “impreciso” atribuído a tal política, reafirmo o valor das evidências em saúde no processo de conversão de aspectos sociais relevantes em aspectos médicos relevantes. Isso pode ser considerado parte do advento da “medicalização das identidades LGBT” (EPSTEIN, 2003, p. 131), como sinalizei previamente, mas essa chave explicativa carece de ancoragem prática. Isto é, se o universo da busca por evidências contribui com a consolidação de uma “saúde LGBT”, quais são os argumentos que estes modos inclusivos de planejamento do cuidado em saúde utilizaram para cristalizar um “corpo LGBT” passível de adoecimento e reconhecido no âmbito político?

Torna-se importante explicitar que não intenciono, nestas análises, reiterar um “corpo LGBT” susceptível a partir do que denominei como modos inclusivos de planejamento do cuidado em saúde. Também não intenciono recusar os argumentos em torno de possíveis processos de saúde-doença envolvendo o “corpo LGBT”. Busco aqui entender os argumentos que compõem o universo semântico da “saúde LGBT” e que ganham contornos institucionais sob a forma de uma política de saúde.

Com base nos itinerários de pesquisa já realizados, a ênfase desta seção repousa na identificação de argumentos de autoridade que legitimam estratégias de patologização do sofrimento ou “medicalização das identidades LGBT” (EPSTEIN, 2003, p. 131), com especial atenção às formas de classificação das identidades

sexuais e identidades de gênero em normais ou patológicas.¹ Outrossim, é importante lembrar aqui que orientação sexual e identidade de gênero não devem ser considerados como marcadores sociais únicos, pois necessariamente se articulam com outros atributos identitários que fazem parte do “jogo de efeito caleidoscópico” proposto pelas políticas de promoção da equidade.

Um exemplo de uma combinação bastante conhecida e, de certa maneira, evocada no MS é o arranjo entre os atributos de orientação sexual, raça/cor e classe social para compreensão dos DSS vinculados à saúde dos homens que fazem sexo com homens. No caso das vulnerabilidades estabelecidas em relação à contaminação por HIV, Parker e Camargo Jr. (2000, p. 95) apontam que

[...] estudos sugerem que homens que fazem sexo com homens estão presentes em todas as sociedades e que opressões múltiplas – incluindo-se a pobreza, o racismo, a desigualdade de gênero e a homofobia – interagem de forma sistemática, fazendo com que tais homens fiquem em situação de acentuada vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Assim como apontado por tais autores, os argumentos de estudos científicos colaboram para o entendimento dos atributos identitários que podem acentuar a vulnerabilidade dos sujeitos. No MS, a instância do Comitê Técnico de Saúde da População LGBT é a que mais fortemente evoca acepções provenientes da pesquisa científica, o que reforça o papel da ciência no processo de “medicalização das identidades LGBT” e o papel do Comitê na legitimação das evidências.

A ideia de “opressões múltiplas [que] interagem de forma sistemática” (PARKER; CAMARGO JR., 2000, p. 95) está relacionada à discussão das interseccionalidades, apresentada previamente. No entanto, mais do que informar sobre os diferentes marcadores, a citação sinaliza o valor da dimensão acadêmico/científica na sugestão de se refletir sobre as interações entre aspectos sociológicos e os aspectos “biofisiológicos” nos processos de saúde-doença. Acredito que os “estudos” colaboram não somente para constituição do “paradigma biopolítico da inclusão e da diferença” em particular, mas para a constituição de “paradigmas biopolíticos” em um plano mais geral, que extrapolam o âmbito da “saúde LGBT” e espraiam por entre outras políticas sociais.

Lançar luz sobre os DSS que compõem um “corpo LGBT” que adocece, a partir de suas “formas específicas de identidade social e diferença”, significa lançar luz

¹ Aqui me inspiro nas ideias de Silva & Delduque (2015) acerca dos processos de medicalização do uso de drogas e a atuação no Poder Legislativo na questão.

sobre distintos tipos de corpo – corpos femininos, corpos masculinos, corpos transgêneros – que expressam diferenças comensuráveis em relação aos termos biomédicos.

Essa comensurabilidade das diferenças abarca as categorias sociais que encontram nas formas de classificação médicas seus fundamentos mais cabais. Ao mesmo tempo, é importante destacar que a “medicalização das identidades LGBT” opera pela plasticidade das margens do que pode ser enunciado ou não como um problema de saúde.

A instância que tematiza a “saúde LGBT” alicerçada pelo âmbito científico é a do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT. Proposto primeiramente no Programa Brasil Sem Homofobia (BSH),² a criação do Comitê constituiu uma das três ações relativas à saúde constantes do programa. O Comitê faz a gestão setorial da política social, já que é uma instância colegiada vinculada ao Poder Executivo.

As três ações relativas à saúde compunham o “Eixo VI – Direito à saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários” do BSH, e consistiam em apoiar “a produção e acesso ao conhecimento científico sobre saúde”; fortalecer a “formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento à população GLTB”; e compor o “Comitê Técnico ‘Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais’, do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a estruturação de uma Política Nacional de Saúde para essa população” (BRASIL, 2004b, p. 23-24).

Esse comitê foi concebido para focar prioritariamente as seguintes “agendas de trabalho” (BRASIL, 2004b, p. 23-24):

- i) atenção especial à saúde da mulher lésbica em todas as fases da vida; ii) atenção a homossexuais vítimas de violência, incluindo a violência sexual; iii) atenção a saúde dos homossexuais privados de liberdade; iv) promoção da saúde por meio de ações educativas voltadas a população GLTB, v) estabelecimento de parceria e participação de usuários GLTB e do movimento organizado na definição de políticas de saúde específicas para essa população; vi) discussão com vista na atualização dos protocolos relacionados às cirurgias de adequação sexual; vii) atenção à saúde mental da população [LGBT].

² O Programa Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual foi lançado em 2004 e previa 53 ações, distribuídas em onze áreas, sendo um eixo de ação diretamente voltada à área da saúde (VI – Direito à Saúde). Foi coordenado pela SDH/PR e passou a compor o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH 3). Embora possa ser entendido como de valor central no que diz respeito às ações políticas voltadas para a “população LGBT”, neste trabalho não foi explorado por não constituir uma ação exclusiva do setor Saúde e ser pouco mencionado pelos atores do MS.

Importante observar que, ainda em 2004, as “agendas de trabalho” vislumbradas como sendo prioritárias para a Política de Saúde LGBT já estavam sinalizadas e serviriam como mote, em alguma medida, dos debates empreendidos alguns anos depois. Prova disso foi a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da Política Nacional de Saúde da População GLTB, instituído em 2004.³

Bastante regular e razoavelmente atuante no que diz respeito à congregação de diferentes atores para negociações diversas em torno da “saúde LGBT”, o Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT foi regulamentado em 2011 e composto por 25 integrantes,⁴ distribuídos da seguinte forma:

- I - 2 (dois) representantes da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), prioritariamente das áreas de apoio à gestão participativa e de articulação interfederativa;
- II - 4 (quatro) representantes da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), prioritariamente das áreas relativas à saúde da mulher, saúde do homem, atenção básica e média e alta complexidade;
- III - 1 (um) representante da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), prioritariamente da área de ciência e tecnologia;
- IV - 1 (um) representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), prioritariamente da área de gestão da educação na saúde;
- V - 1 (um) representante da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), prioritariamente da área relativa às DST/AIDS e Hepatites Virais;
- VI - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- VII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS);
- VIII - 2 (dois) representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), prioritariamente do segmento LGBT;
- IX - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD-LGBT/SDH/PR), prioritariamente do segmento LGBT;
- X - 1 (um) representante da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR);
- XI - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR);

³ Instituído pela Portaria MS/GM nº 2.227, de 14 de outubro de 2004, o comitê possuía como atribuições: *i*) sistematizar proposta de Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais – GLTB, com vistas a garantir a equidade na atenção à saúde também para esses segmentos sociais; *ii*) promover a elaboração de propostas de atenção integral à saúde, de participação e de controle social voltadas para a população GLTB, de forma intersetorial e em consonância com o Plano Nacional de Saúde, para pactuação nos organismos intergestores do SUS; *iii*) incorporar, nas elaborações da política de saúde, subsídios técnico-políticos provenientes do movimento social e do campo da pesquisa, visando ampliar o conhecimento sobre a situação da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais; e *iv*) participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais.

⁴ Composição instituída pela Portaria MS/GM nº 2.837, de 1º de dezembro de 2011, e reiterada pela Portaria nº 598, de 21 de maio de 2015.

XII - 1 (um) representante da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR/PR);
XIII - 1 (um) representante do Fórum Nacional das Gestoras e Gestores Estaduais e Municipais das Políticas Públicas para a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (FONGES-LGBT); e
XIV - 7 (sete) representantes da sociedade civil de notório saber, com conhecimento e atuação na saúde de LGBT” (BRASIL, 2011b).

Além de reunir todos os membros do Grupo Intraministerial de Saúde LGBT (previstos dos itens I a V), o Comitê se mostrou um mecanismo que ensejava um diálogo ampliado, envolvendo representantes do Estado e do movimento social, além de acadêmicos e pesquisadores (previstos no item XIV). Compunha um conjunto maior de estratégias de promoção de equidade da Sgep, em que estavam inseridos outros comitês específicos voltados às populações negra e quilombola, do campo, da floresta e águas, população em situação de rua e povos ciganos (BRASIL, 2015a).

Cumpria com um papel de órgão colegiado consultivo, reunindo-se três vezes ao ano. Apresentava como objetivo promover políticas públicas de saúde para LGBT,

prezando pela universalidade do acesso e a *equidade da oferta de ações e serviços de saúde* nos campos da atenção à saúde integral, de promoção e vigilância em saúde, da educação permanente e educação popular, da informação e da pesquisa” (BRASIL, 2015a, grifo nosso).

Considerando tanto os objetivos enunciados no BSH quanto no regimento interno, o Comitê deveria funcionar como *locus* de discussão de estratégias de implementação ou operacionalização da Política de Saúde LGBT. Foi pensado para que se constituísse em um “espaço de articulação, debate e escuta de demandas de representações do movimento social LGBT, [...] para promover a inserção das especificidades de saúde dessa população nas políticas e ações do SUS” (BRASIL, 2015a, p. 9). A ideia de “operacionalização” designa as estratégias para “se colocar em prática” tudo o que está enunciado nas normativas e que se constitui, portanto, como direito dos usuários da saúde. Na prática, o comitê acabava por se constituir como um lugar de realização de toda a sorte de debates, negociações, disputas e sugestão de conteúdos para materiais do MS sobre as vulnerabilidades em torno do “corpo LGBT”.

Observei, em campo, que a construção discursiva de um “corpo LGBT vulnerável” passava por elaborações narrativas contendo, ao menos, dois aspectos geradores de perturbações: a doença e o sofrimento. Não desejo aqui reforçar o

“reducionismo fisicalista”⁵ que pode envolver a ideia de doença – embora inevitavelmente o faça –, mas, sim, apontar os argumentos de autoridade que afirmam a existência de processos disruptivos e de reflexos biológicos na “saúde da população LGBT”. Parto da ideia de sofrimento no sentido debatido por Duarte e Leal (1998), que implica no entendimento de impactos físicos e morais derivados das situações disruptivas – problemas de saúde – que acontecem com os sujeitos.

Entendo aqui que os corpos são expressões dos enunciados performativos, ou seja, expressões de linguagem. E o discurso, sendo performativo, reitera e transforma o próprio sentido dos corpos. Considerando que “há uma costura, ditada pelas normas, no sentido de que o corpo reflete o sexo, e o gênero só pode ser entendido, só adquire vida, quando referido a essa relação” (BENTO, 2006, p. 89), os enunciados performativos podem expressar os elementos concernentes ao *continuum* corpo-sexo-gênero.

Concretizar uma política de saúde voltada para a “população LGBT” é reiterar, pela linguagem, uma diversidade de corpos-sexos-gêneros e, por conseguinte, de orientações sexuais e identidades de gênero que carecem de atenção por parte do Estado. E há uma certa tradição, no pensamento da gestão e administração pública em saúde, de busca e sistematização de uma semiologia dos comportamentos danosos à saúde para se definir, em oposição, o conjunto de práticas saudáveis que restabelecem uma vida saudável. Este conjunto de práticas revelaria as possíveis ações a serem elencadas como objeto de investimento das políticas de saúde. Proveria sinais e sintomas que determinam um estado patológico, e que passaria a justificar a existência de uma política, sua “população-alvo” e suas ações.

É possível afirmar que o fomento de políticas voltadas para o enfrentamento do HIV/aids, sob o argumento da necessidade de desestigmatização, propulsionou uma série de transformações léxicas e lógicas no campo da saúde, como busquei explorar no capítulo 1. Do risco à vulnerabilidade, o universo semântico que nomeia sinais e sintomas em uma semiologia dos comportamentos gradativamente abarca novas categorias para expressar a *semiologia das vulnerabilidades*.⁶ São as evidências, as fontes de novos termos, com suficiente força de legitimação para

⁵ Duarte e Leal (1998, p. 13) afirmam que a noção de “doença” está repleta de “reducionismos fisicalistas” em virtude de nossas próprias representações do processo saúde-doença eivadas de compreensões herdadas por força de legitimação da instituição médica.

⁶ Utilizo aqui o termo “semiologia” no sentido biomédico, expressando o modo de se examinar um corpo para sistematizar sinais e sintomas de doenças e agravos.

garantir a sua incorporação enquanto categoria na *semiologia das vulnerabilidades*, enquanto base para a “conceituação da diferença como patologia” (EPSTEIN, 2007, p. 295, tradução nossa).⁷

Considerando o Comitê Técnico LGBT como espaço de legitimação das evidências científicas, para perscrutar a relação entre argumentos técnico-científicos e a constituição de uma “saúde LGBT”, proponho a observação de dois documentos sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT bastante evocados no âmbito do comitê, intercalados às falas de sujeitos privilegiados na pesquisa e ao material etnográfico. O primeiro se trata da publicação da política; e o segundo, do Relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT (cujas observações etnográficas foram abordadas no capítulo 2).

A escolha desses documentos justifica-se por serem as bases de referência do MS que abordam a “saúde LGBT” mais diretamente, ou seja, que mencionam quais problemas de saúde podem acometer a “população LGBT”, e fazem uma vinculação mais direta entre as ações políticas propostas pelo Poder Executivo e as questões de saúde pública acerca das quais essa população padece.

A realização dessa “etnografia de papéis” deu-se pelo poder simbólico sintetizado em tais documentos, considerados marcos importantes e bases de referência para atuação do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT. Isso significa que explorá-los implica em atentar para as “sutilezas” da narrativa técnico-administrativa neles contidas. Não acredito que haja um “real mais real” (VIANNA, 2002, p. 86),⁸ que resida no plano documental ou no plano das interações etnográficas. São sempre “verdades parciais” (CLIFFORD, 2011) que, por seu caráter de parcialidade, são também verdades possíveis, a equalizar as “múltiplas subjetividades e constrangimentos políticos” (CLIFFORD, 2011, p. 21) envolvidos na arteficialidade do trabalho do pesquisador.⁹

⁷ Do inglês: “*difference as pathology*”. O autor propõe tal expressão para designar as noções de diferença biomédicas (“*biomedical notions of difference*”) que são evocadas por diferentes sujeitos para legitimar seus pleitos em relação às instituições biomédicas.

⁸ Ao explicar como realizou sua etnografia, a autora utiliza a expressão “real mais real” para reforçar que não há primazia entre o trabalho com registros – como é o caso dela, que abarca processos judiciais – e o “trabalho de campo”. Considero a expressão bastante interessante por não reforçar a oposição real-ficcional, mas explorar a ideia de um *continuum* de verdades.

⁹ A partir da convicção na crise das práticas de representação interculturais, dada pelo processo de descolonização pela emergência das teorias culturais dos anos 1960 e 1970, Clifford utiliza a expressão “verdades parciais” para colocar em questão o estatuto de “verdade” dos procedimentos pelos quais grupos humanos podem ser representados.

Esse processo remete aos fenômenos de “fixação de vozes no papel” e de produção de “pessoas de papel” (VIANNA, 2014, p. 45) e, ao mesmo tempo, remete ao ato de performar em uma situação social. Papel aqui assume um duplo sentido: um *locus* de registro e um desempenho de ação em um determinado espaço-tempo. Creio que papéis e pessoas são actantes¹⁰ de um processo complexo que produzem acepções sociais e “verdades” possíveis, buriladas pela textualização por meio de minha autoridade etnográfica aqui estabelecida.

Nesse sentido, a próxima seção tem por objetivo problematizar algumas questões acerca da patologização da “população LGBT”, a fim de provocar a reflexão sobre a possibilidade de se elucidar (através de políticas e programas de saúde) meios objetivos de acesso e atenção integral à saúde de um conjunto bastante heterogêneo de sujeitos compreendidos enquanto uma “população”.

3.1 “O papel nas pessoas”: as necessidades de saúde enunciadas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT

O documento intitulado *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* foi publicado em 2012, pela equipe do Dagep e alguns colaboradores do DDAHV e de instituições de ensino. Seu objetivo foi o de consolidar normativos e dados para se constituir o que chama de uma “Política LGBT”.

Desde seu princípio, explicita o compromisso dessa política com a equidade e com o enfrentamento de iniquidades e desigualdades em saúde. Dessa forma, reconhece os “efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT” (BRASIL, 2012b, p. 8). Assume, portanto, a cabal relação entre “saúde LGBT” e a expressão de múltiplas violências.

Ao pautar a violência como problema central no adoecimento da “população LGBT”, o documento sinaliza diferentes relações entre a saúde desta população e a ação política. Em cadeia lógica distinta da comumente utilizada no MS, que, mesmo assumindo o ser humano como “biopsicossocial”, costuma vincular o problema de saúde à causalidade biológica e algoritmos de tratamento, o documento apresenta

¹⁰ Actante é um termo que Bruno Latour empresta da semiótica para designar elementos humanos e não humanos que agem sobre a realidade social.

as ideias de “violência – sofrimento – direito – participação política” como sequência-chave para compreensão e contenção “terapêutica” do adoecimento de LGBT.

Considero, como a primeira iniciativa do MS para fortalecer tal cadeia lógica, a constituição do Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, formado para apoiar a construção e consolidação de uma “saúde LGBT”. No entanto, a iniciativa empreendida e reconhecida¹¹ pelo setor Saúde foi a publicação da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009,¹² que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da Saúde. Busco destacar a distinção entre o que considero enquanto pesquisadora como primeira iniciativa e o que os atores do campo consideram como tal, entendendo que esta distinção se fundamenta no fato de que os atores tendem a reconhecer como iniciativas legítimas aquelas que se desenvolveram após a instituição da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, em 2011.

Esse normativo aborda a “saúde LGBT” por abarcar aspectos concernentes diretamente à esta *agenda*:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, *orientação sexual, identidade de gênero*, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, de patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I – identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado pelo número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas” (BRASIL, 2009, grifo nosso).

Apesar dessa portaria não se referir explicitamente às causas de adoecimento, é possível compreendê-la como fundamento inicial para o argumento acerca da orientação sexual e identidade de gênero como fatores que podem causar adoecimentos. Provavelmente pelo entendimento implícito de que “desrespeito e preconceito” geram adoecimento, esse normativo ajudou a viabilizar gradativamente a ideia de uma “saúde LGBT”, performada por atores que

¹¹ O reconhecimento da portaria do “nome social” como primeira iniciativa a avançar no contexto da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pode ser observado em um ensaio recente, publicado por formuladores de políticas do MS (SOUTO et al., 2016).

¹² Essa portaria consistiu na atualização da Portaria GM/MS nº 675, de 31 de março de 2006, que já mencionava explicitamente o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero a todos os usuários do SUS, sem citar, porém, a expressão “nome social”, referido como “nome pelo qual [o usuário] prefere ser chamado” (BRASIL, 2006b).

defendem a *agenda* de “saúde LGBT” no MS, sob a insígnia do direito ao acesso e a humanização do cuidado em saúde.

Caminhando no sentido do fortalecimento da violência como problema central na lógica dos DSS que influenciam nos processos saúde-doença da “população LGBT”, o documento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT aponta a orientação sexual e a identidade de gênero como características causadoras de susceptibilidade, “arrematando” as proposições colocadas nas normativas do “nome social”.

No documento da política, a relação entre orientação sexual, identidade de gênero e vulnerabilidade é diretamente afirmada: “A condição de LGBT incorre em hábitos corporais ou mesmo práticas sexuais que podem guardar alguma relação com o grau de vulnerabilidade destas pessoas”, bem como em experiências de “profundo sofrimento [...] decorrentes da discriminação e preconceito” (BRASIL, 2012b, p. 16).

Na citação mencionada, chama a atenção a formulação imprecisa sobre o grau de vulnerabilidade (“alguma”), a revelar incerteza ou possibilidade e, na mesma oração, a expressão de um dado cabal (“profundo sofrimento”) sobre os processos de discriminação e preconceito. Tal trecho abre precedentes para a compreensão de que a vulnerabilidade da “população LGBT” pode ser imprecisa – e eventualmente questionável – mas seu sofrimento, não. Pela cadeia lógica “LGBT-discriminação/preconceito-vulnerabilidade” se trava, no plano discursivo, as conexões entre sexualidade, violência e sofrimento, demarcando a “condição” LGBT como dotada de diferentes necessidades de saúde.

Na política também se pode observar a vinculação entre violência e direito. Esta se daria por meio do entendimento do papel de cada cidadão no enfrentamento da discriminação experimentada no cotidiano social, que implicaria em “promover a democracia social, a laicidade do Estado e, ao mesmo tempo, ampliar a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa do direito à saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental da saúde” (BRASIL, 2012b, p. 8).

Ao realizar essa vinculação, a Política de Saúde LGBT evoca, pela ideia de “democracia social”, a centralidade da Constituição Federal de 1988 na configuração dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, e pauta o direito à saúde e os direitos

sexuais¹³ como cruciais para o estabelecimento de uma *agenda* que abarque a “população LGBT”.

No âmbito da saúde, os direitos sexuais são fundamentos de políticas específicas, mas com “pretensões” universalistas – de Saúde das Mulheres, de Juventude, de Saúde dos Homens –, que dificilmente os abordam desatrelados dos direitos reprodutivos, apesar do esforço sempre anunciado em considerar essas duas dimensões independentes. Em campo foi bastante recorrente a afirmação da universalidade do direito à saúde por parte dos sujeitos e, em contraste, a evocação de noções como a de equidade, que parecia funcionar como recurso para a focalização de políticas específicas, que tematizassem os direitos sexuais. Alguns dilemas entre generalidade e focalização serão abordados no capítulo 4, mas vale apreender que norteiam diferentes binômios que “rondam” a “saúde LGBT”, como universalidade-equidade, normatividade-diversidade e higidez-vulnerabilidade.

Ainda sobre a identificação de um problema central para alicerçar a “saúde LGBT”, o documento da política apresenta a relação entre os DSS e a “população LGBT”, na tentativa de legitimar a teia complexa que funda o adoecimento nesta população. E afirma que:

compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença (BRASIL, 2012b, p.13).

Nessa citação, é possível observar a reunião de fatores “biopsicossociais” (embora mais “psicossociais” que “bio”) que poderiam influenciar na “saúde da população LGBT” – mas não apenas nesta população, uma vez que o documento

¹³ Os direitos sexuais foram tematizados a partir da IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz, mais conhecida como “Conferência de Beijing”, realizada na China, em 1995 (ABRAMOVAY, 1995; CORREA, 2002). O evento produziu notórios avanços na agenda dos direitos humanos das mulheres, materializados em dois documentos de grande importância: a *Plataforma de Ação* e a *Declaração de Beijing*. Apesar dos inúmeros colchetes aplicados ao registro de todos os debates em torno de sexo e gênero na Plataforma, sinalizando as disputas e dissensos no que Correa chama de “*sex saga*” (CORREA, 2002, p. 3), a Conferência de Beijing consagrou internacionalmente os direitos sexuais ao apontar que as mulheres teriam “direito a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva” (Plataforma de Ação, parágrafo 96). Há vasta produção por meio da qual se pode perscrutar os significados de “direitos sexuais” (PETSCHESKY, 1999; VENTURA, 2003; VIANNA; LACERDA, 2004; RIOS, 2006; LEITE, 2014; CARRARA, 2015).

aponta que as dificuldades de “acesso à educação, saúde, lazer e cultura” afetam praticamente todos os segmentos populacionais (e não apenas os vulneráveis) brasileiros. É possível identificar o destaque de fatores particulares nos processos de adoecimento de LGBT, se olharmos as nomeações de diferentes manifestações de violência perpetradas à esta população (“lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia”). Interessante perceber que o documento trabalha com o termo “homofobia” como “guarda-chuva” para estas diferentes manifestações, expressão normalmente criticada no âmbito do movimento LGBT por abarcar exclusivamente ou quase apenas gays.

Para dar conta da complexidade da “saúde LGBT”, o documento sinaliza o valor de uma “escuta” das *demandas* do movimento LGBT: “a demanda dos movimentos organizados LGBT envolve reivindicações nas áreas dos direitos civis, políticos, sociais e humanos, o que exige atuação articulada e coordenada de todas as áreas do Poder Executivo” (BRASIL, 2012b, p. 10).

Considero que essa “escuta”, que se daria por meio de “atuação articulada e coordenada”, seria estratégica não somente por aproximar o movimento social do Estado, no sentido de uma neutralização das suas forças por espécie de “cooptação”, como também por nortear a própria ação dos agentes do Estado na construção de uma *agenda* governamental consistente. Tal neutralização se daria menos por uma relação agonística entre movimento social e Estado e mais por uma mistura entre diferentes atores mediada pelo Estado, já que a formulação da “Política LGBT” e especificamente deste documento “contou com participação de diversas lideranças, *técnicos* e pesquisadores e foi submetida à consulta pública antes de ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)”. (BRASIL, 2012b, p. 6). Mesmo com todo o caráter participativo, o crivo das instituições parece funcionar como forte baliza do que “fica ou sai” do texto da política.

Sobre o papel do CNS na constituição da “saúde LGBT”, a garantia de representação do segmento LGBT via assento no CNS também é defendida como promotora de debates “estratégico[s] e permanente[s] sobre a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na saúde” (BRASIL, 2012b, p. 11). Isso revela que uma parte do entendimento da importância de uma gestão participativa pode estar relacionado com o imperativo de manter um canal constante de debate

sobre orientação sexual e identidade de gênero no seio da instância permanente de máxima deliberação do SUS.

A participação política do movimento LGBT representaria o reconhecimento da complexidade da “saúde LGBT”, ensejando a articulação intrasetorial. Justamente esta complexidade teria exigido que

o movimento social buscasse amparo com outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde dando à Política um caráter transversal que engloba todas as áreas do Ministério da Saúde, como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado (BRASIL, 2012b, p. 6).

A ação do movimento social nas malhas do Estado teria certa explicação tautológica, na qual a complexidade das *demandas* justifica os amplos debates e, ao mesmo tempo, os amplos debates constroem a complexidade das *demandas*. Explicação esta semelhante às ocorridas no movimento de luta contra o HIV/aids, contexto em que foi possível observar que “mobilizações surtiram grande efeito sanitário” (BRASIL, 2012b, p. 9). A ideia de “mobilizações [que] surtiram grande efeito sanitário” explicita a relação lógica estabelecida entre o engajamento de atores da sociedade civil e a sistematização de problemas de saúde que confirmam valor a uma *agenda* de políticas de saúde.

Importante lembrar que o relatório da 13ª CNS (abordado no primeiro capítulo desta tese) destaca um detalhe que distingue as mobilizações do movimento LGBT e as mobilizações do movimento de luta contra o HIV/aids: as primeiras teriam reivindicado não apenas a orientação sexual (e conseqüentemente as “práticas sexuais”) como parte da determinação social da saúde, mas também a identidade de gênero.

Além disso, o relatório e o documento da Política de Saúde LGBT destacam também o pleito, por vezes controverso, pelo reconhecimento de orientação sexual e identidade de gênero nos documentos (formulários, prontuários, sistemas de informação e protocolos) do SUS. Este pleito subsidia de forma consistente as ações em torno da “saúde LGBT” no MS.

Destarte, as informações apresentadas até aqui esboçam a chave “violência – sofrimento – saúde – direito – participação social”. Como parte dos objetivos específicos da Política de Saúde LGBT, são elencadas ações que cruzam as dimensões do cuidado, da educação e da gestão em saúde, o que reforça uma

preocupação envolvendo a ordem biológica e a ordem social dos problemas de “saúde da população LGBT”.

Verifica-se a menção de “prevenção de cânceres ginecológicos entre mulheres lésbicas e bissexuais” e “atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais” (BRASIL, 2012b, p. 20), ao mesmo tempo que se menciona a necessidade de se “fortalecer a participação de representações da “população LGBT” nos Conselhos e Conferências de Saúde” (BRASIL, 2012b, p. 21) e de se “incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2012b, p. 22).

Assim, é possível afirmar que as ações da Política de Saúde LGBT são fundadas em um misto de cuidado, participação e gestão em saúde.¹⁴ Estas fundações funcionam como bases que orientam o plano operativo quadrienal – uma espécie de conjunto de orientações para operacionalização no período completo de uma gestão – da Política de Saúde LGBT. Também findam por forjar um modelo singular de política de saúde, com reflexos consistentes no cotidiano dos *técnicos* do MS, além de inúmeros desafios na legitimação das ações políticas voltadas à “saúde LGBT”.

3.2 “As pessoas no papel”: as *demandas* delineadas no I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT

O I Seminário Nacional de Saúde LGBT foi acompanhado como atividade de campo de valor central para o desenvolvimento de minha pesquisa e a descrição etnográfica do evento foi abordada no segundo capítulo desta tese.

O objetivo de retomar os registros escritos do evento nesta seção se dá fundamentado pela compreensão de que “as pessoas no papel” são vozes que ecoam por meio de uma narrativa, mas não apenas. Vale lembrar, como

¹⁴ Uma expressão prática desta afirmação pode ser vista nas últimas publicações em torno da “saúde LGBT” realizadas pelo Dagep, que versam sobre saúde, direitos e participação social. Para ver as cartilhas na íntegra, acessar: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/publicacoes-e-downloads>>.

previamente discutido no capítulo 1, que papéis são “artefatos etnográficos” de muito peso e pouca materialidade no contexto do MS.

O relatório foi publicado cerca de dois anos após a realização do evento. Tal hiato entre o seminário e a publicação de seu registro se deve, em parte, pela burocratização dos processos de editoração no MS. Na edição, revisão, elaboração do projeto gráfico, diagramação e publicação de um documento, há inúmeras mãos e procedimentos administrativos que tomam tempo e regulam conteúdos.

O *gap* para publicação também se deve aos ajustes e tarefas divididas entre a equipe organizadora do evento (no caso, do Dagep) e os relatores, que costumeiramente são outros *técnicos* do MS ou, em menor medida, representantes do movimento social que eventualmente se voluntariam.

O seminário foi inteiramente dedicado à discussão de questões de saúde concernentes à “população LGBT” e de formas de participação e controle social por parte do movimento LGBT em relação ao direito à saúde desta população. Os objetivos específicos¹⁵ do I Seminário Nacional de Saúde LGBT consistiriam em:

produzir informações para usuários e usuárias do SUS, gestores e gestoras do SUS e profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, visando à efetividade de ampliação de acesso, equidade, integralidade da atenção à saúde de LGBT nos serviços de saúde; propiciar espaço de troca de experiências e saberes sobre participação social, controle social, educação popular em saúde, políticas de promoção da equidade e gestão entre os(as) presentes; estimular a implantação de espaços colegiados com participação social para o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos estados (BRASIL, 2015b, p.13, grifo nosso).

Na tentativa de me concentrar nos objetivos destacados na citação acima, que considero uma síntese dos esforços empreendidos no contexto do evento e da própria política, nesta seção pretendo lançar luz às memórias das mesas-redondas e rodas de conversa que tematizavam, de modo mais estrito, a saúde. As rodas de conversa foram realizadas sob a forma de grupos para discussão da saúde de homens *gays* e bissexuais, de mulheres lésbicas e bissexuais e de pessoas trans. Apesar de ter me dedicado a apenas um dos grupos – fui relatora do grupo sobre Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais – estive em contato com a produção e os

¹⁵ Segundo o relatório do evento, o objetivo principal seria “avaliar o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no SUS, verificar seus avanços, dificuldades, desafios e elaborar estratégias e ações para consolidar sua efetiva implementação” (BRASIL, 2015b, p.12).

participantes dos demais grupos, o que proporcionou um olhar mais alargado das discussões que haviam empreendido.

Na esteira das preocupações centrais do seminário, residia implícito um compromisso de praticamente todos os participantes *técnicos* com a definição de uma *agenda* para a “população LGBT” no MS. Nesse sentido, havia um esforço perceptível em extrapolar o potencial de troca de experiências do evento, para garantir a sistematização de estratégias e proposições de ações para sustentar a Política de Saúde LGBT no seio do Estado.

Não obstante, essa sistematização deveria subsidiar atividades concretas, já que é corrente a ideia entre atores governamentais e ativistas de que “papel aceita tudo” (MELLO et al., 2011, p. 17).¹⁶ Em função disso, o seminário foi um espaço pensado para que todos estes atores se debruçassem sobre as ações desenvolvidas, de modo a fazer da Política de Saúde LGBT uma “realidade concreta e não apenas diretrizes impressas nas cartilhas” (BRASIL, 2015b, p. 30).

Como problemas de saúde primordiais que afetam a “população LGBT”, foram destacados no seminário a violência – tema em voga à época devido às alterações na ficha de notificação de violências do SUS –¹⁷ e as questões concernentes à saúde sexual de lésbicas, gays e transexuais. Outros agravos, como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ou uso de álcool e outras drogas, foram mencionados de modo geral sem vinculação à *agenda* da Política de Saúde LGBT.

Encontra-se frequentemente mencionado um “modismo” no uso das expressões “redes de atenção”, “linhas de cuidado” e “pontos de atenção à saúde”. Tal “modismo” estaria “por trás de todas as ações discutidas, não apenas de forma conceitual, mas em função do financiamento” (BRASIL, 2015b, p. 46), conforme define a própria publicação do I Seminário. A ideia das redes de atenção como um arranjo organizativo de ações, serviços e financiamento em saúde será abordada no capítulo 4. Importa aqui compreender que há a reiteração contínua – e não pouco

¹⁶ Com base em entrevistas com gestores e ativistas, Mello et al. (2011) mencionam a expressão que “papel aceita tudo” para expressar dificuldade de se efetivar as propostas governamentais voltadas para a população LGBT. Essa expressão é relativamente comum entre gestores dos níveis municipais e estaduais, já que a competência de formulação de políticas do âmbito federal pesa mais e se faz sentir mais nestes níveis.

¹⁷ As alterações na ficha compreenderam: inclusão do campo para registro do nome social, identidade de gênero e de orientação sexual da pessoa atendida. Houve a inclusão também da motivação de violência e da opção de “homo/lesbo/transfobia” como uma das motivações possíveis da violência.

polêmica – de que “no SUS não existirá uma rede para população específica porque a rede é única” (BRASIL, 2015b, p. 50).¹⁸

Envolvendo a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, a ideia de invisibilidade como produtora de vulnerabilidade impera no entendimento dos problemas mais comuns, na voz dos representantes do movimento LGBT. Tal ideia guarda relação com a própria constituição de um argumento para protagonismo entre as mulheres lésbicas para atuação no contexto político (ALMEIDA, 2005; 2009). Segundo Almeida (2009), a ideia de invisibilidade constituiria um dos discursos presentes no entendimento da homossexualidade feminina por parte da categoria médica, assimilado por outros atores sociais.

Da parte dos gestores e profissionais de saúde presentes no I Seminário, houve vocalização de opiniões diferentes. Foi reiterado o risco das mulheres lésbicas e bissexuais como crítica à presunção de potencial de transmissibilidade das práticas sexuais femininas e à própria ideia de “categoria de exposição”, corrente em epidemiologia. Este consistiu em um “discurso alternativo” (ALMEIDA, 2009), que emerge

em oposição a um discurso ginecológico majoritário, para o qual o “corpo lésbico” não é visível. O que denominei de “alternativo” é formado por *um conjunto de assertivas que conferem inteligibilidade à infecção das mulheres que se definem como lésbicas por DST e aids*, à luz e de forma minimamente coerente com o “discurso competente” da ginecologia e da epidemiologia (ALMEIDA, 2009, p. 306, grifo nosso).

Assim, parte da constituição deste “discurso alternativo”, segundo o autor, dependeria da formação de “um conjunto de assertivas que conferem inteligibilidade à infecção das mulheres que se definem como lésbicas por DST e aids” (ALMEIDA, 2009, p. 306). Este “conjunto de assertivas” nada mais é do que a produção de dados epidemiológicos, evidências que subsidiam os argumentos de autoridade necessários na constituição de algo como “problema de saúde”.

O trânsito entre as fronteiras das convicções e das evidências pareceu borrar-se nas diferentes participações observadas no evento. Uma das falas de um profissional de saúde de referência no tema “Saúde das Mulheres Lésbicas”, que apresento a seguir, expressou tal borramento:

¹⁸ Esta frase foi incluída no relatório do I Seminário na fala do coordenador, à época, da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade. Porém, era sempre reforçada em diferentes espaços de discussão da “Política de Saúde LGBT”, por *técnicos* e gestores do Dagep.

A prevalência tanto de DST quanto do HIV em mulheres que fazem sexo com mulheres é sempre desconhecida porque não há um denominador para fazer esse cálculo. Existe uma crença entre lésbicas e profissionais de saúde da não existência de vulnerabilidade para o HIV/aids (BRASIL, 2015b, p. 98).

Por meio dessa fala, é possível observar claramente o trânsito entre a lógica epidemiológica (“denominador para fazer esse cálculo”) e a subjetividade do entendimento (“crença da não existência”) que permeiam as práticas sociais e em saúde quando se trata da população de lésbicas e bissexuais. Em um escopo mais alargado, pensando os demais sujeitos englobados na sigla LGBT, tais entendimentos valem de maneira homóloga para a população de gays, bissexuais e homens que fazem sexo com homens.

Embora não se restrinja apenas às mulheres que fazem sexo com mulheres, há um fato particularmente interessante que segue a ideia da visibilidade como a medida do risco e reside na discussão das IST mais comuns entre mulheres. Um dos profissionais de saúde presentes na mesa sobre “Saúde das Lésbicas e Mulheres Bissexuais” expressou tal ideia ao falar sobre determinada IST:

Há prevalência mais elevada de algumas DST [entre mulheres que fazem sexo com mulheres], até porque não há a prevenção. Pode-se citar, por exemplo, a vaginose bacteriana, que não é uma DST (ainda que existam trabalhos mostrando que entre mulheres a vaginose bacteriana deve ser considerada uma DST porque há uma secreção) e considerada um desequilíbrio da flora hormonal (BRASIL, 2015b, p. 101).

O profissional inicia sua fala sobre IST mais comuns entre mulheres com um caso que não é pacificamente considerado uma IST, o que por si só já é bastante curioso, por seu efeito performativo no público. Para além deste detalhe, chamou-me a atenção a vaginose bacteriana ser comentada como uma possível doença já que a *Gardnerella vaginalis*, bactéria que provoca a vaginose, é sabidamente típica da microbiota vaginal. Segundo o profissional, o caráter patológico derivaria da presença de uma “secreção”, ou seja, de algo da ordem do visível. O fato da vaginose provocar desconfortos, como odor desagradável pós-coito, não foi mencionado como aquilo que orienta a caracterização do que é patológico pelo profissional de saúde.

A menção sobre vaginose revelou-se uma metáfora para compreender a visibilidade como medida do risco, como significado literal do potencial poluidor e como evidência dos corpos que “contam”. Além disso, também pode-se pensar que reiterou, por oposição, a invisibilidade e naturalização do feminino.

Para sugerir a vulnerabilidade das mulheres lésbicas e bissexuais, no âmbito do já comentado “discurso alternativo”, foram mencionadas as polêmicas incidências de IST – sífilis, gonorreia, clamídia, tricomoníase, vaginose bacteriana e HPV – bem como associações entre tais IST e a transmissão do HIV. Sobre o HPV, houve grande debate em torno das rotinas ginecológicas, sob a afirmação de que tais rotinas “não devem diferir do preconizado para mulheres heterossexuais” (BRASIL, 2015b, p. 104). As exposições giraram em torno, então, de acolhimento humanizado para atendimento ao que concerne à saúde sexual deste público.

Sob uma mirada política, os momentos descritos acima consistiram na manifestação de “diferentes expressões de vulnerabilidades da saúde das lésbicas” (ALMEIDA, 2009, p. 306), uma forma de escrutinar “a saúde como o mais poderoso passaporte para a organização e a visibilidade das lésbicas na arena de definição de políticas públicas” (ALMEIDA, 2009, p. 301). Refletiram um rol de doenças produzidas por pessoas e papéis que misturam “crença e materialidade” (TEIXEIRA; LIMA, 2010) e que forjam realidades por seu poder performativo. Registram um esforço de aproximação entre movimento de lésbicas e bissexuais e os atores governamentais que conduzem a Política de Saúde LGBT, favorecido provavelmente pelo espaço concedido e pelo caráter participativo das relações travadas entre Dagep e movimentos sociais.

No âmbito da saúde dos homens *gays* e transexuais, o “fantasma das IST” ainda era considerado tema relevante para pensar ações voltadas à “população LGBT”. Chamadas de populações de “risco acrescido” (BRASIL, 2015b, p. 63), ambas as populações foram destacadas como sendo “populações-chave” (BRASIL, 2015b, p. 66) para ações no campo da vigilância em saúde, encampadas pelo DDAHV em compartilhamento com Dagep e SDH. As “populações-chave” consistem na nomenclatura adotada pelo DDAHV para “populações que estão sob risco acrescido de HIV, que estão mais vulneráveis, mais expostas”.¹⁹ E, de acordo com pronunciamento do diretor do DDAHV no seminário, “isso envolve *gays*, homens que fazem sexo com homens e transexuais, com certeza” (BRASIL, 2015b, p. 66).

¹⁹ Esse entendimento foi reforçado por uma vivência de campo, quando tive a oportunidade de participar do Grupo de Trabalho (GT) para discussão da Linha de Cuidado sobre Atenção à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva no SUS, coordenada pelo Dapes/SAS/MS. Um dos técnicos do DDAHV, participante do GT, explicou que, o que na SAS era chamado de *segmentos populacionais vulneráveis* (entre outras expressões), na SVS era chamado de “população-chave”, nomenclatura adotada por diferentes organismos internacionais ligados ao enfrentamento das IST/Aids e extrema pobreza.

Os agravos que foram considerados epidemiologicamente prioritários foram sífilis, HIV e HPV. As respostas políticas para tais agravos consistiram, respectivamente, no incentivo ao uso de penicilina entre profissionais médicos e de enfermagem, na adoção das práticas de tratamento e testagem como prevenção e uso do *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas*²⁰ para manejo da infecção pelo HIV em adultos, além do estímulo ao uso do preservativo e imunização da população jovem.

Vale informar que a ênfase discursiva em torno do “fantasma das IST” não estava isenta de opiniões divergentes. Em uma das mesas-redondas do seminário, o Coordenador Nacional de Saúde do Homem apontou, por exemplo, a contradição da ênfase política nas IST como problema central da população masculina, enquanto as estatísticas apontariam a maior mortalidade entre homens (independente da orientação sexual e identidade de gênero) por “problemas cardiovasculares, pulmonares e violência” (BRASIL, 2015b, p. 83). Segundo ele, este seria mais um argumento para se “superar a ideia de que o homem é o que se define heterossexual e desconstruir a associação entre homens gays, bissexuais, transexuais e travestis e DST/aids” (BRASIL, 2015b, p.83).

Sobre as opiniões divergentes em torno da “saúde LGBT” e dados de morbimortalidade, tais disjunções podem ser atribuídas às distinções de objetos de trabalho entre coordenações e departamentos, que acarretariam referenciais igualmente distintos na orientação das análises dos problemas mais significativos para a gestão.²¹ Também podem ser atribuídas à desagregação entre as unidades do MS, diferenças orçamentárias e financeiras, dificuldades no estabelecimento de canais de comunicação e frágil articulação intrassetorial.

No que diz respeito à saúde de transexuais e travestis,²² embora tenha acontecido a abordagem da experiência dos Centros de Referência dos Direitos

²⁰ Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) são elaborados desde 2002 pela SCTIE/MS e têm o objetivo de estabelecer critérios de diagnóstico de cada doença e o respectivo algoritmo de tratamento com base em evidências científicas. Desde 2014, outras publicações denominadas de protocolos foram produzidas também no MS, mas em outras secretarias, fato que gerou uma série de tensões e disputas internas em função do relativo prestígio que a SCTIE já gozava pela publicação do material.

²¹ Quando menciono “referenciais na orientação das análises dos problemas mais significativos”, faço alusão aos saberes que pesam na eleição dos corpos que “contam”, abordados no capítulo 1.

²² Mais informações sobre transexualidade e travestilidade na saúde podem ser encontradas na publicação elaborada após o Seminário de Transexualidade e Travestilidade na Saúde (BRASIL, 2015c).

LGBT²³ como uma das iniciativas de acolhimento destas “populações”, destaque foi dado aos ambulatorios que realizam atendimentos voltados para o processo transexualizador, provavelmente porque as primeiras iniciativas citadas foram propulsionadas pela SDH e as últimas, fomentadas pelo MS.

Ainda que as políticas de prevenção voltadas para *gays* sejam mais antigas, o segmento populacional de transexuais é o mais proeminente no âmbito da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Desde 1997, há registros de serviços organizados para atender pessoas transexuais no SUS (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; ALMEIDA; MURTA, 2013) e, pouco mais de dez anos depois, surgiram um conjunto de atos normativos no MS que viabilizaram iniciativas específicas voltadas a esta população.²⁴

A primeira delas foi a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008,²⁵ que institui o processo transexualizador no SUS e que, em muitos momentos, emblematizava a “saúde LGBT”. Embora considerada uma conquista, tal portaria foi criticada por sua parcialidade, uma vez que não incluía em seu escopo o atendimento à população de travestis e de homens transexuais. Esta só foi contemplada finalmente cinco anos depois, através da Portaria nº 2.803/2013 (BRASIL, 2013d).

Importante destacar que o âmbito normativo que regulamenta o processo transexualizador no Brasil é visto por alguns autores como parte do projeto democrático da Constituição de 1988, investido de parâmetros éticos de participação social sobre a produção do cuidado e no horizonte dos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade do SUS (LIONÇO, 2009; MELLO et al., 2011). Lionço (2009, p. 44) ainda aponta que tais parâmetros visam conferir “ênfase na garantia da autonomia e no enfrentamento dos agravos decorrentes de processos discriminatórios” como parte desse investimento ético, que aqui creio funcionar como uma espécie de amálgama, uma superfície de contato que vincula as ações da Política de Saúde LGBT nas bases do cuidado, participação e gestão em saúde.

²³ A experiência foi apresentada pela gerente-executiva dos Direitos Sexuais e LGBT da Paraíba, durante a mesa sobre “Saúde Trans”.

²⁴ Importante mencionar que me detenho aos atos normativos por parte do Poder Executivo, já que houve iniciativa do Conselho Federal de Medicina (CFM) efetivada através da publicação da Resolução CFM nº 1.482, de 10 de setembro de 1997, e, após, revogada pela Resolução nº 1.652, de 2 de dezembro de 2002 (e complementada pela Resolução nº 1.955, de 3 de setembro de 2010), anterior às iniciativas governamentais.

²⁵ Regulamentada pela Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008.

3.3 Sobre papéis e pessoas: a consolidação de uma *demand*a de “saúde LGBT” e a busca por uma *semiologia das vulnerabilidades*

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT ou Política LGBT, como é denominada em sua publicação, reafirma “o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade” (BRASIL, 2015c, p. 8), para lembrar o direito à saúde de todos os cidadãos. Essa estratégia reinscreve os sujeitos LGBT em um conjunto maior de “cidadãos brasileiros” e visa sustentar, no plano dos direitos, a legitimidade de uma política para esta população. Porém, no intuito de não se diluir neste amplo conjunto, lança mão do princípio da equidade para justificar a execução da Política LGBT.

A equidade tem como lastro a discussão orientada para um “caminho em y”, ou seja, que possui uma bifurcação: para um lado, a ampliação do acesso a serviços e, para outro, a qualidade das ações de cuidado em saúde. Cada um destes distintos caminhos fomenta e produz, num movimento contínuo, argumentos para fortalecer a realização da Política de Saúde LGBT.

A sedimentação de saberes que “contam” para uma “saúde LGBT” demandou conhecimentos oriundos de diferentes campos disciplinares. Da epidemiologia à antropologia, foi transversal a preocupação de especialistas de diferentes instituições na sistematização de dados para corroborar possibilidades de adoecimento relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero. Em um universo no qual a doença se constrói por provas e convicções, como se constitui o universo de formulação das políticas de saúde, a discussão das margens “porosas” entre o que é discricionário e o arbitrário, e o que não o é participa da *semiologia das vulnerabilidades*.

A permeabilidade do universo de formulação das políticas de saúde aos saberes socioantropológicos pode ser atribuída à inclusão de mulheres, população negra e indígena como sujeitos “diferenciados” no escopo das ações de saúde. Sob a insígnia da saúde como direito constitucional e da participação política como princípio do SUS, esta permeabilidade aproximou as dimensões política e acadêmico-científica na malha institucional. Nas discussões sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, alavancadas pela epidemia de HIV/aids desde a década de

1980, a sexualidade foi englobada no entendimento de saúde e passou a compor os “marcadores diacríticos da experiência social” (DUARTE, 1998, p. 18). Importante lembrar, como destaca Aguião (2014), em alusão à Facchini e França (2009), que houve transformações nos modos de realizar políticas públicas no Brasil, progressivamente mais orientado para as bases doutrinárias ocidentais dos direitos humanos. Tais transformações valem também para as políticas que tematizam a diversidade sexual e de gênero.

A sexualidade e, mais particularmente, a orientação sexual e identidade de gênero não são temas inéditos no âmbito das ciências sociais e humanas. Autores relevantes investiram em formulações teóricas que discutem as (des)articulações entre sexo e gênero, seja na tentativa de enfatizar os aspectos derivados do domínio cultural que impõem categorias sociais sobre os corpos sexuados (SCOTT, 1990), seja no esforço de partir da dualidade sexo/gênero nos corpos para investigar discursos sobre psiques distintas entre os dois sexos diferentes e opostos (LAQUEUR, 2001).

Entre diferentes definições do que venham a ser sexo e gênero, avultou no âmbito das ciências da saúde a ênfase na “certeza” sobre o corpo como *locus* organizador do conhecimento e da produção de certezas, para subjazer as tentativas de compreensão de uma possível “saúde LGBT”. Foi na categoria englobante de corpo que se pensaram os processos saúde-doença da “população LGBT” e da qual se partiu para o entendimento dos “marcadores diacríticos da experiência social” (DUARTE, 1998, p. 18). Há, nesta categoria, atributos e substancialidades implícitas.

É também em torno da categoria de corpo que alguns teóricos no contexto nacional e internacional problematizam o imperativo de materialidade voltado a um corpo “vulnerável” LGBT (ALMEIDA, 2009; ALMEIDA; MURTA, 2013; ARÁN, 2009; EPSTEIN, 2003; LIONÇO, 2009; MASON, 2001). No que se refere à Política Nacional de Saúde Integral LGBT, chama atenção o fato de haver um gradiente de importância envolvendo o público-alvo da política, que cresce quanto maior a materialidade do mal observado sobre o corpo. A materialidade estaria diretamente relacionada com as especificidades do corpo em questão.²⁶

²⁶ Sobre a ideia de “especificidades” e impactos no cotidiano dos serviços, Aguião (2014, p. 180) afirmou que o poder das especificidades reside muito mais no plano discursivo do que em termos de uma ação prática, podendo “se transmutar apenas em categorias discursivas”. Pensando de forma

No documento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, é possível observar esse gradiente de importância manifestado no ensejo de discussões que envolvem os DSS e sexualidade, contando com o suporte de diferentes autores nacionais para alicerçar os argumentos em torno da política. Por exemplo, o tópico 3 do documento da política, intitulado “Orientação sexual e identidade de gênero na determinação social de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)”, aponta a necessidade de se reconhecer que diferentes fatores colaboram “na determinação social de sofrimento e de doença” (BRASIL, 2012b, p. 14) de LGBT. Além de deixar implícito, neste trecho, a distinção entre sofrimento e doença – bastante discutida em um campo teórico, o campo dos estudos da antropologia médica –,²⁷ no tópico é possível observar o esforço em construir argumentos “respeitáveis” pela menção de autores como Benedetti (2005), Peres (2008) e Arán (2009).²⁸ Considero o tópico como o único dedicado à provar a vulnerabilidade de um “corpo LGBT”.

Os argumentos cientificamente “respeitáveis” que provam a vulnerabilidade do “corpo LGBT” ancoram-se nas discussões sobre a integralidade em saúde, como é possível observar no trecho abaixo:

A partir da ampliação da perspectiva da integralidade da atenção à saúde dessa população, reconhece-se que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores de vulnerabilidade para a saúde. Tal reconhecimento deve-se não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social, que violam seus direitos humanos, entre os quais, o direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2015b, p. 9).

A vulnerabilidade do “corpo LGBT” consistiria, por um lado, em reconhecer aspectos relativos à identidade de gênero e orientação sexual, explicitada na citação como “práticas sexuais e sociais específicas” (BRASIL, 2015b, p. 9). Por outro lado,

complementar e, talvez um pouco diferente da posição da autora, no setor saúde, entendo que a ação prática só pode refletir em uma especificidade se esta se provar tangível ou suficiente sobre o corpo.

²⁷ O conhecido artigo de Eisenberg (1977) sintetiza essa discussão, por meio da análise dos sentidos possíveis das categorias *illness*, *disease* e *sickness*. Sobre as diferentes formas de se remeter ao sofrimento psíquico, há uma interessante revisão crítica elaborada por Duarte (1993) dedicada à análise da produção norte-americana que tematiza o fenômeno dos *nervos* e, nesta produção, o autor perpassa a discussão das diferentes nomeações utilizadas para definir doenças mentais.

²⁸ Os autores foram mencionados respectivamente: para argumentar a favor da exclusão social como promotora de doenças entre travestis (BENEDETTI, 2005), do acometimento das travestis por males psicossociais (PERES, 2008) e das relações entre transexualidade e violência autoinflingida (ARÁN, 2009).

consistiria em reconhecer também “os processos discriminatórios e de exclusão social” (BRASIL, 2015b, p. 9) relacionados aos aspectos de ordem psicossocial.

Sobre o sentido do termo “exclusão” utilizado no documento, creio que há consonância com o sentido lembrado por Almeida e Murta (2013, p. 388), que apontam o termo como significante de um processo que “envolve múltiplas situações e não só o caráter econômico da pobreza”. Isso implica tomá-lo não apenas como sinônimo de pobreza para evitar uma “visão reducionista do processo de exclusão social” (ALMEIDA; MURTA, 2013, p. 388), mas como a tradução dos processos discriminatórios e parte da produção ética e cultural de uma sociedade.

A ideia de reconhecimento da *orientação sexual e identidade de gênero* como fatores de vulnerabilidade para a saúde revela que o valor para identificação das vulnerabilidades específicas da “população LGBT” está relacionado sumariamente a agravos decorrentes do estigma e de práticas sociais de violação dos direitos humanos. Isso favorece o entendimento naturalizado de que “travestis e transexuais sempre estiveram na ponta de lança dos preconceitos e das discriminações existentes no Brasil”,²⁹ devido à noção compartilhada de que os padrões sociais brasileiros obedecem à “heteronormatividade”,³⁰ e podem ser alvos mais afetados. Neste sentido, como afirmam Almeida e Murta (2013), é sabido que “tais pessoas são alijadas frequentemente de patamares mínimos de cidadania” (ALMEIDA; MURTA, 2013, p. 396).

Dessa forma, na explícita conexão lógica entre cidadania, promoção da equidade e vulnerabilidade, os grupos de travestis e transexuais conquistaram atenção por parte de *técnicos* e gestores do MS, seja pela factibilidade dos argumentos e consensos produzidos para levar a cabo as políticas de saúde, seja pelas necessidades destas populações e o “conjunto de instituições sociais [que] é posto em ação” (BENTO, 2011, p.549-550) para atendimento destas necessidades.

O reconhecimento da *dúplice vulnerabilidade* determinada pela orientação sexual e identidade de gênero não convencionais, compõe o que previamente chamei de *enunciação da precariedade* e é constantemente observado pelos *técnicos* do MS. Estes o fazem muitas vezes como forma estratégica de garantir o

²⁹ Esta afirmação foi feita por um membro da equipe do DDAHV durante a Reunião do GT Intraministerial de Saúde Integral LGBT, realizada em 28 de julho de 2016.

³⁰ Por heteronormatividade, Michael Warner (1993) propõe que se entenda aquilo que é tomado como padrão ou norma em relação à sexualidade e ao gênero. Funcionaria como uma denominação para o dispositivo da sexualidade que pretende organizar vidas a partir de um modelo identitário supostamente coerente, o heterossexual.

compartilhamento da pauta LGBT entre diferentes áreas e, ao mesmo tempo, buscar a abordagem dos LGBT em conjunto. Porém, o reconhecimento desta vulnerabilidade passa pelo corpo e os males que se abatem sobre o corpo.

Observemos uma das falas de uma técnica do Dagep sobre as dificuldades de serem propostas ações para a Política de Saúde LGBT:

A gente estava agora, por exemplo, fazendo uma coisa bem reflexiva mesmo... uma cartilha sobre saúde de *gays*, bissexuais e seus direitos e participação social. Aí tinha um integrante novo na nossa equipe, e ele falou assim: “mas *qual é a principal demanda para a saúde de gays?*” e a gente ficou um pouco perdido assim... porque não tem! *A saúde gay tá muito voltada a DST/aids*, a pauta de saúde de *gays* ainda tá nisso... a gente não conseguiu falar né, como da lésbica também não conseguimos, *é aquela coisa reflexiva*, é o acolhimento, aquela coisa do acesso ao serviço (Sujeito b, entrevista realizada em fev. 2016, grifo nosso).

É possível inferir que é parte da *agenda* política da “saúde LGBT” a superação da relação entre saúde dos homens *gays* e IST/aids. Esta inferência encontra consonância com minhas vivências em campo, uma vez que era sempre atravessada por afirmações convictas como “os [homens] *gays* são a primeira população em termos de incidência de HIV/aids” ou “a saúde LGBT é um campo abstrato de política, porque não há problema de saúde LGBT”. Entendendo que o reduto implícito nestas afirmações era o corpo, um território de confluência entre problemas e políticas de saúde, por muitas vezes me perguntava então o que caracterizaria esse “corpo LGBT”, as características tão necessárias nos discursos dos *técnicos* do MS.

Com as sucessivas exposições em campo, observei que o tal “corpo LGBT” se configurava como um corpo legítimo, um *composée* no qual se materializavam direitos e diferenças comensuráveis. Ainda que ações como a elaboração de cartilhas sejam relevantes, constituem materiais bastante “reflexivos” – caráter atribuído possivelmente a tudo o que extrapola o âmbito de proposições de ações de cuidado em saúde – e que não dão conta de objetivar uma “*demanda para a saúde de gays*”. Em um plano mais amplo, também não apoiam a formulação de uma *demanda* relativa à “saúde LGBT” para além da abordagem de aspectos relativos às atividades de prevenção e saúde sexual. Além disso, o “reflexivo” também dá a entender que se refere a um conjunto de medidas relativas ao “acolhimento”, ou seja, um conjunto de medidas cujo “público-alvo” seria o próprio sistema de saúde e não “usuários” ou LGBT.

Além da equiparação entre “saúde LGBT” e saúde sexual, a composição de uma noção de “saúde LGBT” também enfrenta os dilemas entre a segmentação das populações englobadas na sigla LGBT e a diluição das especificidades no conjunto. Sobre estes dilemas, um dos *técnicos* entrevistados comentou que

[...] colocar essa coisa da *saúde LGBT*, que é a *saúde do que não é hetero* no fim das contas, acaba colocando tudo no mesmo bolo, tudo do mesmo jeito, como se as *demandas* fossem minimamente parecidas (Sujeito y, entrevista realizada em mar. 2016, grifo nosso).

Esse *técnico* compara a “saúde LGBT” com a “saúde do que não é hetero”, fazendo referência ao valor central da orientação sexual neste conjunto. Também ironiza com um dos efeitos discursivos da “saúde LGBT”, que é o de abarcar muitas *demandas* distintas. É possível que estes efeitos sejam produto da própria colocação em evidência do princípio da equidade, já que necessidades de saúde diferenciadas – entre lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais – implicam *demandas* por ações governamentais também diferenciadas (MELLO et al., 2011). Este efeito está ancorado na lógica da equidade como um “caminho em y” para pensar a saúde da “população LGBT”.

Mas, se a elaboração de *demandas* passa pela consolidação de algumas pautas para provar o “corpo vulnerável LGBT”, quais seriam estas pautas na “saúde LGBT”? Em outras palavras, quais seriam os males nesta *semiologia das vulnerabilidades* a provar susceptível o “corpo LGBT”?

Entendo que, no universo semântico dos *técnicos* do MS que lidam com a Política de Saúde LGBT, a *semiologia das vulnerabilidades* para esta população se baseia em um *continuum* de substancialização que transita entre o que é mais e menos concreto, mais e menos subjetivo. Nesta lógica, o que é mais concreto guarda relação com o que igualmente é mais visível e tende a aparecer quando emergem oportunamente conhecimentos e engajamentos no âmbito do MS, sob a forma de *demandas*:

trabalhar essa integralidade, ela fica um pouco é... como se fala... não tem uma *demanda* muito clara assim, sabe? [...] existe essa coisa de uma falta de *demanda* clara e também a falta de uma questão mais propositiva [...] trabalhar DST assim, prevenção era o que mais se discutia assim, até se falar “olha, qual é a pauta de saúde dos *gays*?” Daí seria o combate ao preconceito e à discriminação, à homofobia, nesse âmbito mais geral que tá discutido em todo, em todas as letrinhas (Sujeito b, entrevista realizada em fev. 2016).

Em sua fala, o sujeito b demarca o peso que os discursos de prevenção exercem na definição de uma “saúde LGBT” e menciona os esforços que os *técnicos* têm feito na reflexão sobre problemas que abarquem “todas as letrinhas” para garantir a força da *agenda* no MS e a reunião de esforços em torno disso. A recusa da pauta da prevenção não seria por estigma ou por se tratar de tema dominado pelo DDAHV, mas, sim, porque, embora substancial, não privilegia a agregação dos sujeitos englobados pela sigla “LGBT”. Finda por favorecer objetivamente a visibilidade de alguns sujeitos – no caso, *gays* e *travestis* – em função de sua alegada susceptibilidade na cadeia de transmissão do HIV.

Uma situação curiosa que emblematizou o dualismo objetivo/ subjetivo na discussão da “saúde LGBT” foi a que se desenrolou na Oficina de Atenção à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais,³¹ no momento de apresentação de um produto de consultoria sobre Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Segue um trecho registrado em meu diário de campo sobre a situação:

A programação da oficina previu a realização de um painel intitulado: “Painel IV – Focalizar especificidades para garantir a integralidade na atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais”. Este painel contou com a participação de um profissional médico relacionado a um serviço de prevenção em SP – que já trabalhara no DDAHV – e de uma profissional médica de uma universidade da região nordeste, contratada como consultora pelo DDAHV para elaborar um relatório sobre saúde das mulheres lésbicas e bissexuais.

Como produto da consultoria, estavam negociadas duas produções: uma revisão bibliográfica sobre atenção integral à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais e um documento para profissionais de saúde sobre atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Estas produções seriam apresentadas na Oficina mencionada, em dois momentos (sendo um deles, o Painel IV).

Ao apresentar o resultado de seu trabalho de pesquisa, a profissional e pesquisadora anunciou contente, ao final, que suas produções resultariam em um protocolo voltado para atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais que seria compartilhado publicamente. Palmas irromperam, calorosas. O encerramento de sua fala foi seguido de um breve bulício e logo a mediadora, que também era uma das organizadoras do evento, retomou o microfone para dar continuidade às atividades. Atenta aos ruídos, retificou: “não, não é protocolo, é documento referencial!”. E deu continuidade à programação. Logo agregou-se ao coletivo de organizadoras – onde eu estava, por ter topado colaborar com a relatoria do evento – e carpiu queixas, questionando: “não é mesmo protocolo, gente?!”

As organizadoras se debruçaram a discutir, em voz baixa, se o documento seria ou não um protocolo. E, embora uma das *técnicas* afirmasse que esse era o intuito inicial da consultoria, o produto findou por ser chamado de “documento referencial” já que estava “muito acadêmico ainda”. A ideia inicial era a de que fosse produzida uma espécie de “guia” voltado para a

³¹ Realizada nos dias 23 a 25 de abril de 2014, em Brasília/DF, organizada pela antiga Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) da Presidência da República. O compilado da oficina, do qual pude participar da revisão, está disponível em: <<https://goo.gl/pe9fTN>>.

saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, mas, para isso, precisaria contar com uma linguagem diferenciada, que fosse adequado a profissionais de saúde, contudo pudesse ser lido por usuárias do SUS. Como eu já tinha trabalhado com protocolos, lembrei ao grupo que, para se configurarem como protocolos, deveriam ter um rigor metodológico, baseado em evidências que comprovassem o perfil epidemiológico desta população. Todas se entreolharam e, por um instante, silenciaram. Na falta de conhecimento sobre a existência de evidências, o assunto foi encerrado como estava naquele momento e o nome “documento referencial” foi mantido, de modo que se transmitisse uma “neutralidade sobre seu conteúdo” até que o impasse fosse resolvido (Registro realizado em diário de campo, em abr. 2014).

Após o evento, encaminhei meus registros de relatoria para o coletivo de organizadoras e não tive mais notícias sobre a situação do “produto”. Meses depois, encontrei na reunião do Comitê Técnico de Saúde LGBT com uma das *técnicas* que participou da organização da oficina e perguntei sobre o andamento da publicação da consultoria.

Ela exclamou, sob a forma de um desabafo, que este assunto estava em discussão há muito tempo e que, pela falta de consenso sobre o documento ser ou não de conteúdo mais teórico, havia uma divergência entre dois dos departamentos envolvidos na elaboração. Um deles, acreditava que precisava ter um caráter mais prático, mais objetivo e propositivo, voltado para o cuidado à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais. No entanto, faltavam evidências que subsidiassem o cuidado em saúde específico para este segmento populacional. O outro, acreditava que era preciso apenas ter uma publicação que tematizasse esta população, que fosse representativa, de modo que problematizasse questões pertinentes a este público-alvo (como vicissitudes no acesso ao SUS, por exemplo). Diante deste dilema, a publicação do produto foi postergada para que as áreas técnicas do MS pudessem discuti-lo mais e burilá-lo até alcançar um formato que melhor significasse o objetivo do produto.³²

Dessa situação, pude apreender que a *enunciação da precariedade* para o contorno da ideia de vulnerabilidade atrelada a uma determinada população passa por diferentes dinâmicas de visibilidade dos males que a acometem. Para isso, é preciso que se tenha um conjunto de evidências mais ou menos consistentes a fim de que se possa *provar objetivamente* que aqueles são corpos que “contam”. Sob a pena de não ser considerado “propositivo”, ou seja, ter um caráter “filosófico e abstrato”, de menor valor no campo da saúde pública.

³² Até o final do ano de 2016, não obtive notícias sobre a publicação do “documento referencial”.

Ainda que se reconheça que a visibilidade das questões de “saúde da população LGBT” se deu a partir da década de 1980, “quando o MS adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/aids em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos gays” (BRASIL, 2012b, p. 6), há uma necessidade explícita, por parte da equipe do Dagep e de vários *técnicos* do MS, de superar o “resquício de trabalhar DSTs”.³³ Isso significa que o reconhecimento da complexidade da “saúde LGBT” passa pela ampliação do conjunto de suas *demandas* em saúde, conferindo à política um caráter transversal que engloba e fomenta a articulação de todas as áreas do MS, como as relacionadas à participação social, vigilância em saúde e atenção à saúde.

Para sair do terreno “arenoso” da integralidade e equidade, a defesa do direito à saúde é conectada a defesa dos direitos sexuais e é neste interstício que a participação social é inserida, com a finalidade de definir “*demandas* claras”³⁴ para orientar a Política LGBT.

É importante destacar que a ideia de entendimento de uma “*demanda* da população LGBT” tem valor central para os trabalhos no Dagep e no MS. Como me disse uma das *técnicas* do departamento durante o trabalho de campo, o Dagep “tem como objetivo fortalecer o movimento social e ao mesmo tempo, compor uma *demanda* clara e propositiva”. A noção de *demanda* extrapola a noção de necessidades, pois acresce na reivindicação por saúde um componente vivencial que parte do sujeito demandante – uma parte de usuários do SUS, no caso – e fortalece a sustentação de pautas nas *agendas* políticas.

A distinção entre *demanda* e necessidade pode ser produtiva na hipótese aqui explorada, que se baseia na aposta de que a “saúde LGBT” se constituiu como uma arena de encontros a traduzir *demanda* social e política em “cuidado em saúde”. Tomando o argumento do adoecimento pela exclusão social como “necessidade”, a “saúde LGBT” ganha lastro para se sustentar por meio do *background* da cidadania pela saúde (por ensejar espaços participativos), fomentada pelo processo de medicalização das identidades LGBT.

A *demanda* enquanto conceito está fundada nas bases teóricas das análises econômicas aplicadas ao planejamento em saúde (CAMPOS, O., 1989; IUNES,

³³ Esta afirmação foi realizada no contexto de um diálogo travado com uma *técnica* do Dagep, em que falávamos sobre a baixa tematização da saúde dos homens gays.

³⁴ Expressão que partiu de um *técnico* do Dagep, ao falarmos sobre as dificuldades de estabelecimento de um conjunto de *demandas* da “população LGBT”.

1995, LUZ, 2006). Na economia em saúde, seu sentido mais comum se orienta pela definição de que “a demanda por um bem ou serviço pode ser definida como a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em um determinado período de tempo” (IUNES, 1995, p. 99). Neste campo, toma-se como premissa que há diferentes determinantes da *demanda*, que consistiriam em fatores que afetam a medida do que se quer consumir.

Considerando a natureza de “bem público” da saúde no contexto brasileiro, os fatores que são relevantes para o entendimento da *demanda* em saúde são as coisas que se quer consumir em bens ou serviços e a qualidade destas.³⁵ Outros fatores que pesam na análise da economia em saúde, como o preço do bem ou serviço, não serão aqui explorados, já que a única ação de impacto orçamentário significativo no âmbito da “saúde LGBT” é o processo transexualizador.³⁶

Alguns autores do campo estabelecem que a distinção entre *demanda* e necessidade reside no fato de que a *demanda* consistiria no volume de bens e serviços que a comunidade está disposta a consumir, enquanto a necessidade seria o mesmo, porém pensando o plano individual (CAMPOS, O. 1989). Outros, entendem que a distinção reside no fato de que a *demanda* parte dos sujeitos e a necessidade é uma avaliação feita por um *expert* (IUNES, 1995).

Há, ainda, visões mais complexas que consideram a *demanda* como produto que se dá nas relações entre o Poder Público e o poder de outros atores políticos (como interesses de corporações médicas ou reivindicações da sociedade civil organizada), quase indistinta das necessidades (LUZ, 2006). Pinheiro (2001), ao comentar sobre as categorias cotidiano, *demanda* e oferta, menciona que há autores que travam a distinção da *demanda* em relação às necessidades afirmando que

a demanda nem sempre será a expressão de necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas daquilo de que precisam (males assintomáticos), pela desinformação sobre a existência da solução de seus problemas, sua indisponibilidade de pagar pelos serviços ou mesmo pela ausência de oferta dos serviços desejados (PINHEIRO, 2001, p. 71, grifo nosso).

³⁵ Na esteira das proposições de Luz (2006), apresento a noção de *demanda* a partir das bases da administração por entendê-las como centrais do cotidiano de análise das políticas sociais, realizada por *técnicos* e gestores no âmbito do MS. No entanto, busco problematizar o caráter construído da *demanda*, conforme referencial das ciências sociais, de modo a valorizar o caráter analítico da noção.

³⁶ Teço esta afirmação a partir da lógica de que, quanto maior o envolvimento de outros níveis de atenção em saúde (da básica à especializada), maior os custos dos procedimentos no SUS. Neste sentido, o processo transexualizador é um dos poucos atendimentos previstos no escopo da “saúde LGBT” que abarca a Atenção Especializada e, portanto, um dos poucos onerosos ao sistema.

A partir da ideia de que “a demanda nem sempre será a expressão de necessidade”, é possível observar que *demanda* e necessidade são núcleos de sentido estratégicos para se pensar a “saúde LGBT”. Isso porque todo processo de formulação de políticas ampara-se no levantamento das *demandas* socialmente construídas, bem como das necessidades identificadas pelos profissionais de saúde em determinadas populações. Os elementos constitutivos da *demanda* e das necessidades encontram-se relacionados a visões distintas entre formas de se obter a saúde e injúrias que causam doenças, porém o modelo explicativo para os problemas de saúde apresentados pela população é diferente dos modelos utilizados para elucidar as doenças por parte dos profissionais de saúde (PINHEIRO, 2001), oriundos dos saberes e conhecimentos biomédicos muitas vezes baseados nas “evidências científicas”.

Os modelos explicativos para saúde e doença provenientes dos saberes populares tendem a lançar mão de elementos de ordem social, enquanto os modelos estabelecidos na área da saúde elucidam as doenças por meio de conhecimentos das funções biológicas dos indivíduos, daí partindo para seu diagnóstico, terapêutica e prevenção. À clássica maneira descrita por Canguilhem (1978), a identificação do que é patológico tende a obedecer à interpretação das funções biológicas, orientada pela anatomofisiologia do corpo. Essa lógica semiológica interfere na identificação das *demandas* das populações.

As ações do Dagep encontram-se ancoradas no pressuposto da experiência dos representantes do movimento social como uma forma de protagonismo fulcral para o estabelecimento de iniciativas políticas coerentes com as necessidades desta população. Esta experiência, no contexto do estilo participativo de gestão proposto pelo Dagep, permitiria a institucionalização das *demandas* sociais e políticas da “população LGBT”.

No universo de provas e convicções do âmbito de formulação de políticas, a “evidência da experiência” (SCOTT, 1991, p. 780) agrega força de legitimação para a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e aproxima os *técnicos* dos diálogos nas esferas de controle social, ensejando assim a *gestão estratégica e participativa* realizada pelo referido departamento.

4 CUIDADO, CIDADANIA E A “PACTUAÇÃO DAS DIFERENÇAS”

Até aqui me dediquei a sistematizar e analisar os contornos conferidos ao “corpo LGBT”, nos diferentes planos em que a Política de Saúde LGBT é construída. Todos os planos têm em comum a afirmação de uma *demanda* clara, que consiste na possibilidade de sistematização dos problemas de “saúde LGBT” e se funda no entendimento de que a participação social seria fundamental, produtora de uma espécie de “porosidade da malha estatal” para a circulação de diversos atores e proporcionada sob a forma de *gestão estratégica e participativa*.

O “mito de origem” da atenção à “saúde da população LGBT” é remetido, nos planos de enunciação da Política de Saúde LGBT, às ações voltadas para o enfrentamento da epidemia da aids e, em menor medida, ao Programa Brasil sem Homofobia.¹ No entanto, tais iniciativas não teriam sido dotadas de perspectiva ampliada de integralidade, o que garantiria o reconhecimento da orientação sexual e identidade de gênero como fatores de vulnerabilidade para a saúde (BRASIL, 2015b, p. 9).

Essa “perspectiva ampliada” teria acontecido apenas a partir da criação do Comitê Técnico de Saúde da População GLBT, em 2004, por se constituir como “espaço de articulação, debate e escuta de *demandas* de representações do movimento social LGBT, envolvendo diversas áreas do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2015b, p. 9). A constituição do comitê demarcaria, então, o valor da participação na inclusão das especificidades de saúde desta população nas ações e políticas do SUS, ainda que seja instância de poder consultivo.²

Sobre a criação de comitês, importante ressaltar que

A estratégia de criação de comitês consultivos do Ministério da Saúde com temáticas específicas apresenta como característica comum a todos eles, a articulação de ações voltadas para promoção de *ações diferenciadas de saúde*, com o objetivo de reduzir as desigualdades de grupos em condições de exclusão social e iniquidade em saúde” (BRASIL, 2015b, p.10, grifo nosso).

¹ Faço tal afirmação sem, contudo, negar o que já foi previamente abordado sobre a tímida preponderância do Programa Brasil sem Homofobia no contexto em análise.

² Durante os eventos sobre “saúde LGBT”, era visível a hierarquia de valor entre os espaços de poder consultivo, como o comitê, e os espaços de poder deliberativo, como os conselhos de saúde. A ideia de poder decisório movimenta, sobremaneira, os coletivos de controle social sobre as políticas de saúde.

A promoção de “ações diferenciadas de saúde” poderia ser entendida como sinônimo de fomento de iniciativas preocupadas com a equidade, ou mesmo reconhecimento de necessidades distintas de saúde entre diferentes grupos populacionais. O comitê integrava um conjunto de estratégias de “promoção de equidade” e era coordenado pelo Dagep, que acompanhava outros comitês específicos (das populações negra e quilombola, do campo, da floresta e águas, em situação de rua e povos ciganos), com exceção dos povos indígenas e população em sofrimento psíquico.³

Para pensar o valor da *gestão estratégica e participativa* na consolidação de uma Política de Saúde LGBT, proponho dar continuidade ao “cotejamento polifônico”, marcado pela existência de muitos textos e vozes no texto da tese. Busquei então compreender os sentidos da *gestão estratégica e participativa*, que, na prática, garantiam a singularidade da Sgep e a legitimidade das *agendas* de trabalho voltadas para a equidade, incluindo a *agenda* de “saúde LGBT”.

Retomando algumas discussões do capítulo 2, a *gestão estratégica e participativa* foi formalmente lançada no contexto da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), com o objetivo de orientar as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão das políticas públicas de saúde nas respectivas esferas de gestão. No âmbito desta política, a *gestão estratégica e participativa* e o controle social, juntos, representavam um de seus componentes.⁴

A ParticipaSUS propunha a adoção de práticas e mecanismos inovadores que fomentassem a participação “popular”, por meio da ampliação de espaços para “o exercício do diálogo e da *pactuação das diferenças*, na perspectiva de construção de consensos, e, portanto, do fortalecimento de práticas participativas” (BRASIL, 2007, grifo nosso). O fortalecimento de práticas participativas seria sinônimo de construção de consensos, segundo o texto normativo, e tais consensos se realizariam por meio da “*pactuação das diferenças*”. Mas como operar a *pactuação* sobre elementos algo subjetivos como as “diferenças”?

Assim como houve a inclusão da diferença nos paradigmas de pesquisas biomédicas, propalada pelo campo de estudos sobre HIV/aids e movimento de luta

³ A composição do comitê foi discutida no capítulo 3 desta tese.

⁴ Os demais componentes consistiam em: Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Ouvidoria do SUS e Auditoria do SUS.

contra a epidemia, houve a promoção do “paradigma biopolítico da inclusão e da diferença” no horizonte político. E a possibilidade de “pactuação das diferenças” no contexto político brasileiro, como nas políticas de promoção da equidade, também é parte deste paradigma.

A “pactuação das diferenças” seria o componente inexorável para realização do delicado crivo sobre “quem mais precisa” e “quem requer menos cuidado”, necessário para priorização das ações em saúde. Porém, quando as diferenças são derivadas de variados processos históricos de desigualdade e sujeição, balizados por padrões que criam hierarquias, como eleger quem será priorizado?

Frente a esse e outros dilemas apontados ao longo desta tese, diferentes atores sociais que respondem por atividades relacionadas à *gestão estratégica e participativa* e que operam priorizações mostraram-se divididos entre os atributos necessários para proceder tal eleição. Observando especificamente os *técnicos*, atores focalizados nas análises aqui empreendidas, haveria características que extrapolam o acúmulo de conhecimento, e que facilitam a realização de ações prioritárias no escopo da Política de Saúde LGBT. Observemos algumas menções tecidas nas entrevistas acerca de características definidoras do trabalho dos técnicos:

É difícil achar gente que dê conta de coisas tão diferentes, não tem ninguém corajoso pra isso (Sujeito a).

Precisa achar alguém sensível que leve [a agenda] na área (Sujeito a).

Influencia muito na entrada e permanência na agenda da “saúde LGBT” você ser uma dessas pessoas [LGBT], que estão anunciando como vulneráveis dentro da política. Então assim, se eu sou objeto dessa política eu posso me beneficiar com ela, vou dar mais voz para ela no trabalho né? (Sujeito z).

Você tem que contar, pras coisas andarem, com pessoas que tem esse interesse, pessoal, que não é institucionalizado...(Sujeito Σ)

Tem algo de pessoal na condução dessa agenda, é meio aquela história assim: “fulana é lésbica, ela vai se dar muito bem nesse espaço, vai conseguir dar conta do recado, a gente tapa esse buraco, faz alguma coisa com a antropóloga, que não tem muito o que fazer com ela aqui né, e tá tudo certo” (Sujeito π).

O técnico, no fim das contas, ele veio fazer o trabalho de formiguinha sabe, aquela coisa de beija-flor apagando incêndio, e que se ele não fizer, ninguém vai fazer, então assim, se você não tem um técnico atuante, sensível, não vai pra frente (Sujeito √).

Características como a “coragem” e a “sensibilidade” para levar a agenda de “saúde LGBT”, remetem a uma iniciativa e disposição pessoal dos *técnicos* em

conduzir discussões em torno do gênero, sexualidade e saúde. A coragem provavelmente seria requerida por serem assuntos que mobilizam moralidades; e a sensibilidade, necessária para identificar as vulnerabilidades e os muitos marcadores sociais da diferença. Para ambas as virtudes, o fato de os *técnicos* terem orientações sexuais diversas também facilitaria o trânsito pelas pautas.

Interessante observar que os padrões de sensibilidade dos técnicos são vistos como mais “elásticos” em relação à constatação das vulnerabilidades.⁵ Isso se explicaria pelo olhar que extrapola a dimensão do risco ao considerar a “evidência da experiência” dada pela vivência cotidiana de sua própria sexualidade não normativa (SCOTT, 1991).

Apesar de mencionada por apenas um dos sujeitos entrevistados, a formação dos *técnicos* também pode ser justificativa para acompanhamento de pautas que tematizam as diferenças, mas quase sempre sob aspectos negativos. Ora porque não é tradição nas graduações em saúde a abordagem de temas por perspectivas que são consideradas alheias às ciências da saúde, ora porque não é comum nas instituições de saúde a presença de profissionais de formação na área de ciências sociais e humanas.

A ideia de “trabalho de formiguinha” acompanha as discussões sobre a exequibilidade da Política de Saúde LGBT e, conseqüentemente, da *gestão estratégica e participativa*. Não apenas devido às barreiras morais que cercam a eleição de dados relevantes para operar uma *semiologia das vulnerabilidades*, mas também por problemas na consecução de uma política descentralizada nas diferentes esferas de gestão.

A interposição de barreiras morais se dá, em larga medida, pela tradição universalizante dos direitos humanos frente aos sujeitos sociais concretos e diversos para os quais a política está voltada, que, na área da saúde, expressa-se nos dilemas entre universalidade e equidade. Já o truncamento da consecução da política deve-se à divisão de responsabilidades entre os níveis interfederativos e a dotação orçamentária, que conferem importâncias distintas entre as ações.

⁵ Em um texto sobre os sentidos sociais da violência sexual e a emergência da pedofilia, Lowenkron (2008) menciona a ideia de “mudança de padrões de sensibilidade”, proposta por Vigarello (1998), para refletir sobre o fato do aumento no número de queixas de violência sexual especialmente contra crianças no final do século XX. Inspirei-me nesta ideia para pensar o *técnico* como alguém com padrões de sensibilidade mais lábeis, por suas múltiplas inserções sociais.

Por entender que a compreensão das dificuldades de exequibilidade da Política de Saúde LGBT informa sobre os limites e desafios de realização de uma *gestão estratégica e participativa*, proponho algumas reflexões que colaboram para pensar o que orienta e movimenta este “trabalho de formiguinha” realizado pelos *técnicos*, na eleição dos corpos que “contam” para as iniciativas voltadas à “saúde LGBT”.

4.1 “Bater, pedir”: modos de performar a *gestão estratégica e participativa*

A naturalização do uso das ideias de *universalidade e equidade* entre trabalhadores no cotidiano do MS tende a obliterar a qualidade que carregam, enquanto valores, para a eleição e operação do trabalho em torno da “saúde LGBT”. Entre as muitas noções evocadas por estas ideias, para pensar a *gestão estratégica e participativa*, destaco a de *cidadania*, que pode ser útil por estar ancorada na equidade, *stricto sensu*, e na universalidade, *lato sensu*.

Tomo por cidadania aqui o sentido proposto por Duarte et al. (1993, p. 2), que a designa como “a qualidade dos sujeitos livres e iguais de cujo comum interesse e associação decorre teoricamente a realidade do Estado e da Nação”. Nesse sentido, a participação social seria um mecanismo de representação política para colocar o “ideal da cidadania” em prática, uma das formas possíveis de sua institucionalização.⁶

Por razões óbvias, não pretendo abrir espaço nesta tese para a complexa discussão sobre o caráter-histórico do liberalismo e do individualismo, ou mesmo sobre os modelos de cidadania promovidos pela modernidade (DUARTE et al., 1993; PEIRANO, 1986). Utilizo alguns referenciais da antropologia para compreender elementos em uma discussão mais localizada e aparentemente mais simples, que permita elucidar as relações entre a *gestão estratégica e participativa* e concepções de cidadania que sustentam certas formas de participação política.

Para isso, utilizo a ideia de “cidadanização”, proposta por Duarte et al. (1993) e atualizada por Carrara (2016), para compreender os processos que permitem

⁶ Em artigo que debate a problemática da cidadania popular brasileira, Duarte et al (1993) discutem os dilemas entre o confronto de uma cosmologia, o ideário racionalista, e uma experiência concreta específica, o engajamento político das classes populares através de projetos de promoção social.

“regimes de convivência entre cidadania e diferença” (DUARTE et al., 1993, p. 3) e garantem a existência concomitante entre o direito universal à saúde e o acesso diferenciado aos serviços de saúde. Acredito que, no âmbito das políticas de promoção da equidade, a “cidadanização” é um processo de produção de iniciativas que instaura regimes de convivência entre universalidade e equidade, produzindo discussões na lógica do “caminho em y”, citadas nesta tese.

No contexto mais particular de análise, que diz respeito à Política Nacional de Saúde Integral LGBT, a “cidadanização da homossexualidade”⁷ se daria pelo ensejo de espaços de participação social justificados e edificados pela *gestão estratégica e participativa*, considerando que um dos principais veículos da “cidadanização” consiste na possibilidade formal de acesso à experiência política. Mas a quem tal acesso seria concedido, considerando as limitações reais do Estado no provimento de serviços e, ao mesmo tempo, o imperativo de dimensionamento de necessidades para planejamento da própria ação do Estado?

Uma das pistas principais para perscrutar a concessão de acesso e, conseqüentemente as diferenças que pesam sob a ótica dos agentes do Estado, reside nos entendimentos dos *técnicos* sobre a distinção entre ações programáticas e ações estratégicas. Observemos a elaboração de uma *técnica* sobre o assunto, ao ser questionada sobre como havia conhecido as políticas de promoção da equidade e a Política de Saúde LGBT:

Tem outros recortes de diferenças que não estão nessas políticas... tem os indígenas que não fazem parte desse bojo de políticas, né, as pessoas com sofrimentos psíquicos, os loucos, que também não tão no bojo dessas políticas... estão nas *ações programáticas* (Sujeito π, entrevista realizada em fev. 2016, grifo nosso).

Para elucidar a forma como tomou contato com a Política de Saúde LGBT, a técnica referiu-se, quase como numa lógica matemática de intersecção de conjuntos, ao que não fazia parte “desse bojo de políticas”. Para destacar quais as diferenças que pesam nas políticas de promoção da equidade, ela mencionou as “ações programáticas” como o elemento de distinção entre quais populações caberiam no escopo destas políticas e quais as populações entrariam em outras políticas formuladas pelo MS. Ações programáticas são ações em saúde baseadas

⁷ Segundo Carrara (2016, p. 4), a cidadanização da homossexualidade ou “das sexualidades e expressões de gênero não normativas” dar-se-ia no terreno das articulações entre ciência e política, que se desenrolaram a partir dos anos 1960 nos países ocidentais, resultando “em um amplo projeto de incorporação social e política de certas categorias sociais marginalizadas”.

em tecnologias de base epidemiológica (NEMES, 2000), ou mais diretamente dizendo, intervenções “sobre problemas que têm importante expressão epidemiológica” (FREIRE, 2005, p. 35)

A *técnica* entrevistada não necessariamente fazia alusão à oposição “ações de vigilância em saúde X ações programáticas em saúde”,⁸ conhecida nas análises de organização social das práticas em saúde e que se refere, de forma mais geral, à oposição entre duas vertentes tradicionais do trabalho em saúde – epidemiologia e clínica (CAMPOS, 1994; MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY; FRANCO, 1998).⁹ Ela parecia referir-se ao organograma institucional, que distribui a responsabilidade pelas ações voltadas aos *segmentos populacionais vulneráveis* em diferentes departamentos.

No entanto, para além do entendimento no plano institucional das responsabilidades por determinados *segmentos populacionais vulneráveis*, a oposição ações programáticas *versus* ações estratégicas mostra-se interessante para pensar o tropismo dos *técnicos* do setor Saúde por ações cujas bases (políticas, científicas) estejam mais bem fundadas e sejam seguramente comprováveis. Esta oposição estaria emblematizada pela ideia de que há ações mais relevantes que outras na saúde. Também estaria sinalizada no próprio entendimento dos *técnicos* do que pode ser um pleito oportuno, ou seja, estratégico.

Sob a ideia de “ação propositiva” também é possível encontrar um sentido para as “ações estratégicas”. Um dos sujeitos privilegiados na pesquisa define “ação propositiva” como:

O ato de estruturar uma agenda, fazer uma ação conjunta, *se inserir onde a gente vê que poderiam* estar inseridos. [...] o movimento é fundamental porque eles é que vão *bater*, eles que vão *pedir* (Sujeito Σ , entrevista realizada em 27 fev. 2016, grifo nosso).

Realizar a *gestão estratégica e participativa* guardaria, então, uma relação direta com o potencial de incidência de determinados grupos nos espaços de controle

⁸ Tal oposição refere-se ao modo de organização das práticas em saúde, que divide as práticas em individuais (baseadas no conhecimento clínico) e coletivas (baseadas no conhecimento epidemiológico). Há, desde a década de 1980, uma longa discussão em saúde coletiva em torno desta divisão dual e a proposição de novos arranjos tecnológicos que permitam outras organizações das práticas em saúde baseadas em referenciais das ciências sociais e humanas (NEMES, 1993; NEMES, 2000; CAMPOS, 1994; MENDES-GONÇALVES, 1994; MERHY; FRANCO, 1998).

⁹ Ambos os referenciais afirmam que os processos de trabalho em saúde coletiva informam sobre os modelos de atenção, à medida que revelam as tecnologias adotadas nas práticas de saúde e, em larga medida, elucidam o tipo de assistência prestada: individual ou coletiva. O tipo de assistência estaria subordinado a ideologias e lógicas político-econômicas que repercutem no cuidado em saúde.

social – sendo o comitê, um deles – bem como com a habilidade de sistematizar ações que estruturam agendas. Um exemplo disso é a participação dos homens trans e a consolidação de agendas de franca visibilidade – como a do processo transexualizador – em relação aos demais grupos populacionais contidos na sigla LGBT.

Vale atentar para o fato de que as incidências precisam acompanhar o olhar do *técnico* (“se inserir onde a gente vê que poderiam”), que aponta, por sua “sensibilidade”, os momentos e lugares mais férteis de participação.

O fato de os *técnicos* compartilharem do entendimento de que seu olhar acaba sendo determinante sobre as incidências e participações nos coletivos, faz alguns compreenderem a *gestão estratégica e participativa* de maneira a colocar em questão os limites da participação na gestão:

É uma gestão estratégica mas não é participativa... não é uma participação na gestão de fato. É uma participação na construção da coisa, antes dela ser gerida, porque você pega o que é trazido e você absorve o que é interessante; o que não é, você deixa. Você chama tudo isso de gestão, mas na verdade você absorve o que você quer. Então eu acho que não tem como falar de gestão, porque gestão tem vários processos, tem o processo de acompanhamento, o processo de monitoramento, enfim.... Ah, eles monitoram? Monitoram. Ah, *batem* no governo? *Batem* no governo. Mas o governo absorve essa porrada. Absorve e faz alguma coisa? Não necessariamente (Sujeito π, entrevista realizada em fev. 2016, grifo nosso).

Novamente, observa-se a referência à força implícita na ideia de que os representantes da sociedade civil “batem” quando reivindicam algo, como modo de performar o que lhes é caro. Entretanto, o potencial emancipatório da participação social ficaria comprometido ao se analisar que a acolhida dos pleitos (“absorver a porrada”) por parte da gestão não necessariamente garante a produção de respostas governamentais.

Na operação da *gestão estratégica e participativa*, impera uma economia cotidiana de “coragem” para receber a “porrada” e “sensibilidade” para observar e “absorver” os pontos mais promissores de pauta que podem favorecer a *agenda* da Política de Saúde LGBT. Sobre tais referências à força física, é importante observar que esta linguagem é usada para designar o “nível de compreensão entre governo e sociedade civil” (AGUIÃO, 2014, p. 145), mas pode ser usada no MS para designar tensões e conflitos internos, entre *técnicos* de diferentes coordenações, departamentos e secretarias.

Acredito que as características centrais atribuídas aos *técnicos*, de “coragem e sensibilidade” conferem contornos emocionais para os dilemas ético-morais pelos quais passam para operar a *equação de cuidado e cidadania*. Esta equação envolveria o que pode ser reconhecido como problema a compor o rol de questões a serem cuidadas pela “saúde LGBT”, e o que não pode, mas, mesmo assim, precisa ser enunciado pelo próprio direito dos cidadãos e potencial emancipatório das enunciações.

Ainda sobre as incidências e habilidades de sistematização de pleitos por parte dos representantes da sociedade civil – o “movimento” – é interessante observar que a participação política destes performa a reivindicação, seja ela expressa ou não de modo contundente (“bater” ou “pedir”). Isso funcionaria como uma forma de levantar questões que sejam consideradas pelos *técnicos*, que não estariam legitimados em suas atribuições institucionais para fazê-lo.

Em relação à dualidade “ações programáticas X ações estratégicas”, o sujeito a coloca os termos desta oposição da seguinte forma:

Dentro do MS, mais do que burocracia o que emperra [a “Política de Saúde LGBT”] é a homofobia institucional. O pessoal pensa: “Tem gente morrendo de AVC e tem coisa mais importante que isso aí... que sem vergonhice!” (Sujeito a, entrevista realizada em 22 maio 2015).

Interessante notar que a “burocracia” e a “homofobia institucional” são assumidas como os elementos que atravancam o desenvolvimento da Política de Saúde LGBT no MS. A burocracia¹⁰ seria parte do *métier* da administração pública e a homofobia institucional¹¹ um reflexo das moralidades que interferem no julgamento do que pode ser mais importante como problema de saúde. No terreno destas moralidades, agregariam-se argumentos epidemiológicos fundados na ideia de que, quanto maior a ameaça sanitária, maior será sua relevância para o sistema de saúde.

Talvez por isso, os argumentos de autoridade mais eficazes têm girado em torno da violência e seus efeitos sobre os corpos de expressão de gênero menos convencional ou inteligível, considerando a crescentemente visível violência perpetrada contra LGBT. A partir destas enunciações sobre a letalidade como

¹⁰ Baseada nas ideias de Max Weber (2003) sobre a burocracia, entendo-a como um processo que se expressa no cotidiano de trabalho das instituições governamentais, tendo como valores centrais a racionalidade e a impessoalidade, viabilizadas pelo acúmulo da técnica.

¹¹ A noção de homofobia foi cunhada por George Weinberg, na década de 1970, sob os auspícios do discurso psicológico e clínico, o que reforça sua carga semântica de “patologia” (JUNQUEIRA, 2007). Embora tenha sido pouco mencionada pelos *técnicos*, costumava ser bastante evocada nos contextos de participação política por representantes da sociedade civil.

parâmetro que informa quais corpos devem “contar”, corpos que “contam” são também corpos que morrem.¹²

A evocação da letalidade, atual e/ou potencial, tanto mais colaborará para a eficácia da *enunciação da precariedade* quanto mais se remeter à *equação de cuidado e cidadania*, e menos por sua calculabilidade estritamente financeira. Nesta equação cabem os custos calculados pela racionalidade administrativa e cabem também as leituras e julgamentos morais sobre os males que se abatem sobre os corpos em questão (se foram ou não resultados da própria ação imprevidente da vítima, ou se o valor moral atribuído à sua vida justifica que ela sobreviva quando em apuros). Tais leituras dependem muito da inclusão e visibilidade do sujeito que se pretende ler e, portanto, reconhecer.¹³

Assim, a busca por visibilidade por parte de representantes da sociedade civil faz-se altamente relevante, não apenas para interagir nos termos da *gestão estratégica e participativa*, como também para garantir a absorção pelo MS dos pleitos. O “trabalho de formiguinha” dos *técnicos* seria a somatória de tudo aquilo que captam nos discursos firmados pelas diferentes autoridades e que toca sua consciência política e moral.

Nesse sentido, os discursos se firmam em suas autoridades na medida em que se tornam vinculativos. Sabemos quando um discurso nos alcança quando nos sentimos de alguma forma implicados (BUTLER, 2011).¹⁴ Estar implicado refere-se à “demanda que nos vem de algum lugar, muitas vezes um lugar sem nome, pela qual nossas obrigações são articuladas e impostas à nós” (BUTLER, 2011, p. 15).

A ideia de *implicação* parece então útil para compreender o que muitos *técnicos* mencionam como “*demanda clara*”. Busco aqui extrapolar a distinção entre

¹² Em relação à ideia de morte, acredito que seu efeito é tanto mais eficaz quanto mais remeter à consciência ética que reflete sobre quem e quando se está legitimado para matar. Isso porque parto da noção de morte proposta por Lévinas (1980) e retomada por Butler (2011), na qual “matar não é dominar, mas aniquilar, renunciar em absoluto a compreensão” (LEVINAS, 1980, p.177).

¹³ Sobre as relações entre vitimização e visibilidade política, a expressão de uma pessoa como vítima e como sujeito de direitos, implica ações contraditórias: seja de purificação moral dos próprios sujeitos e suas práticas, seja o de contestação dos valores e racionalidades que orientam os julgamentos. Para conhecer um exemplo de acionamentos de autoridades morais e expressões de dor, recomendo a leitura do artigo de Vianna e Farias (2011) que versa sobre o trabalho social de construção da violência por mães de pessoas mortas pela polícia militar do Rio de Janeiro.

¹⁴ Tomo aqui o sentido de autoridade proposto por Butler (2011), que coaduna “emissor” e “emitente”, “eu” e “outro”, e que promove efeitos vinculantes de modo a trazer à existência todos aqueles que são alcançados por um discurso. Segundo a autora, “aquilo que nos vincula moralmente tem a ver com como o discurso do Outro se dirige a nós de maneira que não podemos evitá-lo ou mesmo dele desviar” (BUTLER, 2011, p. 15).

demanda e necessidade – já abordada nos capítulos anteriores – para pensar os efeitos do ato de performar e ter uma “*demanda clara*”, tida como tal pelos *técnicos*.

Os argumentos de forte impacto no contexto da saúde giram em torno de corpos potencialmente vulneráveis, por diferentes motivos, e o reconhecimento da vulnerabilidade de tais corpos é o que pode catalisar a implicação dos *técnicos* com as causas dos representantes da sociedade civil. Enveredar pelos elementos que promovem o reconhecimento da vulnerabilidade pode ser uma pista para responder à questão que apresento no início deste capítulo, sobre como eleger quem será priorizado pelas políticas de promoção da equidade e, em particular, pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Entendo que a *implicação* dá “rostos” para os discursos, caracterizando-os como uma “*demanda clara*”, confere vinculação entre discurso e autoridade. Na noção de “rostos” observo um valor heurístico que torna possível agregar não apenas o efeito do reconhecimento, mas a ideia do “outro” como uma alteridade encarnada, como uma interpelação ética dirigida à consciência daqueles que o reparam.¹⁵

A noção de “rostos” foi aqui mencionada por ser parte do projeto teórico de Butler (2011) em suas reflexões éticas sobre nossas vinculações possíveis à alteridade, útil para sintetizar o reconhecimento humano que, no limite, dá-se no exercício de revelar e performar a alteridade. Afinal, “o rosto do Outro recorda as obrigações do ‘eu’” (COSTA, 2000, p. 140). Corresponderia à expressão pública da necessidade.

Ao propor o ato de *implicação* como forma de conectar *demanda* com reconhecimento, concordo em vincular a expressão pública da necessidade realizada nos espaços de *gestão estratégica e participativa*, consubstanciada na explicitação de valores de justiça social e direito à saúde, às regras morais que são endereçadas aos *técnicos* do MS por todos os atores que podem compor estas comunicações.

Tais valores de justiça social e direito à saúde influenciam sobremaneira no teor de implicação dos *técnicos*. Ancorada em dilemas bastante presentes no cotidiano, a implicação se dá porque afeta a dimensão ética do trabalho destes sujeitos.

¹⁵ Tal noção evoca uma longa e já consolidada discussão sobre o estatuto de “pessoa” na antropologia, muitas vezes lembrada a partir de texto marcante de Marcel Mauss, intitulado “Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção de Eu” (1938). Tal discussão é desenvolvida há tempos no conjunto conceitual da disciplina como reforçam, sob diferentes aspectos, alguns pesquisadores brasileiros (GOLDMAN, 1996; DUARTE, 2003). Não tenho a pretensão, portanto, de alcançar a profundidade deste debate.

Creio que há ao menos duas instâncias nestes dilemas que informam sobre os efeitos vinculativos da expressão pública da necessidade. Uma delas estaria alicerçada por uma “ética da convicção” e outra por uma “ética da responsabilidade”,¹⁶ no sentido proposto por Weber (2003).

A “ética da convicção” dos *técnicos* informaria sobre a confiança de cada um deles em suas atitudes, na escuta das *demandas* dos representantes da sociedade civil. Seja por identificação pessoal, seja por adesão às evidências científicas que demarcam a *semiologia das vulnerabilidades*.

A “ética da responsabilidade” dos *técnicos* seria a operação das seleções necessárias para decantar o que é importante do que é urgente nos discursos de *enunciação da precariedade* proferidos pelo “movimento”.

Ambas as dimensões celebram e iteram a “coragem” e a “sensibilidade”, atributos relacionados ao “trabalho de formiguinha” dos *técnicos* e parte dos modos de performar da *gestão estratégica e participativa*. Estes atributos seriam o amálgama da implicação desses atores (em seu trabalho de mediação), que os convocam para olhar o que seria essencialmente ético em relação às “vidas precárias” das pessoas a serem atendidas pelas ações da Política de Saúde LGBT.

As duas instâncias do dilema ético dos *técnicos* funcionam como produtoras de inteligibilidade para reconhecimento das reivindicações morais dos outros, a orientar a “economia do apagamento” (DERRIDA, 2002) que tanto oblitera o trabalho do próprio *técnico* como o informa sobre a quem da “sopa de letrinhas” LGBT deve-se lançar luz para receber os cuidados previstos nas ações das políticas de saúde.

Tanto a “ética da convicção” quanto a “ética da responsabilidade” compõem os processos de “individualização”, “racionalização” e “responsabilização” (DUARTE et al., 1993, p. 13) que constituem as distinções entre sujeitos. Distinções podem implicar “segmentações e diferenciações hierárquicas” (DUARTE et al., 1993, p. 14) destes sujeitos, lógica que pode qualificar, em alguma medida, uma resposta para a questão sobre a quem o acesso deve ser concedido no conhecido duelo entre universalidade e equidade. Ou seja, quais diferenças serão incorporadas/instituídas

¹⁶ No que se refere à questão ética moderna, Weber (2003) propõe duas dimensões para pensar os indivíduos em relação a si mesmos e em relação aos outros indivíduos, produzindo a conceituação de “ética da convicção” e “ética da responsabilidade”. A primeira designaria um conjunto de regras morais orientadas à consciência individual, enquanto a segunda designaria uma preocupação do indivíduo com os efeitos sociais de suas ações práticas, as consequências do agir no mundo. Para mais detalhes acerca da conceituação, ver Weber (2003).

como “diferenças” no campo etnografado, intelegíveis e relevantes (as que se compreende e pelas quais se luta).

Dando seguimento às reflexões sobre a exequibilidade da Política de Saúde LGBT, na próxima parte, abordo alguns elementos acerca do truncamento da consecução da política, no bojo da *gestão estratégica e participativa*. As dificuldades na formulação e implementação desta política fazem parte do processo de “cidadanização da homossexualidade” (CARRARA, 2016) e reforçam quais categorias sociais marginalizadas devem ser inscritas no universo do cuidado.

4.2 “O tom da coisa é o ministério que dá”: limites de pactuação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT

Apresentei até aqui a relevância dos aspectos éticos, bem como o papel dos *técnicos* na dinâmica de reivindicações de “bater” e “pedir” que caracteriza a formulação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Porém, a fim de potencializar a análise da *gestão estratégica e participativa*, faltam algumas considerações acerca do trabalho que os *técnicos* realizam “para fora” do MS e que muito influencia no desenrolar dessa política.

Sustento que a “pactuação das diferenças” é axiomática no cotidiano de trabalho dos *técnicos* do MS, e isso se faz entre atores que participam do espaço-tempo em que a política acontece. Assim, os arranjos micro e macropolíticos se misturam, já que tais atores se movimentam constantemente, podendo ocupar o contexto institucional do MS ou não.

Quando se pensa o trabalho “para fora” do MS, há um entendimento presente entre *técnicos* de que quaisquer relações, independentemente do nível interfederativo, são hierarquizadas. Provavelmente porque, entre o âmbito de formulação e o de implantação das políticas, reside também uma hierarquia, emblematizada pelas diferenças de atribuições. Ao âmbito de formulação seria concedido o poder de planejar as políticas em seu nascedouro, ao passo que, no âmbito de implantação, seria esperada a execução do que consta na letra da lei.

Essas hierarquias não são estanques e podem se inverter – vide a já comentada acepção de que “papel aceita tudo” – gerando diferenças de valor entre

técnicos de diferentes áreas, bem como entre *técnicos* do MS e profissionais técnicos dos demais níveis interfederativos. Entretanto, normalmente se apresentam como de “valor superior” a parte do nível federal, já que este tem o poder de planejar (muito associado ao poder de pensar), e “valor inferior” a parte dos demais níveis, por terem o poder e, conseqüentemente, a responsabilidade de executar as políticas de saúde.

Como previamente afirmei, creio que essa hierarquização se dá, em alguma medida, dentro e fora do MS. Sobre as hierarquias dentro do MS, basta lembrar as diferenças de responsabilidades de execução da Política de Saúde LGBT entre Dagep e demais áreas do MS. Um exemplo disso foi a afirmação direta, já mencionada anteriormente, que partiu de um *técnico* do Dagep para os departamentos envolvidos no I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT: “Parte significativa da execução da Política está ligada diretamente às áreas de vocês [os demais departamentos do MS]”. Nesta afirmação fica explícita a ideia de que o Dagep seria a porta de entrada das *demandas*, pelo potencial de escuta dos pleitos sociais, e os demais departamentos seriam as áreas finalísticas, onde a execução destas *demandas* deve ou deveria acontecer.

Lógica semelhante impera sobre as hierarquias fora do MS. Interessante notar que, quando se trata da relação entre o nível federal e os níveis estaduais e municipais, comumente chamados de “ponta dos serviços”, os *técnicos* do MS são vistos automaticamente como “gestores”. Isso já sinaliza a arquitetura simbólica de uma hierarquia entre os níveis interfederativos, considerando que os “gestores” são conhecidos como os dirigentes com poder de delegação.

O fato de os demais níveis (que não sejam o federal) serem considerados e muitas vezes chamados de “ponta” encontra-se bastante presente no discurso dos *técnicos* e até dos representantes da sociedade civil. Revela a diretriz de descentralização do SUS em sua expressão mais objetiva, que determina a organização e hierarquização da rede de serviços assistenciais. Mas também indica uma racionalidade gerencial¹⁷ relacionada com a divisão do trabalho em saúde.

Nessa racionalidade gerencial, reside a ideia de um sistema de saúde como um *continuum* ou uma espécie de linha que vai do gestor federal, que concebe e planeja as políticas de saúde, até o gestor municipal, que garante a execução das

¹⁷ Como mencionado anteriormente, esta racionalidade faria parte da burocracia governamental.

ações vinculadas às políticas de saúde. Tal linha seria preenchida pelos serviços gerenciais e assistenciais que garantem levar a cabo as políticas de saúde.

Essa ideia, de um sistema de saúde como um *continuum*, supera a representação de sistema de saúde como uma pirâmide, que apresenta explicitamente a marcação de uma hierarquia quase intransponível dada pelo formato, na qual a ponta seria a gestão e a base da pirâmide seriam os serviços assistenciais.

Por meio da ideia de linha, é possível considerar a dotação de um mesmo teor de poder às instituições que compõem o sistema de saúde, já que estariam em um mesmo plano. Porém, haveria elementos que desestabilizariam tal linha e que residiriam no entendimento de um nível federal distanciado dos demais níveis.

Por suas próprias características, o trabalho de “pensar” do gestor poderia ser o elemento desestabilizador da linha, na medida em que é realizado distante do território em que o trabalho de “executar” seria empreendido. Tal discussão se faz importante para pensar a operação prática da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, pois um dos aspectos centrais na “pactuação das diferenças” proposta pelas políticas de promoção da equidade é a garantia do acesso. Como apontou um dos gestores presentes no I Seminário de Saúde Integral LGBT:

na vida real, no dia a dia, as coisas acontecem no município. Essa é a razão da importância de pensarmos o SUS com essa perspectiva de todas as instâncias de gestão nessa discussão de acesso com humanização à atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2015b, p. 56).

Pensar a “saúde LGBT” de modo mais aproximado da “vida real” seria promover o diálogo entre todas as “instâncias de gestão” do SUS. O desafio consistiria, então, em fazê-lo da forma mais equalizada possível.

Sobre as equalizações necessárias nas lidas entre os níveis interfederativos, um dos sujeitos privilegiados da pesquisa sintetiza os ruídos que tornam mais difícil a operacionalização da Política de Saúde LGBT para “fora do MS”:

Essa política chega de forma muito vertical pra quem tá lá na ponta, e isso nas melhores intenções de quem formulou...Quando chega lá não tem ressonância, não funciona, fica truncada né? [...] Na formulação da política temos encontros com diversos níveis e segmentos, tanto da saúde quanto do movimento social... Tem essa participação, mas é uma participação um pouco feia de certa forma, no meu entendimento, porque na real, no fim das contas mesmo, quem faz o negócio bruto é o ministério, que dá o tom final, ele contempla elementos dos outros segmentos, mas o *tom da coisa é o ministério que dá*. Então na hora de implementar isso na ponta, você tem

que tá muito junto, você tem que ter estratégia, porque senão não vai ressoar, porque é um assunto difícilimo de colar, assim, das pessoas quererem trabalhar (Sujeito z, entrevista realizada em 22 maio 2015).

O sujeito z explicita o drama da execução da política aludindo à representação de sistema de saúde como pirâmide, quando menciona a maneira “vertical” como as diretrizes de operacionalização da política partem do âmbito de formulação da política e chegam “pra quem tá lá na ponta”. A “ponta” acumula uma posição de fragilidade, por não consistir em âmbito de formulação e, ao mesmo tempo, uma posição de poder, conferida pela capacidade de “truncar” a execução da política.

Em relação à fragilidade, o sujeito z atribui indiretamente à *gestão estratégica e participativa* o potencial pouco factível de garantir a concretização das ações vinculadas à Política de Saúde LGBT, já que “o tom final” parte do MS. Isso transmite uma ideia de palavra final atribuída aos entes que possuem conhecido papel decisório e autoridade suficiente para a tomada de decisões. Também leva a pensar que isso se dá por certo distanciamento do MS em relação à “ponta”, uma vez que é preciso estar “muito junto” para fazer “ressoar” a política.

Essa tarefa de monitoramento implícita num “estar junto” guarda mais relação com a necessidade de constante envolvimento dos atores que realizam cuidado em saúde, para fazer “o assunto [...] colar” do que com a supervisão das ações, uma vez que quem tem o poder de “trabalhar” a política de fato precisa se sentir cotidianamente implicado para priorizar as ações voltadas à “saúde da população LGBT”.

Se “o tom da coisa é o ministério que dá”, certamente se apreende que a participação ensejada pela *gestão estratégica e participativa* ainda não realizou seu potencial plenamente. Seja porque continua distante dos demais atores que constroem a política, seja porque não equalizou suficientemente as vozes que exercem a participação política nos encontros.

Sendo a articulação interfederativa um dos sentidos da *gestão estratégica e participativa*, é importante destacar um certo “modismo” em relação ao uso do conceito de “redes”.

As redes são definidas normativamente como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 89).

A definição normativa institucionalizou uma lógica que seria a vigente, até então, com vistas a organizar as atribuições de cada nível interfederativo.¹⁸ Em decorrência da fragilidade dos serviços de saúde em atender tudo o que se encontra estabelecido no plano legal, a tarefa de organizar atribuições entre os níveis de atenção foi colocada como *mister* na busca de um sistema de saúde único e descentralizado, ou seja, de ações autônomas e integradas.

A instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) funcionou, então, como uma forma de alinhar conceitualmente os entendimentos dos gestores de saúde a respeito do sistema, além de organizar prioridades e, assim, a previsão orçamentária das políticas de saúde.

A ideia de rede foi, em minha experiência de campo, uma das mais presentes nos discursos dos atores que participam da Política de Saúde LGBT. Havia uma confusão semântica, algo produtiva, ao abordar a ideia. Vejamos o uso de rede em um sentido mais conectado aos normativos, em pronunciamento de um coordenador que proferiu palestra sobre o processo transexualizador, durante o I Seminário Nacional de Saúde Integral LGBT:

[o coordenador] Ressaltou, que o Ministério da Saúde traçou diretrizes em 2011, tanto para a questão de elaboração de políticas de saúde quanto para a questão de financiamento. E essas diretrizes são apresentadas por meio da promoção da saúde como garantia de acesso, estruturando a organização em redes de atenção à saúde. Hoje, o conceito da rede está por trás de todas as ações discutidas, não apenas de forma conceitual, mas em função do financiamento (BRASIL, 2015b, p. 45-46).

O gestor em questão designa como “diretrizes” as pactuações da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) no Grupo Técnico de Atenção da CIT. Tais pactuações originaram as cinco redes prioritárias da SAS, uma das secretarias que participam da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, quais sejam: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Como o coordenador apontou, tais diretrizes têm como foco a garantia do acesso e a priorização do recurso voltado às políticas do MS. A partir da definição de redes, foi publicada uma série de documentos de caráter técnico e normativo

¹⁸ Esta lógica foi estabelecida a partir de 2010, tendo instituído a definição de população/região de saúde, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento para o SUS. Preparou solo para as ações das chamadas “Redes Temáticas”, que perduraram até o momento de finalização desta tese.

voltados para determinadas situações de saúde, as “linhas de cuidado”. Estes documentos tinham por finalidade o fortalecimento de mecanismos de governança para gestão e operacionalização das RAS. Isso significaria, na prática, a ordenação da oferta de serviços de saúde e organização do acesso nos diferentes “pontos de atenção”, isto é, nos diferentes espaços em que o cuidado em saúde é promovido.

Dando seguimento à ideia de sistema de saúde que opera sob a forma de uma linha ou um *continuum*, vale explicitar a inter-relação entre linha, ponto e rede.¹⁹ As redes funcionariam como um emaranhado de linhas que se cruzam em determinados pontos, e estes cruzamentos formam uma articulação ou uma fricção. Esta articulação se daria nos diferentes níveis em que as ações de saúde são empreendidas, formando as redes e resultando na articulação interfederativa.

Não raro a existência de redes prioritárias para diferentes *segmentos populacionais vulneráveis* gera diferentes entendimentos sobre qual é o “tom final” que o MS deve dar à Política de Saúde LGBT. Em nome da equidade, deveria haver uma rede específica para LGBT? Ou a estratégia para real promoção da equidade seria a integração entre os pontos de cuidado da rede?

Esses e outros questionamentos produziam, muito frequentemente, a discussão sobre a magnitude dos problemas de “saúde LGBT” e sobre as ações a serem direcionadas para aqueles de orientação sexual e/ou identidade de gênero não convencional. No plano do MS, a narrativa comum se expressa muito bem no excerto apresentado abaixo, de fala proferida por um gestor durante o I Seminário de Saúde Integral LGBT:

Em relação à Política Nacional de Saúde Integral LGBT, é preciso oferecer integralidade da atenção para todas as pessoas que sofrem discriminação e o não reconhecimento de sua identidade de gênero e orientação sexual. No SUS não existirá uma rede para população específica porque a rede é única. A rede de atenção à saúde é responsável pelo cuidado. Sendo assim, é importante identificar, dentro desta rede, quais são os pontos de atenção responsáveis por esse cuidado (BRASIL, 2015b, p. 50).

Diante da inviabilidade ou não necessidade de se consolidar uma rede para a “população LGBT”, fazer equidade seria estimular que pontos de atenção à saúde ofereçam o cuidado demandado por esta população e promover a integração intersetorial, como uma forma de distribuir responsabilidades e garantir a realização dos cuidados em saúde para todos. Também seria uma forma de respeitar o Pacto

¹⁹ Mesmo que usadas num “modismo”, as noções de “linha”, “ponto” e “rede” são êmicas.

Federativo definido pela Constituição, que garante aos gestores locais autonomia para eleger as ações prioritárias nas quais pretende investir.

Um exemplo disso foi a instituição do processo transexualizador, cujos normativos mencionei no capítulo anterior. Com vistas a organizar o cuidado voltado àquelas e àqueles que desejam realizar a hormonização e transgenitalização, o processo consistiu em uma determinação de responsabilidades entre entes federativos, ensejando uma lógica de distribuição de recursos e pactuação de compromissos entre diferentes instituições envolvidas nestes procedimentos. Não significou a criação de uma rede específica para pessoas trans, mas a formação de rede por integração entre serviços já existentes ou passíveis de criação, como apontou uma das gestoras do Conass no I Seminário:

em relação a avanços na legislação, foi publicada uma nova portaria sobre o processo transexualizador no SUS. Essa portaria se diferencia da antiga porque há uma *perspectiva de formação de rede de atenção à saúde*. Com essa portaria se abre a possibilidade de garantia da equidade, da responsabilidade e dos compromissos compartilhados nesse processo de atenção contínua à saúde de travestis e transexuais (BRASIL, 2015b, p. 70, grifo nosso).

Segundo ela, o processo transexualizador teria instituído uma “perspectiva de formação de RAS”, o que, na prática, significa que fomentou e fomenta a articulação e integração interfederativa para concretização da atenção às travestis e transexuais. Mais que uma solução retórica, a perspectiva de rede consiste na estratégia mais factível levada à cabo no plano da *gestão estratégica e participativa* para fomentar a atenção à “saúde da população LGBT”, uma vez que aproveita os serviços já disponíveis para atendimento a esta população, como as unidades básicas de saúde (UBS). Tal decisão seria razoável por seu aspecto prático e custo-efetivo, mas dependeria de sensibilizações e implicações dos trabalhadores da “ponta”, que implementam o cuidado, já que há resistências dadas por moralidades diversas e que impactam na produção de um cuidado em saúde aberto à dimensão dos direitos sexuais.

Não à toa, a conceituação de rede foi aqui colocada. Quando se discute equidade, quase sempre imbricada com a universalidade, é imperativa a demarcação dos *segmentos populacionais vulneráveis* a serem abarcados pelas políticas de saúde, assim como a distribuição de responsabilidades entre esferas. A atitude de demarcar é parte do exercício da racionalidade administrativa dos

gestores e, no contexto da Política de Saúde LGBT, funda a importância da “pactuação das diferenças”.

A distribuição de responsabilidades demarca também a importância que as ações ganham dentro e fora do MS. Isso porque implicam planejamento orçamentário e, por consequência, reconhecimento diferenciado. Importante lembrar que, do ponto de vista normativo, a “identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde” (BRASIL, 1988) são elementos que fazem parte do crivo de prioridades a serem consideradas nas receitas estimadas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Isto é, a *enunciação da precariedade* e a demonstração da *semiologia das vulnerabilidades* influenciam, em alguma medida, na definição de orçamento para a *agenda* de políticas voltadas para *segmentos populacionais vulneráveis*, e demais segmentos populacionais.

Sobre a relação direta entre a priorização e o orçamento de uma política, é possível afirmar que tanto mais reconhecida será uma política quanto maior for sua previsão orçamentária. Um dos sujeitos entrevistados observa tal relação e a expressa da seguinte forma:

a gente tem uma lógica de serviço público que é superorçamentária, é superquantitativa, e um lugar que não tem orçamento, que não tem execução, uma execução tão pesada, é secundarizado no fim das contas, [é tido como] não interessante, não é nem um pouco interessante, acaba tendo a importância diminuída (Sujeito π, entrevista realizada em fev. 2016).

Segundo o *técnico*, para uma política ter valor, é necessário que possua orçamento. A tradição da burocracia do serviço público foi percebida, em campo, sob a tradução de que as políticas “que valem” são aquelas para as quais são dedicados valores orçamentários significativos. Dessa forma, para compreender os corpos que “contam”, é também preciso compreender as “políticas que contam”, sentido concedido por seu aspecto orçamentário e financeiro mais estrito. Tal sentido responderia, em grande parte, à questão por mim colocada sobre para quem o acesso à Política de Saúde LGBT seria concedido.

Inevitável também assumir que, uma vez constituída a política, faz-se necessário o estabelecimento de indicadores que reflitam não apenas os “condicionantes e determinantes da saúde”, como apontam as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), mas que espelhem os avanços da implementação das ações, de modo a sustentar a Política de Saúde LGBT nos diferentes níveis interfederativos. Este tem sido um dos aspectos mais delicados na condução da política, uma vez

que há muitas limitações metodológicas no acompanhamento do acesso da “população LGBT” nos serviços de saúde.

Tal aspecto, de estabelecimento de indicadores para a política, é reconhecido por *técnicos* e gestores de políticas de saúde, e foi apontado pela representante do Conasems no I Seminário, como se pode observar pela seguinte fala:

A PNSILGBT [Política Nacional de Saúde Integral LGBT], como qualquer outra política, deve possuir indicadores de avaliação e de monitoramento de sua implementação. A escolha da metodologia mais apropriada é um desafio, como foi para a escolha da metodologia de monitoramento e avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Os planos municipais de saúde precisam dessa ferramenta de gestão para promover a inclusão da saúde LGBT em seu conteúdo (BRASIL, 2015b, p. 77).

A estratégia de se balizar em experiências com outros marcadores sociais da diferença na escolha de indicadores para a Política de Saúde LGBT sinaliza que os atores que constroem a política acreditam que os desafios seriam semelhantes e que a adoção de indicadores de monitoramento e avaliação poderia consistir em um caminho para convencimento de diferentes instâncias – estaduais e municipais – que implementam a política.

Sobre diferentes instâncias envolvidas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT reside implícita na noção de *gestão estratégica e participativa* a ideia de que deve haver a integração das ações vinculadas à gestão com o controle social e articulação interfederativa, para aprimoramento do SUS nas três esferas de governo. Esta integração se dá, argumenta-se, pela constituição de redes, em seus diferentes usos e sentidos.

Redes proporcionam, então, o atendimento de necessidades diversas e a promoção da equidade em uma dimensão prática de produção do cuidado em saúde. Garantem também a realização de uma participação social efetiva, visto que fomentam a articulação intersetorial e interfederativa, nos diferentes espaços de interlocução em que os atores envolvidos na Política Nacional de Saúde Integral LGBT se inserem.

Em um misto de cuidado e cidadania, são tecidas as ações da Política de Saúde LGBT. Produzem-se na tertúlia entre *técnicos* e demais atores, no encontro entre personagens endógenos ao MS ou não, na relação agonística entre sujeitos com suas necessidades e *demandas* distintas. Sendo a *implicação* seu combustível, a “saúde LGBT” enseja a constituição de uma série de discursos orientados pela *gestão estratégica e participativa*, com suas potencialidades e limitações.

No bojo dessa modalidade de gestão, tornam-se férteis os diálogos entre atores que lançam mão da *equação de cuidado e cidadania* para desempenhar as ações necessárias na “pactuação das diferenças” e promoção da equidade. Apresento, a seguir, o que considero um modelo de formulação de políticas de saúde, no qual a cidadania e o cuidado ocupam um lugar fulcral nos discursos: as *políticas de cidadania*.

4.3 O fim das contas: *políticas de cidadania* em Saúde

Apresentei, até aqui, o contexto de surgimento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, capitaneada pelo Dagep/Sgep/MS e fundada sobre as bases das políticas de promoção da equidade. Voltada para um *segmento populacional vulnerável*, a política apresenta dispositivos de consecução tais como documentos, eventos e reuniões, que catalisam sua formulação e abrem precedentes para que diferentes atores se encontrem e discutam as inflexões da diversidade sexual e de gênero na saúde.

Tais inflexões se materializam na discussão dos aspectos de garantia do acesso e da qualidade do cuidado prestado a essa população, de modo que todos que dele necessitem possam efetivamente alcançá-lo. Há, portanto, uma dimensão de atenção à saúde que precisa ser observada (“qualidade do cuidado”) e uma dimensão de gestão que carece de ser fortalecida (“garantia do acesso”).

Na tecitura entre as urdiduras da atenção e da gestão, a trama que é capaz de propulsionar a ação política deriva da reiteração de discursos cujo conteúdo enuncia a “população LGBT” como passível de adoecimento e a saúde como direito. Estes discursos são encampados por diferentes atores, mas principalmente por *técnicos* no que se refere ao espaço-tempo do MS.

Para a dimensão de atenção à saúde ser trabalhada, é preciso a salvaguarda de um plano operativo que preveja as formas de prestação do cuidado. Também é preciso apontar estratégias para qualificar o cuidado, considerando ser a “população LGBT” um público bastante diverso.

Já para a dimensão de gestão ser potencializada, importa a promoção de espaços para a participação social, como modo de exercício político da cidadania.

Nesse sentido, faz-se mister prever momentos de encontros entre aqueles que produzem a política em questão.

Entende-se, então, que ambas as dimensões estariam servidas pelo que tem sido chamado de *gestão estratégica e participativa*. Mas, no caso particular da “saúde LGBT”, quais noções estariam imiscuídas nesta modalidade de gestão e garantem a configuração singular de política apresentada nesta tese, gerando a “saúde LGBT”?

Entendo como centrais as noções de cuidado e cidadania, por seus múltiplos contextos de evocação e significações bastante plásticas. Assim, dedico esta seção final para articular a participação de tais noções no ato de “pactuação das diferenças”. Argumento que esta participação forja o modelo de *políticas de cidadania*, que faz o alinhavo entre as noções mencionadas e permite a negociação de quais corpos devem “contar” para uma Política de Saúde LGBT.

A escolha pelo uso da expressão *políticas de cidadania* nesta tese se dá pela conveniência da composição léxica e semântica do termo “cidadania”, uma espécie de aglutinação de cuidado e cidadania.

A expressão foi originalmente utilizada no contexto das políticas sociais colombianas, em uma estratégia que propunha “articular ações integrais que garantam os direitos de todos os cidadãos e que incentivem a todos a ajudarem-se entre si” (PRIETO, 2013).²⁰ Pensada especificamente para grupos populacionais em “alta vulnerabilidade de direitos” (CIEN..., 2013),²¹ como uma forma de “diminuição de sua segregação” (CIEN..., 2013),²² as ações de “cidadania” colombianas assemelham-se às políticas de promoção da equidade brasileiras por privilegiar *segmentos populacionais vulneráveis*. No entanto, em sua versão original, trata-se de políticas do setor de segurança pública e voltadas para garantia da possibilidade de socialização pacífica em espaços públicos.

Proponho usar a expressão aplicada ao contexto brasileiro e ao setor Saúde, por compreender que se faz útil e oportuna no entendimento da “pactuação das diferenças” que sustenta a Política de Saúde LGBT.

Na esteira das proposições de Duarte et al. (1993), proponho pensar a “pactuação das diferenças” como realizada cotidianamente pela operação dos

²⁰ Do espanhol: “*articular acciones integrales que garanticen los derechos de todos los ciudadanos y que incentive a todos los bogotanos a ayudarse entre sí*”.

²¹ Do espanhol: “*alta vulneración de derechos*”.

²² Do espanhol: “*disminución de la segregación*”.

processos de individualização, racionalização e responsabilização, que confluem na “cidadanização da homossexualidade” ou cidadanização LGBT.

Nos processos de “cidadanização” fomentados pelo Estado, como é o caso em análise da “saúde LGBT”, reside uma tensão que se instala no desenvolvimento da “ética da responsabilidade” e na “ética da convicção”, que atravessa os *técnicos* do MS. Esta tensão movimenta a eleição das diferenças que pesam, catalisando a produção de discursos sobre os corpos LGBT a serem provados doentes e os corpos LGBT a serem invisibilizados pela “economia do apagamento” por parte dos *técnicos*.

Entendo que o “voto de minerva” concedido para superar a tensão ética dos *técnicos* dá-se na presença e mistura entre gestores de diferentes setores, como um dos documentos relacionados à política reforça:

Por meio da presença de gestores de saúde, de equidade e de direitos humanos, percebe-se que a Política de Saúde LGBT transcende a discussão de agravos e de adoecimentos para a discussão de cidadania e de direitos da população LGBT (BRASIL, 2015b, p. 29).

A superação da tensão se daria menos pela produção de uma resposta precisa para os problemas de saúde que acometem a “população LGBT” – atividade realizada com excelência pelos *técnicos* – e mais pela análise transcendente da “saúde LGBT”, fetichismo típico da função de gestores. Considero que os gestores seriam aqueles com poder de enunciar “soluções de compromisso” para tamponar conflitos e dar respostas às *demandas* em jogo.

Para se (per)formar concepções positivas sobre a diferença dada pela diversidade sexual e de gênero, a educação figura como uma estratégia bastante recomendada, seja em seu aspecto abstrato (a educação como chave para transformar mentalidades), seja em seu aspecto concreto (a tematização de gênero e sexualidade como potente para modelar moralidades). O *background* desta estratégia seria a universalidade dos direitos humanos, tida como “verdade” quase inquestionável, capaz de legitimar a busca pela integralidade do cuidado e equidade na oferta dos serviços.

No âmbito do MS, os processos institucionais de cidadanização LGBT ou a cidadanização fomentada pelo Estado, concentram-se na estratégia da educação como ferramenta necessária para a compreensão dos problemas que emergem nos corpos que “contam” para a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Esta estratégia se encontra emblematizada, por exemplo, nas recomendações

sistematizadas na 13ª CNS, quando há a menção da necessidade de “sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS” (BRASIL, 2012b, p. 12). Vale lembrar que, desde a 12ª CNS (realizada em 2003), os direitos da “população LGBT” são pautados no setor Saúde, conforme mencionado no capítulo 1.

Contudo, a diversidade da “população LGBT” seria um fato potente e bastante delicado no ensinar e aprender sobre os problemas deste público. Isso porque, diferentemente de outros *segmentos populacionais vulneráveis* que habitam um lugar delimitado e possuem características recorrentes (por exemplo, as comunidades ribeirinhas), esta população é variada e difusa pelos territórios. Um dos *técnicos* apontou para mim, durante entrevista, o desafio de lidar com a falta de conhecimento sobre esta população e aspectos do gênero e sexualidade:

uma situação tipo LGBT, que tem de cabo a rabo, em tudo quanto é canto, de todas as faixas sociais, de todas as cores, de tudo [...], aí *eu tenho que sentar e explicar*, trezentas vezes pra trezentas pessoas que resolvem ficar curiosas – porque elas ficam curiosas, né. “Ah não, eu não tô entendendo LGBT, o T é de quê?”; “Ah, é disso ou daquilo e daquilo outro”; “É tira pinto ou põe pinto, põe peito ou não”, sabe? “Mas faz histerectomia ou não faz histerectomia?” [...] “Como é que se constrói um pinto que funcione?”. Ai gente, *eu sei porque eu estudava isso* [...], se fosse pelo Ministério eu também não saberia, entendeu? Então tem uma coisa de uma *curiosidade circense*, mais do que de fato uma possibilidade de absorção da equipe, do tema (Sujeito π , entrevista realizada em fev. 2016, grifo nosso).

O *técnico* apontou que a mesma diversidade que potencializa as discussões sobre gênero e sexualidade na saúde, por favorecer a abertura de espaços para se “sentar e explicar”, também desperta uma “curiosidade circense” que é mais movida pela vontade de saber sobre a possibilidade de transformação dos corpos, do que pela necessidade de “absorver”, aprender sobre o tema.

Presume-se que a discussão sobre diversidade de gênero movimenta mais as opiniões e curiosidades das pessoas do que a diversidade sexual, considerando as alterações corporais que o sujeito π menciona, típicas do processo transexualizador.

Interessante observar que o sujeito π destacou o valor do estudar como forma de entender a temática da diversidade sexual e de gênero, prática que reforça a ideia da estratégia educacional como modo de trabalhar a “saúde LGBT”.

O ato de estudar, temperado pela “coragem e sensibilidade”, fica a cargo dos *técnicos*, sendo os gestores responsáveis por conferir destaque às práticas

educativas como forma de compreensão do “Outro” e dispositivo que deflagra mudanças culturais.²³ Vejamos a seguinte fala de um gestor durante o I Seminário de Saúde Integral LGBT:

[O gestor] Ressalta que os serviços do SUS são instrumentos poderosos de transformação cultural e de mudança de paradigmas e trouxe como exemplo a publicação da Portaria MS/GM nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), que trouxe o conceito de amorosidade, mostrando *a importância da escuta qualificada ser permeada por trocas emocionais e não só trocas mentais. Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade*, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. Outro conceito relacionado a essa ideia é o de *competência cultural*, definido pela *capacidade de interagir e de negociar com grupos culturalmente diversos*, comunicando-se com participantes e usuários(as) de maneira respeitosa e eficaz, fomentando atitude de respeito, diálogo e enriquecimento mútuo, constatando que *a verdade é plural e relativa* e, que a diversidade pode ser fonte de riqueza. A riqueza de um país é sua diversidade. Um país pobre é quando ele tem homogeneidade. Viva a diversidade (BRASIL, 2015b, p.85-86, grifo nosso).

Segundo o gestor, a “amorosidade” garantiria a “incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade” nas “relações de cuidado e na ação educativa”. Também fortaleceria capacidades, como a “competência cultural”, que valoriza a diversidade cultural e garante o entendimento de que “a verdade é plural e relativa”. Vale observar que o sujeito faz a cisão entre cuidado e ação educativa. Creio que isso se dá por sua posição de gestor do nível federal, uma vez que tal posição o desonera da responsabilidade de realização do cuidado, sendo esta uma atividade dos profissionais da “ponta”.

De acordo com a lógica do gestor, para uma eficaz observação das diferenças – que julgo ser efeito da cidadanização LGBT – é preciso heterogeneizar as populações, colocando-as no plural. Na saúde, este movimento leva ao entendimento de que os sujeitos compõem segmentos populacionais distintos e devem ter suas necessidades detectadas pelos profissionais, para composição de um conjunto de *demandas claras*. Segundo as proposições de Duarte et al. (1993), esta seria a primeira etapa da cidadanização, a individualização. No contexto em análise, a individualização seria uma forma de singularização dos sujeitos.

²³ Ainda assim, é importante lembrar algo já mencionado nesta tese sobre o fato de que, quando se trata de comparações entre níveis interfederativos, os *técnicos* são sempre entendidos como gestores devido à atribuição de formulação de políticas do Ministério da Saúde.

A segunda etapa da cidadanização consiste na racionalização, que pode ser compreendida pela análise da oposição emblematizada como “trocas emocionais” *versus* “trocas mentais”. Tal oposição sugere a dualidade “educação popular” *versus* “educação erudita”, aventando a possibilidade de uma interpretação dualista que lembra a suposta diferença entre “cultura popular” e “cultura erudita”. O que foi colocado em questão é menos a possibilidade de uma “conversão” do popular e mais uma observação das diferenças, limite das injunções da racionalização que “Nós”, como interventores relativistas da realidade, operamos (DUARTE, *et al*, 1993).²⁴ Nas análises empreendidas, tomo como emblema da “cultura popular” tudo aquilo que se mostra mais próximo do território e mais distante do discurso civilizatório do “palco central” do MS e dos mediadores da “saúde LGBT”.

Caminhando na lógica proposta por Duarte et al. (1993), a última etapa seria a responsabilização. No contexto do MS, a responsabilização se daria pelo performar a *gestão estratégica e participativa*, uma “perturbadora habilidade” (DUARTE et al., 1993) da qual lançam mão determinados segmentos ou grupos para desempenhar atos performativos e produzir “verdades”. A responsabilização culmina na conscientização que permite às pessoas abandonarem a “curiosidade circense” e “absorverem o tema”, evocando as palavras do sujeito π.

Os *técnicos* performam essa modalidade de gestão, com base em sua “coragem” e “sensibilidade”, para escutarem e operarem as seleções dos corpos que “contam”. Já os representantes da sociedade civil o fazem por meio de dinâmicas de “bater” e “pedir”. Dessa forma, todos colaboram para a *enunciação da precariedade* da “população LGBT”, o que, na prática, consiste em lançar luz para tudo aquilo que se quer tornar *demanda clara* no universo de políticas de saúde voltadas para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Nesse processo, a educação funcionaria como ferramenta de gestão para abordagem da diversidade sexual e de gênero, de maneira a difundir informações sob a forma de “ações educativas” e equalizar discursos para viabilizar a “pactuação das diferenças”.

²⁴ Duarte et al. (1993) afirmam que, sob a égide da relativização antropológica, o critério de situacionalidade vigora nas análises sobre cidadania e finda por reforçar a dicotomia “Nós” e “Eles”, à medida em que o reconhecimento das diferenças implica a possibilidade/necessidade de compreender o que é ante nossos valores incompreensível.

A educação seria, então, a ponte entre os temas do cuidado e da cidadania. O cuidado guardaria relações com o corpo e sua “cultura somática”²⁵ (BOLTANSKI, 1989), e a cidadania, com os processos de educação em sexualidade. Ambos estariam a favor da produção de linguagens corporais consonantes com as expressões hegemônicas no campo das políticas.

Não me refiro à educação sexual, que pode implicar uma moralização do corpo, mas, sim, à educação em sexualidade, que permite a tematização do gênero e a promoção dos direitos humanos. Atuar no sentido da *cidadania* trata-se de considerar os “usos políticos do corpo”²⁶ (FASSIN, 2005), entendendo o corpo como uma linguagem e não como um referente evasivo (PRINS; MEIJER, 2012).

Quase todos os aspectos podem ser problematizados na educação pela cidadanização,

Só não é evidente ou óbvio realçar essa imbricação instauradora e insuperável entre Nós e Eles, porque sabemos que um dos ideais básicos do (de) Nós seria justamente a abolição da dicotomia, incluindo, entre diversos efeitos de equalização, a cidadanização universal (DUARTE et al., 1993).

A dicotomia Nós *versus* Eles não é realçada, pois, no âmbito da “Política de Saúde LGBT”, habita a possibilidade de sempre se cruzarem as porosas fronteiras entre ambos. Assim, “Eles” tornar-se-iam “Nós” à medida em que representantes da sociedade civil ou trabalhadores de outros níveis interfederativos podem, não raro, compor as equipes de *técnicos* das políticas de promoção da equidade no MS.

Sobre o “risco” ou possibilidade de cruzamento das fronteiras entre um “Nós” que sabe lidar com a diversidade sexual e de gênero, e um “Eles” que solapa a diversidade, entendo que existe uma noção de cidadania que funciona como um tipo de imagem-objetivo e fomenta a gestão política das *agendas* voltadas para a promoção da equidade. Como apontam Duarte et al. (1993), ao argumentar pela

²⁵ De acordo com Boltanski (1989), cultura somática seria um conjunto de condutas físicas dos sujeitos sociais, condições objetivas retraduzidas na ordem cultural em uma maneira de “dever ser” a produzir uma pedagogia corporal.

²⁶ Em seu interessante artigo intitulado “*Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes*”, Fassin (2005) se debruça em estudos de caso sobre as iniciativas de distribuição de subsídios para pobres e regularização de documentos de imigrantes na França, realizadas em nome do que chama de “razão humanitária” (*razón humanitaria*). O autor o faz para defender um entendimento dos corpos encarnados como forma de desempenhar a política, ou seja, “*la manera en que el cuerpo es puesto en escena y en palabras por actores que no tienen sino esa única verdad para hacerse valer en un determinado momento de su historia*” (FASSIN, 2005, p. 202). Assim, embora caudatário das análises foucaultianas, Fassin buscou privilegiar um olhar para as subjetividades marginais destes sujeitos, uma observação localizada e análoga à noção de governamentalidade de Foucault.

cidadania como o componente central do processo de instauração do modelo liberal-individualista:

há um intenso movimento de revisão dos projetos “universalizantes” e “equalizantes”, denunciados como artificiais e potencialmente autoritários. Tende a prevalecer uma percepção do caráter ideal da cidadania que não extinga ou atenua o seu caráter ideal/Valor ideal, mas que o historicize e permita perceber a condição aproximada, sempre incompleta, com que se institucionalizou (DUARTE et al., 1993, p. 30).

Nesse movimento de revisão de projetos, emerge como ponto nodal da tessitura da “saúde LGBT”, a *cidadania*. Enquanto um modelo de políticas, consiste em um projeto “universalizante”, na medida em que requer o acesso à saúde integral, e “equalizante” (ou “promotora da equidade”), por postular a qualidade do cuidado conforme necessidades particulares de cada indivíduo. Por sua condição sempre incompleta, a dimensão do direito implícita na *cidadania* contaria com os *técnicos* como uma forma de sustentar sua institucionalização.

A *cidadania* seria um misto de perspectivas nas quais se torna possível considerar – através dos “usos políticos do corpo” – o caráter “cidadão” das políticas de saúde e, ao mesmo tempo, o caráter “individualizante” das condições de saúde de determinados *segmentos populacionais vulneráveis* que carecem de cuidados por suas diferenças particulares.

Aqui argumento que esse misto de perspectivas ganha a forma de um modelo de políticas, as *políticas de cidadania*, operacionalizado por meio da *gestão estratégica e participativa* e performado por pedagogias corporais mediadas por *técnicos*, que pesam na “pactuação das diferenças”. Em uma análise macropolítica, por instaurar regimes de convivência entre universalidade e equidade, cujo efeito é o deslocamento do olhar do agravo para o sujeito acometido pelo agravo, as *políticas de cidadania* fazem parte do “paradigma biopolítico da inclusão e da diferença” (EPSTEIN, 2007).

À guisa de confusão ou conclusão, o processo de “cidadanização da homossexualidade” (CARRARA, 2016), cidadanização das sexualidades e expressões de gênero não normativas ou, simplesmente, cidadanização LGBT, explicita a complexidade de se pensar as relações entre ciência e política quando se deseja extrapolar a já comum oposição entre crítica e engajamento (CARRARA, 2010; CARRARA, 2016). Aqui, a oposição se dá nos termos do cuidado e da cidadania,

porque o que ganha relevância não é mais apenas o engajamento político, mas os argumentos com força de evidência.

Nas veredas dessa complexidade, a *cidadania* não soluciona problemas teórico-práticos sobre tal oposição, mas acresce sentidos por meio da sugestão do valor político e heurístico do corpo, este elemento que mistura e decanta realidades. Tal elemento é capaz de cuidar/ser cuidado, bem como performar e colaborar para o fazer de uma política, trabalhando concomitantemente a dimensão da gestão e da atenção à saúde.

Na heterogeneidade da vida e da produção de uma “saúde LGBT”, os corpos que “contam” são corpos (ainda que mediados) em agência. São linguagens que acionam diferentes saberes, modos de discursos e, conseqüentemente, diferentes “rostos” e autoridades morais. Performam a cena política e restam como rastros que inundam verdades e redundam contextos, reiterando problemas e paradoxalmente consolidando intervenções, por seu franco potencial performativo e educativo. Esta é a aposta mais próxima, ainda que precária, sobre as formas de (re)gerar, “gerir e gestar” as políticas de promoção da equidade e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: PELA CONTINUIDADE DO DEBATE SOBRE OS CORPOS QUE “CONTAM” PARA UMA “SAÚDE LGBT”

As reflexões propostas nesta tese são parte de um conjunto de registros etnográficos realizados para lograr o alcance dos objetivos propostos na pesquisa, que dizem respeito aos modos de produção de uma Política de Saúde LGBT. Mas não significam apenas isso, já que foram parte de um momento de abertura ou porosidades de governos populares brasileiros às agendas políticas da diversidade sexual e de gênero.

A ideia de “momento de abertura” balizou a própria elaboração da tese, pois representou um processo que provocou inflexões na escrita e na finalização, devido às mudanças paulatinas de orientação política e de governo. Vivências que sofreram com as infindáveis transformações terminológicas, alta rotatividade de sujeitos nas estruturas institucionais e reconfigurações de organogramas. Tantos “deslocamentos, demissões e determinações” (SILVA, 2016) que, creio, foram e serão percebidos pela velocidade da obsolescência deste material.

Esse contexto de transformações sustentou a preocupação em fazer desta tese uma espécie de memória – atividade exaustivamente realizada como consultora – e, ao mesmo tempo, uma forma de entender como se desenrola e quais as balizas do que foi intitulado, há pouco mais de seis anos, como Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Tal iniciativa adotou como pergunta orientadora a seguinte pergunta: o que realmente “conta” como uma questão de “saúde LGBT”?

Os discursos sobre a “saúde LGBT” demonstraram que os significados atribuídos aos males ou infortúnios têm valor diferenciado conforme a tangibilidade sobre o corpo. No plano político, os corpos dos quais se fala ganham relevo conforme a viabilidade de patologização. Observei que os corpos eram legitimados como passíveis de adoecimento quanto mais pudessem expressar doença, ou seja, esperava-se que a biologia dos corpos traduzisse a doença. Assim, para entender o que realmente “contava” como uma questão de “saúde LGBT” no contexto brasileiro, tornou-se necessário entender quais corpos – com suas susceptibilidades e doenças – “contavam” para uma Política de Saúde LGBT.

O itinerário de análise deflagrou reflexões sobre o fato de que as políticas de saúde tendem a se consolidar mais quanto maior for a materialidade do mal

observado sobre o corpo. Quando se trata da “população LGBT”, esta máxima também vale. A materialidade estaria diretamente relacionada às especificidades do corpo de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. A temática da “saúde LGBT” permitiu pensar que não há uma definição estanque do que seja um “problema” de “saúde LGBT”, mas há um performar cotidiano que opera uma transição entre questões de saúde mental e questões de saúde sexual, lançando mão da tônica da diversidade sexual e de gênero em diferentes medidas. Este performar pode ser realizado por diferentes sujeitos que constroem intervenções estatais – dos formuladores de políticas até os representantes da sociedade civil –, mas no plano da administração pública federal, os atores que conseguem efetivamente transitar entre diversos segmentos são os *técnicos*, para os quais dediquei as análises empreendidas nesta tese.

A partir de perspectiva que considera os DSS e que inundava meu campo etnográfico, o rol de males que abatem os “corpos LGBT” são essencialmente derivados de práticas sexuais diversas e experiências sociais de discriminação. Por um lado, corpos que “contam” são corpos que adoecem de IST e, por outro lado, são corpos que padecem pela violência perpetrada contra LGBT. Assim, os potenciais de tangibilidade e letalidade aferidos por bases epidemiológicas sustentam-se como parâmetros que informam quais corpos devem “contar” e, de certo modo, informa também quais corpos devem ser objeto de intervenções em saúde.

A percepção de que corpos que “contam” são corpos cujas doenças têm alto potencial de tangibilidade e letalidade finda por fragmentar os entendimentos sobre a “saúde LGBT”, pois certas aferições não são passíveis de medida quando uma “população LGBT” é tomada em conjunto.

Na lógica de que corpos que “contam” são aqueles cujas doenças têm alta letalidade ou poder de ameaça coletiva, estes corpos poderiam ser compreendidos como corpos que morrem, pois “o contrário de ser um corpo é morrer” (LATOURE, 2005, p. 39). Isso significa que a ideia de corpo pode funcionar como sinônimo de vida e, conseqüentemente, de saúde. Todos os corpos, sem exceção, estariam susceptíveis à morte. Este entendimento coloca em uma equação difícil de equilibrar as diferenças ou “especificidades” de uma *semiologia das vulnerabilidades* em relação à pretensão universalista do sistema de saúde, na qual se considera que a vida de todos vale igualmente.

Já na lógica da tangibilidade, corpos que “contam” são também “corpos que têm rosto”, segundo propõe Butler (2011). Estes se visibilizam nos espaços de participação política e devem provocar a *implicação* – e as perplexidades – ético-morais dos trabalhadores do MS. Seja por se ancorar na “convicção” ou na “responsabilidade” dos *técnicos*, os “rostos” evidenciam a relação entre modos de discurso e diferentes autoridades morais que performam os sujeitos.

Nesse sentido, ainda perscrutando as diferenças que pesam para os corpos que “contam”, realizei o exercício meta-analítico de construir uma “etnografia consultora”, ou seja, trabalhar como *técnica* e, ao mesmo tempo, observar o cotidiano rotineiro e bastante apagado destes atores, que vivem e constroem ações políticas da forma como podem e conseguem.

De caráter pedagógico e também ético-político, a atuação dos *técnicos* promoveu *insights* importantes no que diz respeito aos modos e linguagens com as quais se deve operar as políticas de saúde. Como “empreendedores morais” das políticas, eles conhecem e trabalham nas margens das morfologias “aceitáveis” da administração pública federal.

Também foi vista, como parte do trabalho técnico, a condução do Comitê Técnico de Saúde LGBT, considerado o principal espaço para *enunciação da precariedade* dos corpos que “contam” e ferramenta primordial para promoção de uma *gestão estratégica e participativa*. A ideia de fortalecer uma gestão qualificada como *participativa*, reafirmando pressupostos da Reforma Sanitária quanto à participação social e ao direito universal à saúde sob responsabilidade do Estado, informou sobre o modelo de democracia que os últimos governos brasileiros buscam produzir.

Observar iniciativas no plano administrativo governamental implicou em entender tal plano como um lugar possível de produção de sujeitos, necessidades e normatizações. Mais do que assumir *a priori* que a gestão de sujeitos definidos por seu gênero e sexualidade não “dá conta” de responder às *demandas* trazidas por representantes da sociedade civil, a mirada a partir dos *técnicos* permitiu inverter esta acepção crítica sobre a atuação do Estado. Na busca por equilibrar a *equação de cidadania e cuidado*, os *técnicos* operam em um plano em que há empenho legítimo para transformação de *demandas* em necessidades, de modo a formular “histórias suficientemente respeitáveis” (BOWKER, 1994) para uma política de saúde existir.

Creio que a possibilidade de fazer desta pesquisa uma “etnografia consultora” abriu precedentes para pensar que “problemas” são “criados” no universo dos

técnicos e não necessariamente são apresentados a partir dos espaços de participação social. Equacionar significa elaborar problemas, em alguma medida. Cabe aos *técnicos*, sob a chancela dos gestores, buscar consonância entre os modos de enunciar problemas de uma determinada população por parte do Estado e demais atores sociais.

Esse poder de agência esteve bastante relacionado ao tipo de governo estabelecido à época, que buscava “ampliar seus canais de escuta das demandas populares, [bem] como diversificar suas estratégias de intervenção, por meio da negociação” (PINHEIRO, 2001). A *gestão estratégica e participativa* seria uma forma de primar pela legitimidade de um governo, sob a enunciação dos direitos constitucionais e a abertura de espaços para a participação social.

Cotejei os termos êmicos utilizados no universo estatal para produzir “problemas de saúde” em torno do tema da diversidade sexual e de gênero. Assim, compreendi os processos de produção das políticas de promoção da equidade e da Política de Saúde LGBT como parte de um paradigma de *políticas de cidadania*. Contando com os marcos referenciais dos princípios de universalidade, equidade e participação social, tais políticas se consolidam como um emaranhado de iniciativas em saúde que buscam fazer conviver diversidade e particularidade, higidez e vulnerabilidade.

A “saúde LGBT” como uma das *políticas de cidadania* mostrou-se um campo de ações viáveis e limitantes do exercício de governo pelas malhas do Estado. É indutora de raciocínios clínicos e epidemiológicos que teimam em separar corpos e populações, e, paradoxalmente, propõem iniciativas para diferentes sujeitos tomados em conjunto (a “população LGBT”) em prol do que parece ser um modismo e que tem se chamado de promoção da equidade.

Tal paradoxo pode reforçar a visão clássica de “política pública” traduzida pelas atividades de “identificação de um problema, [...] formulação de um argumento racional, ou [reunião de] um conjunto de respostas científicas para o ‘problema’” (LIMA; CASTRO, 2015, p. 21), realizadas no plano da administração pública federal. Provavelmente isso se dá porque esse foi o caminho reconhecido e enunciado no MS para construção de uma política no momento histórico presente.

No entanto, é preciso observar que as políticas podem ser caracterizadas como “governamentais”, na medida em que não geram apenas positivities. A partir desta ideia, evocando o que afirmei na introdução desta tese, problemas não

possuem apenas valência negativa e políticas não possuem apenas valência positiva. Suas valências são decididas em espaços-tempo de embates e negociações entre diferentes atores ou sujeitos que participam da eleição do que pode ser configurado como problema e da construção do que pode ser implementado como política.

Essa caracterização também significa extrapolar a ideia de que políticas são produzidas apenas em um palco central. Deve-se lembrar que “a identificação de problemas sociais, a formulação de planos de ação governamental, se dão concretamente em múltiplas escalas espaciais, com temporalidades variáveis” (LIMA; CASTRO, 2015, p. 35). Neste sentido, assumi-las como “governamentais” implica afirmar que podem ser pensadas em sua dimensão de “governo”¹ nos termos da conhecida analítica de poder foucaultiana, como efeito de uma correlação de forças, que fomenta a produção de “verdades” e a constituição ou “sobrevivência” do próprio Estado.

Caberia aqui uma reflexão, que não foi alcançada com profundidade nesta tese, mas que remete a expedientes de produção de soluções para “problemas de saúde”: a da legitimação ou não das *demandas* de um grupo como necessidades de uma população. Entre as atitudes de “escutar” e viabilizar a implantação de iniciativas há uma larga distância, dada pelos matizes das prioridades e seletividades políticas dos gestores.

Considero férteis as estratégias de reconhecimento das diferentes orientações sexuais e expressões de gênero, em particular aquelas que associam “evidências” e política. Estas contribuem para facultar possibilidades de reconhecimento de “verdades” sobre os corpos e de construção de novos direitos. Importante reiterar em relação às “verdades” sobre os corpos que “contam” que qualquer forma de conhecimento, seus enunciados e enunciações são produzidas em meio a contingências sociopolíticas e econômicas.

Na esteira das discussões da equidade como um “caminho em y”, que remete à ampliação do acesso a serviços por um lado e, por outro, remete à qualidade das ações de cuidado em saúde, há lacunas importantes de pesquisas sobre a “saúde LGBT”. Talvez a Pesquisa Nacional de Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT no SUS contribua para preencher tal

¹ Na lógica das proposições de Foucault (2008), as táticas de governo seriam as estratégias que vigoraram a partir do século XVIII e que permitiram ao Estado “sobreviver” em seus próprios limites.

lacuna, caso supere os desafios metodológicos que colaboraram para suas delongas. Neste sentido, embora esta tese não tenha sido dedicada para a análise dos efeitos da Política de Saúde LGBT, poderia ser produtivo fazê-lo a partir das dimensões da integralidade na oferta das ações de saúde no território e articulação intersetorial das experiências em curso.

Os objetivos desta pesquisa certamente não previam uma resposta conclusiva à pergunta sobre o que conta como questão relevante ou corpos que “contam” para uma Política de Saúde LGBT. No entanto, serviram para elaborar um mapa em que fosse possível registrar o contexto de surgimento desta política no setor de Saúde brasileiro e caracterizar os atores que dela participam, com foco nos *técnicos* que operam a política no MS, a partir de suas perspectivas. É claro que nenhum mapa pode se supor ingênuo e, a partir do que apresentei, talvez seja possível avançar em uma problematização mais densa do tema pensando os demais atores sobre os quais não lancei luz em meu debate.

Tenho dúvidas em relação ao êxito na realização deste exercício de “*studying up*” (NADER, 1972), considerando todas as limitações metodológicas e pessoais estabelecidas pela instância institucional pesquisada, considerada como da “alta administração”. Limitações colocadas nos silêncios que marcam a “economia do apagamento” dos *técnicos* e nas vozes que expressam *demandas* em saúde, nos expedientes de trabalho em prol de uma “saúde LGBT”. Apesar destas limitações, compartilho a certeza de que esta tese reflete, em suma, uma equação posta durante as veredas desta “etnografia consultora”: a política é, em sua rotina, a elaboração incessante de um universo de possíveis.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M. Uma Conferência entre Colchetes. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 212-218, 1995.
- AGUIÃO, S. **Fazer-se no “Estado”**: uma etnografia sobre o processo de constituição dos “LGBT” como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo. 2014. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.
- AKERMAN, M.; FISCHER, A. Agenda Nacional de Prioridades na Pesquisa em Saúde no Brasil (ANPPS): foco na subagenda 18 – Promoção da Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p.180-190, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00180.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- ALMEIDA, G. **Da invisibilidade à vulnerabilidade**: percursos do “corpo lésbico” na cena pública face à possibilidade de infecção por DST e AIDS. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 301-331, 2009.
- ALMEIDA, G; MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade de despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. **Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 14, p.307-407, ago. 2013.
- ALMEIDA-FILHO, N. Bases históricas da epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 3, p. 304-311, 1986.
- ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J. S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cadernos Médicos Sociales**, n. 75, p. 5-30, 1999.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia moderna**. Salvador: APCE, 1990
- ALTINI, E. et al. (Org.) **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil**: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Brasília: Cimi, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/mC7XoG>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- ALVES, A. **Saúde indígena**: situação e política atual. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Slides. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/AAlves.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2016.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, jul./ago. 2009. Disponível em: www.scielo.org/scielo . Acesso em: 29/set./2016.

ARENDRT, H. Capítulo 2 – La question sociale. In: _____. **Sobre la revolución**. Madrid: Alianza, [1963] 1988.

ATALLAH, A. N. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 325 a 344 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M., (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 117-139.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p.138-172.

BARBOSA, M. I. S.; FERNANDES, V. R. Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. **Seminário Saúde da População Negra**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005, p. 37-52.

BASTOS, C. **Ciência, poder, ação: as respostas à Sida**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2002.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, out./dez. 2013.

BECHARA, E.C. **Dicionário de Língua Portuguesa da Academia Brasileira de Letras**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2011.

BECKER, H. S. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, [1963] 2008.

BENEDETTI, M. R. **Toda feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENTO, B. Estudos de gênero: o universal, o relacional e o plural. In: BENTO, B. **A reinvenção do corpo-sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008. (Coleção Primeiros Passos).

BENTO, B. Na escola se aprende que a diferença faz diferença. **Rev. Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 336, maio/ago. 2011.

BIEHL, J. Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. **Revista de Antropologia**, São PAULO, v. 51, n. 2, 2008.

BOBBIO, N. **Dicionário de política**. 7. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1995.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiología básica**. Washington, DC: Opas, [1994] 2010.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papyrus, 1996.

BOURDIEU, P. **Senso prático**. Petrópolis: Vozes, 2009.

BOURDIEU, P. **Esquisse d'une théorie de la pratique**. Genève: Droz, 1972.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (org.) **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1983. (Coletânea Grandes Cientistas Sociais)

BOWKER, G. C. **Science on the run: information management and industrial geophysics at Schlumberger, 1920-1940**. Cambridge, MA: MIT Press, 1994.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 26, p. 331-376, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado**. Relatório final. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**. Relatório final. Brasília: MS, 2004a.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação; Ministério da Saúde. **Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília: MS, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Editorial do Ministério da Saúde**. 1. ed. 3. reimpr. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 675, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 63, Seção 1, p. 131-132, 31 mar. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 227, Seção 1, p. 45, 27 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida – Políticas de Estado e desenvolvimento**. Relatório final. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 159, Seção 1, p. 43, 19 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 251, Seção , p. 88-93, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 231, Seção 1, p. 35-36, 2 dez. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.837, de 1º de dezembro de 2011. Redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Comitê Técnico LGBT). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 231, Seção 1, p. 36-37, 2 dez. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS – SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Relatório final. Brasília: MS, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_prococao_equidade_saude.pdf> . Acesso em: 3 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Saúde Baseada em Evidências**. Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>>. Acesso em 19 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed. 1. reimp. Brasília, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoesCampo.pdf>. Acesso em: 12set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 226, Seção 1, p. 25, 21 nov 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Conheça a Secretaria. **Portal Saúde**. On-line. Brasília, 20 jan. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sgep>>. Acesso em: 2 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 598, de 21 de maio de 2015. Aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 96, Seção 1, p. 75-76, 22 maio 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT**. Brasília, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília, 2015c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade_travestilidade_saude.pdf>. Acesso em: 3 set. 2016.

BRASIL. Portaria nº 900, de 31 de março de 2017. Dispõe sobre a implantação e o funcionamento do Sistema Eletrônico de Informações - SEI no Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 64, Seção 1, p. 78-80, 3 abr. 2017.

BRASIL, S. A. **A Política de Saúde da População Negra no Brasil: atores políticos, aspectos étnico-raciais e principais tensões no campo**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUTLER, J. **Excitable speech: a politics of the performative**. New York: Routledge, 1997.

BUTLER, J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 11, p. 11-42, 1998. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634457>>. Acesso em: 12 set. 2015.

BUTLER, J. Vida precária. **Revista Contemporânea**, n. 1, Dossiê Diferenças e (Des)Igualdades, p. 13-11, jan./jun. 2011.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. São Paulo: Objetiva, [2003] 2013.

CAMPOS, G. W. S. Crítica às noções que fundamentam o método de “Programação em Saúde”. In: _____. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>>.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CAMPOS, O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, S, n. 1, p. 79-81, jun.1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v3n1/10.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2016.

CAMPOS, R. P. Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1237-1238, maio 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/26.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

CARRARA, S. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. **Bagoas**, Natal, v. 4, n. 5, p. 131-147, 2010.

CARRARA, S. Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 323-345, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/mana/v21n2/0104-9313-mana-21-02-00323.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

CARRARA, S. A antropologia e o processo de cidadanização da homossexualidade no Brasil. **Cadernos Pagu**, v. 47, p. 445-482, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8647270>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

CARRARA, S.; SIMÕES, J. A. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 28, p. 65-99, jan./jun. 2007.

CARRARA, S.; VIANNA, A. R. B. Os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil a partir da Constituição Cidadã. In: OLIVEN, R.; RIDENTI, M.; BRANDÃO, G. M. (Org.). **A Constituição de 1988 na vida brasileira**. São Paulo, Hucitec, 2008, p. 334-359.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Principles of epidemiology**: an introduction to applied epidemiology and biostatistics. Self-study programme. 2. ed. Atlanta, 1992.

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. **Planejamento e programação em saúde**: texto para fixação de conteúdos e seminário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CIEN días del distrito en el Bronx. **Confidencial Colombia**, Bogotá, 30 Mayo 2013. On-line. Disponível em: <<https://goo.gl/zGPv1>>.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica**: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, [1998] 2011.

CLIFFORD, J.; MARCUS, G. **Writing culture**: the poetics and politics of ethnography. Berkeley: University of California Press, 1986.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Nota Técnica nº 54/2011**. Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Brasília, 20 nov. 2011

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. **Social Problems**, 1975, v. 23, n. 1, p. 12-21, 1975.

CONRAD, P. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. **Deviance and medicalization**: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

CORREA, S. Sexual rights: much has been said, much remains to be resolved. In: SEXUALITY, HEALTH AND GENDER SEMINAR, Columbia University, Oct. 2002. Comunicação oral. Disponível em: <<http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/DOC19699.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

COSTA, J. F. **A inocência e o vício**: estudos sobre homoerotismo. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

COSTA, M. L. **Lévinas**: uma introdução. Tradução de J. Thomaz Filho. Petrópolis: Vozes, 2000.

CRENSHAW, K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. In: FINEMAN, M. A.; MYKITIUK, R. (Ed.). **The public nature of private violence**. New York: Routledge, 1994, p. 93-118.

DAS, V.; POOLE, D. (Org.). **Anthropology in the margins of the State**. Santa Fe: School of American Research Press, 2004.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. São Paulo: Graal, 1998.

DERRIDA, J. **Limited Inc**. Campinas: Papyrus, 1991.

DERRIDA, J. Semiologia e gramatologia (entrevista a Julia Kristeva). In: _____. **Posições**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

DERRIDA, J. **Who's afraid of philosophy?** Right to philosophy I (J. Plug, Trans.). Stanford: Stanford University Press, 2002.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**: ensaio sobre a noção de poluição e tabu. Tradução sob direção de Sônia Pereira da Silva. Rio de Janeiro: Edições 70, [1966] 1991.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a13v08n1.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

DUARTE, L. F. D. Pessoa e dor no Ocidente (o “holismo metodológico” na antropologia da saúde e doença). **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 4,

n. 9, p. 13-28, out. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v4n9/0104-7183-ha-4-9-0013.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2016.

DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

DUARTE, L. F. et al. Vicissitudes e limites da conversão à cidadania nas classes populares brasileiras. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 2, p. 22-31, jun. 1993. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_22/rbcs22_01.htm>. Acesso em: 9 jan. 2017.

EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v.1, n. 1, p. 9-23, 1977. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00114808>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

ELIAS, N. **A sociedade de corte**: investigação sobre a sociologia da realeza e da aristocracia da corte. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

EPSTEIN, S. **Inclusion**: the politics of difference in medical research. Chicago: The University of Chicago Press, 2007.

EPSTEIN, S. Sexualizing governance and medicalizing identities: the emergence of 'state-centered' LGBT health politics in the United States. **Sexualities**, v. 6, n. 2, p. 131-171, 2003.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FACCHINI, R. **Sopa de letrinhas?** Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FACCHINI, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o "campo" e para a "arena" do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas**, Lagoa Nova, n. 4, 2009, p. 131-158, 2009.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas**: promoção da Equidade e da Integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, v. 3, p. 54-81, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/GXTfbY>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

FASSIN, D. Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los imigrantes. **Educación**, Porto Alegre, ano 28, v. 56, n. 2, p. 201-226, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/faced/article/view/414>>. Acesso em: 10 maio 2016.

FERREIRA, L.C.M. “Apenas preencher papel”: reflexões sobre registros policiais de desaparecimento de pessoa e outros documentos. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 39-68, 2013.

FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Equidade (verbete). In: **PenseSUS** – A reflexão fortalece essa conquista. On-line. Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/equidade>>. Acesso em: 10 set. 2015.

FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. (Coleção História e Saúde).

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 20. edição. Rio de Janeiro: Graal; 1979, p.79-98.

FOUCAULT, M. **L'impossible prison**: recherche sur le système pénitentiaire au XIX siècle. Paris: Seuil, 1980.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, [1986] 2002.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes: 1999, p. 285-315.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Transcrição da conferência realizada no Instituto de Medicina Social da Uerj em 1976. **Revista Verve**, Perdizes, n. 18, p. 167-194, 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>>. Acesso em: 23/jul/16.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. 17. ed. Rio de Janeiro: Graal, [1988] 2011, v. 1.

FREIRE, R. C. **As ações programáticas no projeto Saúde todo dia**: uma das tecnologias para a organização do cuidado. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

GARCIA, J. C. Apresentação: Juan César Garcia entrevista Juan César Garcia. In: NUNES, E. D. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina**. Tendências e perspectivas. Brasília: Opas, 1985.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar. 2012.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

GIAMI, A. A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: história da medicina ou história da sexualidade? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 259-284,

2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15n2/v15n2a05.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2016.

GOLDMAN, M. Uma categoria do pensamento antropológico: a noção de pessoa. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 83-109, 1996. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/111620>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

GOMES, M.C.A. **Tambores e corpos sáficos**: uma etnografia sobre corporalidades de mulheres com experiências afetivo-sexuais com mulheres da cidade de Fortaleza. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.

HOOKS, B. **Yearning**: race, gender, and cultural politics. Boston: South End Press, 1990.

ILLICH, I. **Medical nemesis**: the expropriation of health. London: Marion Boyars, 1976.

ILLICH, I. Twelve years after medical nemesis: a plea for body history. **Bull. Sci. Tech. Soc.**, v. 6, p. 19-22, 1986.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Pesquisa Ação Social das Empresas. [On-line]. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/acaosocial/rubrique41fd.html?id_rubrique=24>. Acesso em: 2 set. 2015.

IUNES, R. F. Capítulo IV - Demanda e Demanda em Saúde. In: PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Org.). **Economia da saúde**: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995

JAGANATHAN, P. Checkpoint: anthropology, identity and the State. In: DAS, V.; POOLE, D. (Ed.). **Anthropology in the margins of the State**. Santa Fe: School of American Research Press, 2004, p. 67-80.

JUNQUEIRA, R. D. Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. **Bagoas**, Natal, v. 1, n. 1, p. 145-166, jul./dez. 2007.

LACOMBE, A. “**Pra homem já tô eu**”: masculinidades e socialização lésbica em um bar no centro do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos à Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LATOUR, B. **Reassembling the social**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LECHOPIER, N. Quatro tensões na saúde pública. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 29, n. 83, 2015.

LEIRNER, P. C. As políticas públicas segundo a antropologia. In: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (Org.). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Unesp; Fiocruz, 2013.

LEITE, V. J. A sexualidade adolescente a partir de percepções de formuladores de políticas públicas: refletindo o ideário dos adolescentes sujeitos de direitos. **Revista Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 89-103, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/Dgu61k>>. Acesso em: 5 jun. 2016.

LEITE, V. J. “**Impróprio para menores?**”: adolescentes e diversidade sexual e de gênero nas políticas públicas brasileiras. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

LÉVINAS, E. **Totalidade e infinito**. Tradução de José Pinto Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 1980.

LIMA, A. C. S. **Gestar e gerir**: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

LIMA, A. C. S.; CASTRO, J. P. M. Política(s) pública(s). In: SANSONE, L; PINHO, O. A. (Org.). **Raça**: novas perspectivas antropológicas. 2 ed. rev. Salvador: ABA; Edufba, 2008.

LIMA, A. C. S.; CASTRO, J. P. M. Notas para uma abordagem antropológica da(s) política(s) pública(s). **Revista Antropológicas**, ano 19, v. 26, n. 2, p. 17-54, 2015.

LORDE, Audre. Age, race, class and sex: women redefining difference. In: _____. **Sister outsider**: essays and speeches. Freedom, CA: Crossing Press, 1984, p. 114-123.

LOWENKRON, L. Deslocamentos históricos no emaranhado da “violência sexual” e seus atores: a emergência da pedofilia. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 32., 27 a 31 out. 2008. Caxambu. **Anais...** São Paulo: Anpocs, 2008.

LOWENKRON, L. **O monstro contemporâneo**: a construção social da pedofilia em múltiplos planos. 2012. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

LOWENKRON, L.; FERREIRA, L. C. M. Anthropological perspectives on documents: ethnographic dialogues on the trail of police papers. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 75-111, jul./dec. 2014.

LUZ, M.T. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.) **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

MACINKO, J.A.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 1, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.equityhealthj.com/content/1/1/1>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MASON, G. **The Spectacle of violence**: homophobia, gender and knowledge. London: Routledge, 2001.

MASSEY, D. **Pelo Espaço**: uma nova política da espacialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008. 312 p.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção de Eu. In: _____. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU/Edusp, 1974.

MCCLINTOCK, A. Pós-colonialismo e o anjo do progresso. In: _____. **Couro Imperial**: raça, gênero e sexualidade no embate colonial. Campinas: Editora da Unicamp. 2010, p. 15-42.

MEINERZ, N. E. **Entre mulheres**: etnografia sobre relações homoeróticas femininas em segmentos médios urbanos na cidade de Porto Alegre. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2011.

MELLO, L. 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, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sex/n9/02.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

MENDES-GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Hucitec: São Paulo, 1994.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: descentralizando e democratizando o conhecimento, 9., Brasília, 9 a 14 ago. 1992. **Cadernos...** Brasília: Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora, 1992, v. 1.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **PSF**: contradições e novos desafios. Campinas: [S.n.], 1998. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

MITCHELL, T. Society, economy and the state effect. In: SHARMA, A.; GUPTA, A. (Ed.) **The anthropology of the State**: a reader. Oxford: Blackwell Publishing, 2006, p. 169-186.

MOTTA, A.; OLIVEIRA, L. Prólogo: a 'cultura' na agenda de direitos e políticas públicas (2003-2015). **Revista Antropológicas**, Recife, ano 19, v. 26, n. 2, p. 1-6, 2015.

NADER, L. Up the anthropologist: perspective gained from studying up. In: HYMES, D. H. (Ed.) **Reinventing anthropology**. New York, Pantheon Books, 1972. p. 284-311.

NEMES, M. I. B. Ação programática em Saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

NEMES, M. I. B. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NUCCI, M. F.; RUSSO, J. A. O terceiro sexo revisitado: a homossexualidade no Archives of Sexual Behavior. **Physis**, v. 19, n. 1, p. 127-147, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4008/400838222007.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2016.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Editado por Étienne G. Krug et al. Genebra, 2002.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Genebra, 2011.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 5. ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 489-503.

PAIM, J. S. O pensamento do movimento sanitário: impasses e contradições atuais no marco da relação público-privado no SUS. In: HEIMANN, L. S; IBANHEZ, L. C; BARBOZA, R. (Org.). **O público e o privado na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 11-126.

PAIM, J. S. **Saúde Coletiva ou restauração da Saúde Pública?** Apresentação realizada na abertura do ano letivo da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) em 26 de março de 2014. Slides. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_163121705.pdf>. Acesso em: 26jun. 2016.

PAIVA, V. S. F. **Fazendo arte com camisinha**: sexualidades jovens em tempos de aids. São Paulo: Summus, 2002.

PARKER, R.; CAMARGO JÚNIOR., K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo, v. 16, supl.1, 2000, p. 89-102.

PAULILO, M. A. S. et al. **Risco e vulnerabilidade**: jovens e drogas. **Revista Semina**, Londrina, n. 22, p. 57-66, 2002.

PEIRANO, M. Sem lenço, sem documento: reflexões sobre a cidadania no Brasil. **Sociedade & Estado**, Brasília, v. 1, p. 49-64, 1986.

PERES, W. S. Travestis: corpo, cuidado de si e cidadania. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 8., Florianópolis, 25 a 28 ago. 2008. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2008.

PETCHESKY, R. P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999, p. 15-38.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: MATOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001, p. 65-112.

PISCITELLI, A. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 11, n. 2, jul./dez. 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/view/5247/4295>>. Acesso em: 6 jul. 2015.

PRIETO, I. Matriarcado se colocó la chaqueta de Petro. Bogotá tiene nueva alcaldesa. **Diario Primicia**, Bogotá, 28 fev. 2013. On-line. Disponível em: <<https://goo.gl/bxW1nz>>.

PRINS, Baukje; MEIJER, Irene Costera. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. **Rev. Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 155-167. Jan. 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/vnMmCL>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

RICH, A. Compulsory heterosexuality and lesbian existence. In: **Signs**, v. 5, n. 4, p. 631-660, 1980.

RIOS, R. R. Para um direito democrático da sexualidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 71-100, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n26/a04v1226.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2015.

ROHDEN, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 89-109, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a06v17n1.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

ROHDEN, F.; RUSSO, J. A. Diferenças de gênero no campo da sexologia: novos contextos e velhas definições. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 722-729, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2378.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2016.

ROSENBERG, C. Contested boundaries: psychiatry, disease and diagnosis. **Perspect Biol Med**, v. 49, n. 3, p. 407-424, 2006.

RUBIN, G. The traffic in women. Notes on the "political economy" of sex. In: REITER, R. (Ed.) **Toward an Anthropology of Women**. New York: Monthly Review, 1975.

RUSSO, J. A. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. (Ed.). **Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

SACKETT, D. L. et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. **British Medical Journal**, n. 312, p. 71-72, 1996.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1210/scott_gender2.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SCOTT, J. W. The Evidence of Experience. **Critical Inquiry**, Chicago, n. 17, p. 773-797, (Summer 1991). Disponível em: <http://pages.akkbild.ac.at/kdm/_media/_pdf/Joan%20Scott%20Evidence%20of%20Experience.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2016.

SILVA, M. B. B. Emergência de uma política, extinção de uma coordenação: sobre a gestão da saúde penitenciária no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2021-2030, jul. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2021.pdf>>. Acesso em: 1º abr. 2017.

SILVA, M. B. B.; COSTA-MOURA, R. De louco infrator a pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei: sobre categorias governamentais e processos de vulnerabilização. **Interseções**, v. 15, n. 2, p. 301-328, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/2ozVxy>>. Acesso em: 9 nov. 2015.

SOUTO, K. M. B. et al. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 49-62, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0049.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2017.

STRATHERN, M. The limits of auto-anthropology. In: JACKSON, Michael (Ed). **Anthropology at home**. London: Tavistock Publications, 1987, p. 59-67.

STRATHERN, M. Out of context: the persuasive fictions of anthropology [and comments and reply]. *Current Anthropology*, Chicago, v. 28, n. 3, p. 251-281, June 1987.

TEXEIRA, C. C.; LIMA, A. C. S. A antropologia da administração da governança no Brasil: área temática ou ponto de dispersão?. In: MARTINS, C. B. (Coord.). **Horizontes das Ciências Sociais no Brasil**. São Paulo: Anpocs, 2010, p. 51-95.

VENTURA, M. Direitos humanos e aids: o cenário brasileiro. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M.S. (Org.). **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Abia; São Paulo: Ed.34, 1999.

VENTURA, M. (Org.). **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos**. Síntese para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003.

VIANNA, A. (Org.) **O fazer e o desfazer de direitos: experiências etnográficas sobre política, administração e moralidades**. Rio de Janeiro: Laced; *e-papers*, 2013.

VIANNA, A. Etnografando documentos: uma etnógrafa em meio a processos judiciais. In: CASTILHO, S. R. R.; LIMA, A. C. S.; TEIXEIRA, C. C. **Antropologia das práticas de poder**: reflexões etnográficas entre burocratas, elites e corporações. Rio de Janeiro: Contra Capa; Faperj, 2014.

VIANNA, A.; FARIAS, J. A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 37, p. 79-116, jul./dez. 2011.

VIANNA, A. R. B. **Limites da menoridade**: tutela, família e autoridade em julgamento. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

VIANNA, A. R. B.; LACERDA, P. **Direitos e políticas sexuais no Brasil**: o panorama atual. Rio de Janeiro: Clam/IMS/Cepesq, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl. 2, p. s217-s226, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/04.pdf>>. Acesso em: 20 set. 20153w2

VIGARELLO, G. **História do estupro**: violência sexual nos séculos XVI-XX. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

WACQUANT, L. **Corpo e alma**: notas etnográficas de um aprendiz de boxe. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

WARNER, M. (Ed.) **Fear of a queer planet**: queer politics and social theory. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1993.

WEBER, M. **Ciência e política**: duas vocações. São Paulo: Martin Claret, 2003.

WEEKS, J. **Sex, politics and society**: the regulation of sexuality since 1800. Londres: Longman, 1989.

WHITEHEAD, M. **The concept and principles of equity and health**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1991.

ZORZANELLI, R. T; ORTEGA, F.; BEZERRA JUNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01859.pdf>>. Acesso em: 6 ago. 2016.

ANEXO A – Eventos nacionais do setor Saúde que compõem a “saúde LGBT”,
conforme ordenação cronológica

2004	<ul style="list-style-type: none"> Constituição do Comitê Técnico de Saúde da População GLTB (2004) pela instituição da Portaria nº 2.227, de 14 de outubro de 2004, que dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da Política Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais – GLTB.
2006	<ul style="list-style-type: none"> Criação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde por meio da publicação da Portaria GM/MS nº 675, de 30 de março de 2006, que aprova a Carta e consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.
	<ul style="list-style-type: none"> Inclusão de representação de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no Conselho Nacional de Saúde (CNS).
2007	<ul style="list-style-type: none"> Inclusão do termo orientação sexual na análise de Determinantes Sociais de Saúde por meio de deliberação aprovada na 13ª Conferência Nacional de Saúde.
	<ul style="list-style-type: none"> Publicação da Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007, que aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, a ParticipaSUS.
2008	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilização do documento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais para consulta pública no <i>website</i> do MS.
	<ul style="list-style-type: none"> Instituição, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), do processo transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão e estabelecido pela Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008.
2009	<ul style="list-style-type: none"> Criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CISPLGBT) no CNS, por meio da Resolução nº 410, de 12 de fevereiro de 2009.
	<ul style="list-style-type: none"> Realização do I Seminário Nacional Diversidade de Sujeitos e Igualdade de Direitos no SUS pelo Dagep/Sgep/MS.
2010	<ul style="list-style-type: none"> Publicação da Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
2011	<ul style="list-style-type: none"> Instituição do Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT pela Resolução Nº 2, de 6 de dezembro de 2011, com o objetivo de orientar as ações a serem implementadas em torno da “saúde LGBT”.
	<ul style="list-style-type: none"> Publicação da Portaria MS/GM nº 2.837, de 1º de dezembro de 2011, que “redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”.
2012	<ul style="list-style-type: none"> Realização da Oficina de Pesquisas em Saúde da População LGBT e das Populações do Campo e Floresta pelo Dagep/Sgep/MS e Decit/Sctie/MS.
	<ul style="list-style-type: none"> Realização da Oficina de Comunicação em Saúde para Mulheres Lésbicas e Bissexuais pelo Dagep/Sgep/MS e DDAHV/SVS/MS.
2013	<ul style="list-style-type: none"> Publicação do documento Políticas de promoção da equidade em saúde, que representa o lugar onde estão alocadas as políticas voltadas para a “população LGBT” no setor Saúde.
	<ul style="list-style-type: none"> Publicação da primeira cartilha sobre “saúde LGBT” pelo Dagep, cujo título é:

	<p><i>Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicação do documento <i>Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.</i> • Publicação da <i>Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.</i> • Realização do Seminário Transexualidade e Travestilidade no SUS: avanços e desafios. • Publicação da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. • Reestruturação da Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CISPLGBT) no CNS pela Resolução nº 470, de 7 de agosto de 2013. • Realização do I Seminário Nacional de Saúde LGBT • Início da pesquisa sobre Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS, financiada pelo Dagep/Sgep/MS e realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), em parceria com Fiocruz/PE; as Universidades Federais da Paraíba (UFPE), Piauí (UFPI), Uberlândia (UFU); Universidade de São Paulo (USP); e as Universidades Estaduais de Maringá (UEM) e do Rio de Janeiro.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação do Informativo “Conheça a Secretaria” (Sgep). • Realização do evento sobre Atenção Integral à Saúde dos Homens, na tentativa de integrar as diferentes áreas que trabalham a Saúde do Homem no MS.
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação da Portaria nº 598, de 21 de maio de 2015, que “aprova o Regimento Interno do Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”. • Primeira oferta do curso EaD sobre Política Nacional de Saúde Integral LGBT, pelo Dagep/Sgep/MS e UnasUS. • Publicação do Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT, quase dois anos depois da realização do evento. • Publicação do livro <i>Transexualidade e travestilidade na saúde</i>, que se configurou como um registro do seminário realizado em 2013, de mesmo nome.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação da cartilha <i>Atenção Integral à Saúde da População Trans</i>, da série “Cuidar Bem de Cada Um”, e lançada em espaço das Conferências Nacionais Conjuntas de Direitos Humanos. • Publicação da cartilha <i>Atenção Integral à Saúde de Homens Gays e Bissexuais</i>, última da série “Cuidar Bem de Cada Um”.

ANEXO B – Estrutura Regimental do Ministério da Saúde**DECRETO Nº 8.901, DE 10 DE NOVEMBRO DE 2016**

Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções gratificadas e substitui cargos em comissão do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Ficam aprovados a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, na forma dos Anexos I e II.

Art. 2º Ficam remanejados, na forma do Anexo III, em decorrência do disposto no Decreto nº 8.785, de 10 junho de 2016, os seguintes cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS e Funções Gratificadas - FG:

I - do Ministério da Saúde para a Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão:

- a) oito DAS 101.4;
- b) quatorze DAS 101.2;
- c) cento e quatro DAS 101.1;
- d) um DAS 102.5;
- e) dois DAS 102.4;
- f) vinte e um DAS 102.3;
- g) vinte e dois DAS 102.2;
- h) cinquenta e dois DAS 102.1;
- i) dezesseis FG-1;
- j) nove FG-2; e
- k) quatro FG-3; e

II - da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão para o Ministério da Saúde: treze DAS 101.3.

Art. 3º Ficam remanejadas, da Secretaria de Gestão do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão para o Ministério da Saúde, na forma do Anexo IV, em cumprimento à Lei nº 13.346, de 10 de outubro de 2016, as seguintes Funções Commissionadas do Poder Executivo - FCPE:

I - vinte e quatro FCPE 101.4;

II - sessenta FCPE 101.3;

III - cento e cinquenta e duas FCPE 101.2;

IV - duzentas e sessenta e quatro FCPE 101.1;

V - quarenta e três FCPE 102.3;

VI - vinte e quatro FCPE 102.2; e

VII - trinta FCPE 102.1.

Parágrafo único. Ficam extintos quinhentos e noventa e sete cargos em comissão do Grupo-DAS, conforme demonstrado no Anexo IV.

Art. 4º Os ocupantes dos cargos em comissão e das funções de confiança que deixam de existir na Estrutura Regimental do Ministério da Saúde por força deste Decreto ficam automaticamente exonerados ou dispensados.

Art. 5º Os apostilamentos decorrentes das alterações promovidas na Estrutura Regimental do Ministério da Saúde deverão ocorrer na data de entrada em vigor deste Decreto.

Parágrafo único. O Ministro de Estado da Saúde publicará, no Diário Oficial da União, no prazo de trinta dias, contado da data de entrada em vigor deste Decreto, a relação nominal dos titulares dos cargos em comissão e das funções de confiança a que se refere o Anexo II, que indicará, inclusive, o número de cargos e funções vagos, suas denominações e seus níveis.

Art. 6º O Ministro de Estado da Saúde editará regimento interno para detalhar as unidades administrativas integrantes da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, suas competências e as atribuições de seus dirigentes, no prazo de noventa dias, contado da data de entrada em vigor deste Decreto.

Parágrafo único. O regimento interno conterá o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde.

Art. 7º O Ministro de Estado da Saúde poderá, mediante alteração do regimento interno, permutar cargos em comissão do Grupo-DAS por FCPE desde que não sejam alteradas as unidades da estrutura organizacional básica especificadas na Tabela "a" do Anexo II e sejam mantidos as categorias, os níveis e os quantitativos previstos na Tabela "b" do Anexo II, conforme o disposto no art. 9º do Decreto nº 6.944, de 21 de agosto de 2009.

Art. 8º Este Decreto entra em vigor em 8 de dezembro de 2016.

Art. 9º Ficam revogados:

I - o Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013; e

II - o Decreto nº 8.490, de 13 de julho de 2015.

Brasília, 10 de novembro de 2016; 195º da Independência e 128º da República.

MICHEL TEMER

Ricardo José Magalhães Barros

Dyogo Henrique de Oliveira

ANEXO I

ESTRUTURA REGIMENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E COMPETÊNCIA

Art. 1º O Ministério da Saúde, órgão da administração pública federal direta, tem como área de competência os seguintes assuntos:

I - política nacional de saúde;

II - coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde - SUS;

III - saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos índios;

IV - informações de saúde;

V - insumos críticos para a saúde;

VI - ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;

VII - vigilância de saúde, especialmente quanto às drogas, aos medicamentos e aos alimentos; e

VIII - pesquisa científica e tecnológica na área de saúde.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º O Ministério da Saúde tem a seguinte estrutura organizacional:

I - órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde:

a) Gabinete;

b) Secretaria-Executiva:

1. Subsecretaria de Assuntos Administrativos;

2. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento;

3. Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde;

4. Departamento de Logística em Saúde;

5. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento;

6. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS;

7. Departamento de Informática do SUS;

8. Departamento de Articulação Interfederativa; e

9. Núcleos Estaduais;

c) Consultoria Jurídica;

d) Assessoria Especial de Controle Interno; e

e) Corregedoria-Geral; e

II - órgãos específicos singulares:

a) Secretaria de Atenção à Saúde:

1. Departamento de Atenção Básica;

2. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência;

3. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas;

4. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas;

5. Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde;

6. Departamento de Atenção Especializada e Temática;

7. Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro;

8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva;

9. Instituto Nacional de Cardiologia; e

10. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad;

b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

1. Departamento de Gestão da Educação na Saúde;

2. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; e

3. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde;

c) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos:

1. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos;

2. Departamento de Ciência e Tecnologia;

3. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; e

4. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde;

d) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa:

1. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS;

2. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social; e

3. Departamento Nacional de Auditoria do SUS;

e) Secretaria de Vigilância em Saúde:

1. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis;
2. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde;
3. Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde;
4. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais; e
5. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; e

f) Secretaria Especial de Saúde Indígena:

1. Departamento de Atenção à Saúde Indígena;
2. Departamento de Gestão da Saúde Indígena;
3. Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena; e
4. Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

III - órgãos colegiados:

- a) Conselho Nacional de Saúde;
- b) Conselho de Saúde Suplementar; e
- c) Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC; e

IV - entidades vinculadas:

a) autarquias:

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; e
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

b) fundações públicas:

1. Fundação Nacional de Saúde - Funasa; e
2. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz;

c) sociedades de economia mista:

1. Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.;
2. Hospital Fêmina S.A.; e
3. Hospital Cristo Redentor S.A.; e

d) empresa pública: Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS DOS ÓRGÃOS

Seção I

Dos órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde

Art. 3º Ao Gabinete compete:

I - assistir o Ministro de Estado da Saúde em sua representação política e social, ocupar-se das relações públicas, do cerimonial, do preparo e do despacho de seu expediente pessoal;

II - acompanhar o andamento dos projetos de interesse do Ministério da Saúde em tramitação no Congresso Nacional;

III - providenciar o atendimento às consultas e aos requerimentos formulados pelo Congresso Nacional;

IV - providenciar a publicação oficial e a divulgação das matérias relacionadas com a área de atuação do Ministério da Saúde;

V - exercer as atividades de comunicação social;

VI - assessorar o Ministro de Estado nas relações internacionais de interesse do Ministério da Saúde;

VII - assessorar o Ministro de Estado na definição de diretrizes para a execução da política internacional e para a cooperação técnica internacional do Ministério da Saúde; e

VIII - exercer outras atribuições que lhe forem cometidas pelo Ministro de Estado.

Art. 4º À Secretaria-Executiva compete:

I - assistir o Ministro de Estado na supervisão e na coordenação das atividades das Secretarias integrantes da estrutura do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas;

II - coordenar e apoiar as atividades relacionadas com os sistemas federais de organização e inovação institucional, de planejamento e de orçamento, de contabilidade, de administração financeira, de custos, de administração de pessoal, de administração patrimonial, de gestão documental, de serviços gerais e de administração dos recursos de tecnologia da informática no Ministério da Saúde;

III - formular, elaborar e monitorar ações de desenvolvimento e capacitação de pessoas no Ministério da Saúde;

IV - coordenar e apoiar as atividades do Fundo Nacional de Saúde;

V - auxiliar o Ministro de Estado na definição de diretrizes e na implementação das ações da área de competência do Ministério da Saúde;

VI - assessorar a direção dos órgãos do Ministério da Saúde na formulação de estratégias de colaboração com organismos financeiros internacionais;

VII - apoiar a elaboração de acordos, programas e projetos em áreas e temas de abrangência nacional e internacional e coordenar as atividades de execução, quando envolverem várias Secretarias do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas e recursos orçamentários específicos;

VIII - apoiar a formulação do planejamento, o monitoramento e a avaliação de programas e projetos do Ministério da Saúde;

IX - participar do monitoramento e da avaliação da gestão do SUS, por meio da análise de seu desenvolvimento, da identificação e da disseminação de experiências inovadoras, de maneira a produzir subsídios para a tomada de decisões e para a organização dos serviços;

X - promover a economia da saúde no âmbito do SUS;

XI - promover a inovação e a melhoria da gestão no âmbito do Ministério da Saúde;

XII - coordenar e apoiar as atividades relacionadas aos sistemas internos de gestão e aos sistemas de informações relativos às atividades finalísticas do SUS;

XIII - coordenar e apoiar a definição de diretrizes do sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços;

XIV - fortalecer as relações entre os entes federados no âmbito do SUS;

XV - organizar a estrutura técnica, financeira, funcional e administrativa da Comissão Intergestores Tripartite no âmbito do SUS; e

XVI - realizar a articulação dos órgãos do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. A Secretaria-Executiva exerce, ainda, a função de órgão setorial dos Sistemas de Pessoal Civil da Administração Federal, de Serviços Gerais, de Planejamento e de Orçamento Federal, de Contabilidade Federal, de Administração Financeira Federal, de Organização e Inovação Institucional, de Gestão de Documentos de Arquivo e de Administração dos Recursos de Tecnologia da Informação, por meio da Subsecretaria de Assuntos Administrativos, da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento e do Departamento de Informática do SUS.

Art. 5º À Subsecretaria de Assuntos Administrativos compete:

I - planejar, coordenar e avaliar as ações de inovação de processos e de estruturas organizacionais no Ministério da Saúde;

II - planejar, coordenar e supervisionar as ações de gestão de pessoas no âmbito do Ministério da Saúde;

III - planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades de documentação, informação, arquivo, biblioteca, processo editorial e do Centro Cultural da Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde;

IV - planejar, coordenar e avaliar as atividades de compra de bens, materiais e serviços administrativos e de tecnologia da informação e automação para uso do Ministério da Saúde;

V - planejar, coordenar e avaliar as atividades de administração e logística de bens, materiais e serviços administrativos;

VI - supervisionar e orientar as atividades referentes à gestão administrativa dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde;

VII - planejar, monitorar e coordenar os recursos orçamentários e financeiros sob a sua gestão e a das unidades administrativas dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde;

VIII - planejar, coordenar e supervisionar, no âmbito do Ministério da Saúde, a execução das atividades relacionadas aos sistemas federais de serviços gerais, de administração de

pessoal, de administração patrimonial, de gestão documental e de organização e inovação institucional; e

IX - orientar as unidades do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas quanto ao cumprimento das normas administrativas estabelecidas pelos órgãos centrais dos sistemas federais.

Art. 6º À Subsecretaria de Planejamento e Orçamento compete:

I - planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relacionadas aos sistemas federais de planejamento e de orçamento, de administração financeira e de contabilidade, no âmbito do Ministério da Saúde;

II - articular-se com o órgão central de cada um dos sistemas federais referidos no inciso I, informar e orientar os órgãos do Ministério da Saúde quanto ao cumprimento das normas estabelecidas;

III - coordenar a elaboração e a consolidação dos planos e dos programas das atividades finalísticas do Ministério da Saúde e submetê-los à decisão superior; e

IV - acompanhar e avaliar projetos e atividades.

Art. 7º À Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde compete:

I - planejar, coordenar e supervisionar a execução orçamentária, financeira e contábil do Fundo Nacional de Saúde, inclusive daquelas atividades executadas por unidades descentralizadas;

II - desenvolver ações de cooperação técnica nas áreas orçamentária, financeira e contábil para subsidiar a formulação e a implementação de políticas de saúde;

III - planejar, coordenar e supervisionar a gestão das fontes de arrecadação e de aplicação dos recursos orçamentários e financeiros alocados ao Fundo Nacional de Saúde;

IV - planejar, coordenar e supervisionar as transferências de recursos financeiros destinados às ações e aos serviços de saúde, de custeio e capital a serem executados no âmbito do SUS;

V - planejar, coordenar e supervisionar a execução de convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres sob a responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde;

VI - planejar, coordenar e supervisionar a execução de análises técnico-econômicas de propostas de investimentos em infraestrutura física e tecnológica para ações e serviços de saúde; e

VII - instaurar processo de tomada de contas especial dos recursos do SUS alocados ao Fundo Nacional de Saúde.

Art. 8º Ao Departamento de Logística em Saúde compete:

I - planejar o processo de logística integrada de insumos estratégicos para a saúde;

II - planejar, coordenar, orientar e avaliar as atividades de compra de bens e de contratação de serviços relativos a insumos estratégicos para a saúde;

III - acompanhar e avaliar a elaboração dos contratos e dos aditivos referentes ao fornecimento de bens e à prestação de serviços relativos a insumos estratégicos para a saúde;

IV - planejar, coordenar, orientar e avaliar a armazenagem e a distribuição de insumos estratégicos para a saúde adquiridos pelo Ministério da Saúde;

V - planejar, coordenar, orientar e avaliar os processos de orçamento, finanças e contabilidade das compras de bens e das contratações de serviços relativos a insumos estratégicos para a saúde; e

VI - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil, no âmbito do Ministério da Saúde, relativas aos créditos sob sua gestão.

Art. 9º Ao Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento compete:

I - subsidiar o Ministério da Saúde, no âmbito da Economia da Saúde e Investimentos, na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e os temas estratégicos, necessários à implementação da Política Nacional de Saúde;

II - fomentar e coordenar a rede de economia da saúde no âmbito do SUS;

III - fomentar e realizar estudos econômicos para subsidiar as decisões do Ministério da Saúde na implementação de programas e projetos no âmbito do SUS;

IV - implementar e coordenar programas referentes à gestão de custos para o SUS;

V - coordenar a apuração de custos no Ministério da Saúde;

VI - coordenar e manter sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referente aos orçamentos públicos e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, e monitorar as despesas com ações e serviços públicos de saúde dos entes federados;

VII - coordenar o Banco de Preços em Saúde e a Unidade Catalogadora do Catálogo de Materiais no Ministério da Saúde, a fim de subsidiar a aquisição de insumos e investimentos em ações e serviços de saúde;

VIII - apoiar as áreas do Ministério da Saúde na formulação e na gestão de planos de investimentos em saúde;

IX - desenvolver e apoiar processos de qualificação dos investimentos em infraestrutura física e de equipamentos para ações e serviços de saúde;

X - prover metodologias e instrumentos que promovam boas práticas na análise e na execução de investimentos em infraestrutura física e tecnológica em saúde;

XI - apoiar o planejamento, a coordenação e a execução de programas e projetos de cooperação técnica com organismos internacionais, no âmbito do Ministério da Saúde; e

XII - apoiar o planejamento, a coordenação e a execução de programas de cooperação técnica nacional no âmbito do Ministério da Saúde.

Art. 10. Ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS compete:

I - coordenar a formulação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS;

II - coordenar os processos de elaboração, negociação, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação do SUS;

III - articular e integrar as ações de monitoramento e avaliação executadas pelos órgãos e pelas unidades do Ministério da Saúde;

IV - desenvolver metodologias e apoiar iniciativas que qualifiquem o processo de monitoramento e avaliação do SUS;

V - apoiar a realização de estudos e pesquisas que visem à produção do conhecimento no campo de monitoramento e avaliação do SUS;

VI - participar da coordenação do processo colegiado de monitoramento, avaliação e gestão das informações do SUS;

VII - sistematizar e disseminar informações estratégicas para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do SUS;

VIII - coordenar a Política de Dados Abertos do Ministério da Saúde;

IX - desenvolver metodologias e apoiar iniciativas para a melhoria contínua da publicação de dados abertos do Ministério da Saúde; e

X - desenvolver metodologias e apoiar práticas relacionadas à transparência e ao acesso à informação pública.

Art. 11. Ao Departamento de Informática do SUS compete:

I - fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS direcionadas à manutenção e ao desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde;

II - desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações para ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;

III - desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação para atender aos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde;

IV - manter o acervo das bases de dados necessários ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;

V - assegurar aos gestores do SUS e aos órgãos congêneres o acesso aos serviços de tecnologia da informação e às bases de dados mantidos pelo Ministério da Saúde;

VI - definir programas de cooperação tecnológica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia no segmento de tecnologia da informação em saúde;

VII - apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS;

VIII - prospectar e gerenciar a Rede Lógica do Ministério da Saúde; e

IX - promover o atendimento ao usuário de informática do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao Departamento de Articulação Interfederativa compete:

I - subsidiar os processos de elaboração de diretrizes e implementação de instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento das relações interfederativas nas três esferas de governo;

II - promover, articular e integrar as atividades e as ações de cooperação entre os entes federados;

III - planejar, coordenar e articular o processo de negociação e de contratualização entre os entes federados, visando fortalecer a gestão compartilhada;

IV - participar do processo de negociação e da definição de critérios para o financiamento do sistema de saúde e a alocação de recursos físicos e financeiros nas três esferas de gestão do SUS;

V - desenvolver instrumentos e iniciativas que qualifiquem o processo de fortalecimento das relações interfederativas no âmbito do SUS;

VI - sistematizar e fornecer informações sobre a gestão do SUS para os Estados, os Municípios e o Distrito Federal;

VII - acompanhar e contribuir para a efetivação das diretrizes da regionalização do SUS; e

VIII - prestar apoio técnico e administrativo à Comissão Intergestores Tripartite, na condução dos Grupos de Trabalho, das Câmaras Técnicas e do seu Pleno, no âmbito do SUS.

Art. 13. Aos Núcleos Estaduais compete desenvolver atividades técnico-administrativas e de apoio logístico, bem como praticarem os demais atos necessários à atuação dos órgãos do Ministério da Saúde.

Art. 14. À Consultoria Jurídica, órgão setorial da Advocacia-Geral da União, compete:

I - prestar assessoria e consultoria jurídica no âmbito do Ministério da Saúde;

II - fixar a interpretação da Constituição, das leis, dos tratados e dos demais atos normativos, a ser uniformemente seguida na área de atuação do Ministério da Saúde quando não houver orientação normativa do Advogado-Geral da União;

III - atuar, em conjunto com os órgãos técnicos do Ministério da Saúde, na elaboração de propostas de atos normativos que serão submetidas ao Ministro de Estado;

IV - realizar revisão final da técnica legislativa e emitir parecer conclusivo sobre a constitucionalidade, a legalidade e a compatibilidade com o ordenamento jurídico das propostas de atos normativos;

V - assistir o Ministro de Estado no controle interno da legalidade administrativa dos atos do Ministério da Saúde e das entidades a ele vinculadas; e

VI - examinar, prévia e conclusivamente, no âmbito do Ministério da Saúde:

a) os textos de editais de licitação e dos respectivos contratos ou instrumentos congêneres a serem publicados e celebrados; e

b) os atos pelos quais se reconheça a inexigibilidade ou se decida pela dispensa de licitação; e

VII - elaborar estudos jurídicos e informações por solicitação do Ministro de Estado.

Art. 15. À Assessoria Especial de Controle Interno compete:

I - assessorar diretamente o Ministro de Estado nas áreas de controle, risco, transparência e integridade da gestão;

II - assistir o Ministro de Estado no pronunciamento estabelecido no art. 52 da Lei nº 8.443, de 16 de julho de 1992;

III - prestar orientação técnica ao Secretário-Executivo, aos gestores do Ministério da Saúde e aos representantes indicados pelo Ministro de Estado em conselhos e comitês, nas áreas de controle, risco, transparência e integridade da gestão;

IV - prestar orientação técnica e acompanhar os trabalhos das unidades do Ministério da Saúde com vistas a subsidiar a elaboração da prestação de contas anual do Presidente da República e do relatório de gestão;

V - prestar orientação técnica na elaboração e na revisão de normas internas e de manuais;

VI - apoiar a supervisão ministerial das entidades vinculadas, em articulação com as respectivas unidades de auditoria interna, inclusive quanto ao planejamento e aos resultados dos trabalhos;

VII - auxiliar na interlocução entre as unidades responsáveis por assuntos relacionados a ética, ouvidoria e correição no Ministério da Saúde e os órgãos de controle interno e externo e de defesa do Estado;

VIII - acompanhar processos de interesse do Ministério da Saúde junto aos órgãos de controle interno e externo e de defesa do Estado;

IX - acompanhar a implementação das recomendações do Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União e das deliberações do Tribunal de Contas da União, relacionadas ao Ministério da Saúde, e atender outras demandas provenientes dos órgãos de controle interno e externo e de defesa do Estado; e

X - apoiar as ações de capacitação nas áreas de controle, risco, transparência e integridade da gestão.

Art. 16. À Corregedoria-Geral, unidade setorial do Sistema de Correição do Poder Executivo federal, subordinada administrativamente ao Ministro de Estado da Saúde e sob a supervisão técnica do Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União, compete:

I - planejar, supervisionar, orientar, executar, controlar e avaliar as atividades de correição desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde;

II - promover ações destinadas à valorização e ao cumprimento de preceitos relativos à ética funcional e à conduta disciplinar dos servidores;

III - verificar os aspectos disciplinares dos procedimentos administrativos, de ofício ou sempre que demandada pelos dirigentes de área, pela ouvidoria, pelos órgãos de controle e a partir de denúncias e resultados de procedimentos internos;

IV - propor medidas para inibir, reprimir e diminuir a prática de faltas ou irregularidades cometidas por servidores contra o patrimônio público ou por inobservância de dever funcional;

V - determinar a instauração, a prorrogação, a recondução e o arquivamento dos processos administrativos disciplinares, sindicâncias punitivas, investigativas, patrimoniais, investigações preliminares, inspeções e termos circunstanciados administrativos, e requisitar e designar servidores para compor as comissões processantes no âmbito do Ministério da Saúde;

VI - realizar o julgamento dos processos administrativos disciplinares cuja penalidade seja de advertência e suspensão por até trinta dias, de investigações preliminares e de sindicâncias punitivas, investigativas e patrimoniais no âmbito do Ministério da Saúde;

VII - realizar visitas, inspeções e correições nas unidades do Ministério da Saúde e propor medidas de correção, apuração, prevenção de falhas e omissões na prestação de serviços públicos, com diligências e solicitação de informações, quando necessário;

VIII - gerenciar, planejar, monitorar, orientar, acompanhar e controlar as comissões processantes, analisar as solicitações dessas comissões e manter arquivo privativo de processos de procedimentos prévios de investigação, sindicâncias e processos administrativos disciplinares finalizados;

IX - propor ao Órgão Central do Sistema de Correição medidas que visem à definição, à padronização, à sistematização, à racionalização e à normatização dos procedimentos operacionais atinentes à atividade de correição; e

X - apoiar e prestar orientação técnica às unidades do Ministério da Saúde na implementação de atividades correccionais.

Seção II

Dos órgãos específicos singulares

Art. 17. À Secretaria de Atenção à Saúde compete:

I - participar da formulação e da implementação da política de atenção à saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

II - definir e coordenar sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde;

III - estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade e para a avaliação da atenção à saúde;

IV - identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de atenção à saúde;

V - elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

VI - coordenar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, as atividades das unidades assistenciais do Ministério da Saúde;

VII - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal;

VIII - coordenar a formulação e a implementação da política de regulação assistencial do SUS;

IX - promover o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica em saúde;

X - participar da elaboração, da implantação e da implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS nas três esferas de governo;

XI - proceder à certificação das entidades beneficentes de assistência social que prestam ou realizam ações sociais na área de saúde, nos termos da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009;

XII - normatizar, no que lhe competir, sem prejuízo das competências de outros órgãos do Ministério da Saúde, as ações e os serviços de atenção à saúde no âmbito do SUS;

XIII - promover ações de integração da atenção básica aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e às ações de vigilância em saúde;

XIV - promover ações da rede de atenção à saúde;

XV - apoiar financeiramente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na organização das ações de rede de atenção à saúde;

XVI - desenvolver sistemas, mecanismos de gestão, de controle, de monitoramento e de avaliação das ações voltadas à organização e à implementação de redes de atenção à saúde;

XVII - apoiar o desenvolvimento de mecanismos inovadores que fortaleçam a organização de sistemas de saúde e a capacidade de gestão do SUS nas três esferas de governo; e

XVIII - definir diretrizes para as ações estruturantes e emergenciais da Força Nacional do SUS.

Art. 18. Ao Departamento de Atenção Básica compete:

I - normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção básica em saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS;

II - promover e coordenar, em conjunto com o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a organização da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde;

III - desenvolver mecanismos de implantação de sistemas de informação, de controle e de avaliação das ações de atenção básica em saúde;

IV - acompanhar e propor instrumentos para a organização gerencial e operacional da atenção básica em saúde;

V - prestar cooperação técnica aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção básica em saúde; e

VI - coordenar o processo de formulação, implementação e avaliação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

Art. 19. Ao Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência compete:

I - elaborar, coordenar e avaliar:

a) a política nacional de atenção hospitalar do SUS;

b) o programa de atenção domiciliar do SUS;

c) o programa nacional de segurança do paciente; e

d) a política de urgência e emergência do SUS e a rede de urgência e emergência;

II - prestar cooperação técnica aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção hospitalar, de atenção domiciliar e de urgência em saúde; e

III - definir ações para a atuação da Força Nacional do SUS.

Art. 20. Ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas compete:

I - fomentar no âmbito do SUS a discussão e a capacitação do tema dos direitos humanos e saúde, sem prejuízo da competência dos demais órgãos do Ministério da Saúde;

II - formular, planejar, avaliar e monitorar ações estratégicas de atenção à saúde no âmbito das políticas de saúde para populações estratégicas ou vulneráveis;

III - prestar cooperação técnica aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção à saúde para populações estratégicas ou vulneráveis;

IV - coordenar os processos de implementação, fortalecimento e avaliação da rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

V - coordenar os processos de formulação, elaboração e avaliação da política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

VI - coordenar o processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde nos seguintes segmentos:

a) criança e aleitamento materno;

b) bancos de leite materno;

c) saúde da mulher;

d) Rede Cegonha, no âmbito do SUS;

e) saúde da pessoa idosa;

f) saúde do homem;

g) adolescentes e jovens; e

h) pessoa com deficiência, incluída a rede de cuidados da pessoa com deficiência;

VII - prestar cooperação técnica aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção à saúde no âmbito do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - Sinase;

VIII - proceder à análise técnica de projetos apresentados por instituições que tenham por objeto ações e atividades voltadas para a organização das ações e das políticas vinculadas ao Departamento;

IX - coordenar, de modo articulado com outros órgãos do Ministério da Saúde, a formulação de conteúdos programáticos, normas técnico-gerenciais, métodos e instrumentos que reorientem o modelo de atenção à saúde;

X - prestar cooperação técnica aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal para a organização e a articulação das ações programáticas estratégicas;

XI - elaborar mecanismos de avaliação e de acompanhamento das ações programáticas estratégicas;

XII - elaborar instrumentos técnicos e participar da elaboração de atos normativos para subsidiar o desenvolvimento, a implantação e a gestão das ações programáticas estratégicas e das redes de saúde vinculadas ao Departamento;

XIII - produzir, processar e difundir conhecimentos referentes às ações programáticas estratégicas;

XIV - incentivar a articulação com movimentos sociais, organizações não governamentais e instituições afins, para fomento à participação popular e social na formulação, no acompanhamento e na avaliação das ações programáticas estratégicas e das redes de saúde vinculadas ao Departamento;

XV - fomentar pesquisas relacionadas às ações programáticas estratégicas; e

XVI - promover cooperação técnica com instituições de pesquisa e ensino para o desenvolvimento de tecnologias inovadoras de gestão e atenção à saúde das ações programáticas estratégicas.

Art. 21. Ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas compete:

I - gerir a Política Nacional de Regulação, em seus componentes de regulação da atenção e de regulação do acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - estabelecer normas e definir critérios para a sistematização e a padronização das técnicas e dos procedimentos relativos às áreas de controle e avaliação das ações assistenciais de média e alta complexidade de saúde desenvolvidas nos Estados, nos Municípios e no Distrito Federal;

III - apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal no planejamento e no controle da produção, da alocação e da utilização dos recursos de custeio da atenção de média e alta complexidade;

IV - desenvolver ações de cooperação técnica e financeira com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação das ações assistenciais de média e alta complexidade;

V - coordenar as ações de desenvolvimento da metodologia de programação geral das ações e dos serviços de saúde;

VI - monitorar e avaliar a assistência de média e alta complexidade quanto à capacidade operacional e potencial da rede instalada, à oferta de serviços de saúde e à execução dos recursos financeiros;

VII - gerir os sistemas de informação do SUS no que se refere às macrofunções de cadastramento dos estabelecimentos de saúde, de gestão de programação das ações e dos serviços de saúde, de regulação da atenção e do acesso à assistência, de produção de ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e de execução financeira dos recursos destinados à média e alta complexidade;

VIII - garantir o tratamento de dados que possam subsidiar processos avaliativos e regulatórios por meio da disponibilização de informações seguras e de qualidade da cobertura assistencial nos Estados, nos Municípios e no Distrito Federal;

IX - construir arranjos metodológicos para o monitoramento e a avaliação dos sistemas de saúde que permitam a rápida intervenção sobre os problemas identificados, com vistas à melhoria contínua da eficácia e da eficiência dos serviços ofertados à população, por meio de cooperação técnica com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, tendo como base os sistemas de informação geridos pelo Departamento;

X - subsidiar e apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal nos processos de contratação de serviços de assistência à saúde e celebração de instrumentos de cooperação e compromissos entre entes públicos para a prestação de serviços de saúde; e

XI - gerir o conteúdo e a estrutura dos modelos de informação, as regras de negócio e as terminologias administrativas e clínicas da atenção à saúde relacionadas às ações, aos serviços de saúde, e aos estabelecimentos de saúde, de atendimentos assistenciais e correlatos.

Art. 22. Ao Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde compete:

I - definir e promover ações técnicas e administrativas necessárias à certificação das entidades beneficentes de assistência social em saúde;

II - apoiar tecnicamente os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal na implantação de ações direcionadas ao cumprimento dos requisitos de concessão ou renovação dos certificados de entidades beneficentes de assistência social em saúde;

III - analisar o cumprimento dos requisitos legais nos requerimentos apresentados pelas entidades de saúde e submetê-los ao Secretário de Atenção à Saúde para concessão ou renovação do certificado de entidades beneficentes de assistência social em saúde;

IV - promover a inserção das entidades beneficentes de assistência social em saúde nos sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde, e supervisionar as ações das entidades certificadas; e

V - encaminhar à Secretaria da Receita Federal do Brasil do Ministério da Fazenda informações sobre os pedidos de certificação e renovação deferidos e sobre aqueles indeferidos definitivamente, na forma e no prazo por ela estabelecidos.

Art. 23. Ao Departamento de Atenção Especializada e Temática compete:

I - elaborar, coordenar e avaliar:

a) as políticas e as ações de atenção especializada em saúde; e

b) a política de sangue e hemoderivados;

II - elaborar, coordenar, avaliar e regular as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos;

III - acompanhar e propor instrumentos para organização gerencial e operacional da atenção especializada em saúde; e

IV - prestar cooperação técnica aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção especializada em saúde.

Art. 24. Ao Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro compete:

I - promover a integração operacional e assistencial dos serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde;

II - articular e coordenar a implementação das políticas e dos projetos do Ministério da Saúde nas unidades assistenciais sob a sua responsabilidade;

III - implementar as ações de gestão participativa e controle social dos serviços de saúde sob a sua responsabilidade;

IV - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a sua gestão;

V - planejar, coordenar, orientar, executar e avaliar as atividades de contratação de serviços e de aquisição de bens e materiais para as unidades assistenciais sob a sua responsabilidade;

VI - planejar e monitorar a armazenagem e a distribuição de bens e materiais para as unidades assistenciais sob a sua responsabilidade; e

VII - articular e coordenar as ações de implementação da política de assistência à saúde nos hospitais federais com os demais serviços de saúde localizados na cidade do Rio de Janeiro, na Região Metropolitana e nos demais Municípios do Estado, com vistas ao planejamento, ao fortalecimento e à qualificação das ações para a prestação dos serviços de saúde.

Art. 25. Ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva compete:

I - participar da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer;

II - planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das neoplasias malignas e das afecções correlatas;

III - exercer atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos, em todos os níveis, na área de cancerologia;

IV - coordenar, programar e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cancerologia; e

V - prestar serviços médico-assistenciais aos portadores de neoplasias malignas e afecções correlatas.

Art. 26. Ao Instituto Nacional de Cardiologia compete:

I - participar da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias cardiológicas;

II - planejar, coordenar e orientar planos, projetos e programas, em nível nacional, compatíveis com a execução de atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias cardiológicas;

III - desenvolver e orientar a execução das atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis na área de cardiologia, cirurgia cardíaca e reabilitação;

IV - coordenar programas e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em cardiologia, cirurgia cardíaca e afins;

V - orientar e prestar serviços médico-assistenciais na área de cardiologia e afins;

VI - estabelecer normas técnicas para padronização, controle e racionalização dos procedimentos adotados na especialidade; e

VII - fomentar estudos e promover pesquisas, visando ao incentivo à ampliação dos conhecimentos e à produção científica na área de cardiologia, cirurgia cardíaca e afins.

Art. 27. Ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad compete:

I - participar da formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias ortopédicas e traumatológicas;

II - planejar, coordenar e orientar planos, projetos e programas, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das patologias ortopédicas e traumatológicas e à sua reabilitação;

III - desenvolver e orientar a execução das atividades de formação, treinamento e aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis, na área de ortopedia, traumatologia e reabilitação;

IV - coordenar programas e realizar pesquisas clínicas, epidemiológicas e experimentais em traumatologia e ortopedia;

V - estabelecer normas, padrões e técnicas de avaliação de serviços e resultados; e

VI - coordenar e orientar a prestação de serviços médico-assistenciais aos portadores de patologias traumatológicas e ortopédicas.

Art. 28. À Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde compete:

I - promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

II - elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde e acompanhar sua execução, e promover o desenvolvimento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde;

III - planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, à organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, à formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e ao ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo;

IV - articular com os órgãos educacionais, com as entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional, com os movimentos sociais, e com entidades representativas de educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde;

V - promover a integração dos setores de saúde e de educação, a fim de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área;

VI - planejar e coordenar ações, visando à integração e ao aperfeiçoamento da relação entre a gestão do SUS nos níveis federal, estadual, municipal e no Distrito Federal, no que se refere aos planos de formação, qualificação e distribuição das ofertas de educação e trabalho na área de saúde;

VII - planejar e coordenar ações destinadas à promoção da participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e na regulação das profissões de saúde;

VIII - planejar e coordenar ações, visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, e à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde;

IX - fomentar a cooperação internacional, inclusive por meio da instituição e da coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente a solução das questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul; e

X - coordenar a análise técnica de projetos de lei e de outras propostas normativas que disponham sobre o trabalho e a educação em saúde.

Art. 29. Ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde compete:

I - participar da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde e da Política Nacional de Educação Permanente no SUS e no Ministério da Saúde;

II - buscar a integração dos setores de saúde e educação para o fortalecimento das instituições formadoras no interesse do SUS e a adequação da formação profissional às necessidades da saúde;

III - promover o desenvolvimento da rede de escolas de governo vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e de redes colaborativas de Educação em Saúde Coletiva;

IV - estabelecer políticas para que a rede de serviços do SUS seja adequada à condição de campo de ensino para a formação de profissionais de saúde e para os processos formativos na rede de serviços do SUS para todas as categorias profissionais; e

V - estabelecer políticas e processos para o desenvolvimento profissional em programas institucionais, interprofissionais e com ênfase no trabalho colaborativo, tendo em vista a atenção integral à saúde.

Art. 30. Ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde compete:

I - planejar estudos de análise das necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população;

II - atuar junto aos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal para a solução dos problemas de pessoal do setor público e do setor privado pertinentes ao SUS;

III - promover e participar da articulação de pactos entre as gestões federal, estaduais municipais e do Distrito Federal, no que se refere aos planos de produção, à qualificação e à distribuição dos profissionais de saúde do SUS;

IV - coordenar, incentivar e apoiar os Estados, os Municípios, o Distrito Federal e as instituições públicas, sob regime público ou privado com atuação no SUS, na elaboração e na implementação de planos de cargos e carreiras profissionais no âmbito do SUS;

V - planejar e coordenar as ações de regulação profissional tanto para novas profissões e ocupações, quanto para as já estabelecidas no mercado de trabalho;

VI - propor e acompanhar sistemas de certificação de competências profissionais, visando à regulação dos processos de trabalho em saúde;

VII - articular sistema permanente de negociação das relações de trabalho com os gestores federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal, o setor privado e as representações dos trabalhadores; e

VIII - supervisionar a elaboração de parecer sobre projetos de lei e de outras propostas normativas que disponham sobre o trabalho em saúde.

Art. 31. Ao Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde compete:

I - planejar, coordenar, monitorar e avaliar a provisão de profissionais da área de saúde no âmbito do SUS;

II - planejar, coordenar, monitorar e avaliar a celebração dos termos de cooperação com as instituições de ensino que prestam o curso de Especialização em Saúde da Família;

III - coordenar o curso de Especialização em Saúde da Família junto à Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS e às instituições de ensino a ela filiadas;

IV - planejar, coordenar e monitorar o projeto político-pedagógico, o processo de certificação e a avaliação de desempenho dos envolvidos nos programas de provisão de profissionais da área saúde no âmbito do SUS;

V - planejar a estratégia de ação dos programas de provisão de profissionais da área de saúde no âmbito do SUS em áreas carentes e remotas do País; e

VI - articular com os setores de saúde e educação no âmbito federal, estadual, distrital e municipal.

Art. 32. À Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos compete:

I - formular, coordenar, implementar e avaliar:

a) a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; e

b) as Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, inclusive de hemoderivados, vacinas, imunobiológicos e outros insumos relacionados como partes integrantes da Política Nacional de Saúde;

II - formular, coordenar e implementar políticas de fomento, desenvolvimento e inovação para os insumos estratégicos na área de saúde;

III - formular, implementar e avaliar políticas, diretrizes e metas para as áreas e os temas estratégicos necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;

IV - viabilizar a cooperação técnica com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, no âmbito de sua atuação;

V - articular a ação do Ministério da Saúde, no âmbito de suas atribuições, com as organizações governamentais e não governamentais, com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde;

VI - estabelecer métodos e mecanismos para a análise da viabilidade econômico-sanitária de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde;

VII - participar da formulação, da coordenação e da implementação das ações de regulação do mercado, com vistas ao aprimoramento da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;

VIII - formular, fomentar, realizar e avaliar estudos e projetos, no âmbito de suas responsabilidades;

IX - formular, coordenar, avaliar, elaborar normas e participar da execução da política nacional e da produção de medicamentos, insumos estratégicos e produtos médicos, em articulação com os demais órgãos governamentais;

X - promover ações de implementação de parcerias público-privadas no desenvolvimento tecnológico e na produção de produtos estratégicos na área de saúde; e

XI - coordenar o processo de incorporação e desincorporação de tecnologias em saúde.

Art. 33. Ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos compete:

I - subsidiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e os temas estratégicos necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas competências;

II - formular, implementar e coordenar a gestão das Políticas Nacionais de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo sangue, hemoderivados, vacinas e imunobiológicos como partes integrantes da Política Nacional de Saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

III - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, no âmbito de sua atuação;

IV - coordenar a organização e o desenvolvimento de programas, projetos e ações, em áreas e temas de abrangência nacional;

V - normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, nos diferentes níveis da atenção à saúde, obedecendo aos princípios e às diretrizes do SUS;

VI - programar a aquisição e a distribuição de insumos estratégicos para a saúde, em particular para a assistência farmacêutica, em articulação com o Departamento de Logística em Saúde da Secretaria-Executiva;

VII - propor acordos e convênios com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS, no limite de suas competências;

VIII - orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes envolvidos no processo de assistência farmacêutica e insumos estratégicos, com vistas à sustentabilidade dos programas e dos projetos em sua área de atuação;

IX - elaborar e acompanhar a execução de programas e projetos relacionados à produção, à aquisição, à distribuição, à dispensação e ao uso de medicamentos no âmbito do SUS; e

X - coordenar a implementação de ações relacionadas à assistência farmacêutica e ao acesso aos medicamentos no âmbito dos Programas de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

Art. 34. Ao Departamento de Ciência e Tecnologia compete:

I - participar da formulação, da implementação e da avaliação da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, tendo como pressupostos as necessidades demandadas pela Política Nacional de Saúde e a observância dos princípios e das diretrizes do SUS;

II - coordenar e executar as ações do Ministério da Saúde no campo de pesquisa e desenvolvimento em saúde, e articular intersetorialmente no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia;

III - coordenar a formulação e a implementação de políticas, programas e ações de avaliação de tecnologias no SUS;

IV - coordenar o processo de gestão do conhecimento em Ciência e Tecnologia em Saúde, visando à utilização do conhecimento científico e tecnológico em todos os níveis de gestão do SUS;

V - promover, em articulação com instituições de ciência e tecnologia e agências de fomento, a realização de pesquisas estratégicas em saúde;

VI - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, no âmbito da ciência e tecnologia em saúde;

VII - acompanhar as atividades da Secretaria-Executiva da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, instituída no âmbito do Conselho Nacional de Saúde;

VIII - coordenar a elaboração, a execução e a avaliação de programas e projetos em áreas e temas de abrangência nacional, no âmbito das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;

IX - implantar mecanismos de cooperação para o desenvolvimento de instituições de ciência e tecnologia que atuam na área de saúde; e

X - propor acordos e convênios com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a execução descentralizada de programas e projetos especiais no âmbito do SUS.

Art. 35. Ao Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde compete:

I - consolidar programas e ações no âmbito da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos que permitam a definição de uma estratégia nacional de fomento, desenvolvimento e inovação para os insumos industriais na área de saúde;

II - subsidiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e os temas relativos ao Complexo Industrial da Saúde, necessários à implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições;

III - coordenar a organização e o desenvolvimento de programas, projetos e ações com a finalidade de induzir o desenvolvimento, a difusão e a incorporação de novas tecnologias no SUS;

IV - formular, propor diretrizes e coordenar o desenvolvimento de ações voltadas à produção de insumos para a saúde de interesse nacional;

V - definir estratégias de atuação do Ministério da Saúde no campo da biossegurança, da biotecnologia, do patrimônio genético e da propriedade intelectual em articulação com outros órgãos e instituições afins;

VI - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial, além de orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, no âmbito do Complexo Industrial e Inovação em Saúde;

VII - elaborar, divulgar e fomentar a observância de diretrizes de desenvolvimento tecnológico, transferência de tecnologias, produção e inovação relacionadas ao Complexo Industrial da Saúde;

VIII - formular e coordenar as ações de fomento à produção pública de medicamentos, vacinas, hemoderivados e outros insumos industriais na área de saúde como suporte às ações governamentais em saúde e de balizamento do mercado nacional de saúde;

IX - propor acordos e convênios com entidades e órgãos da administração pública, direta e indireta, do terceiro setor e do setor privado para a implementação das diretrizes e a consolidação da Política Nacional de Saúde, no que diz respeito ao Complexo Industrial da Saúde;

X - articular intersetorialmente a Política Nacional de Saúde no âmbito do Sistema Nacional de Inovação e da Política de Desenvolvimento Produtivo e Industrial;

XI - promover, em articulação com instituições de ciência e tecnologia, bancos e agências de fomento, a realização de projetos estratégicos para desenvolvimento tecnológico, transferências de tecnologia, produção e inovação em saúde;

XII - implantar mecanismos de cooperação para o desenvolvimento e a implementação do sistema de inovação na área de saúde;

XIII - analisar a viabilidade de empreendimentos públicos no Complexo Industrial da Saúde;

XIV - participar de ações de regulação de mercado, no âmbito das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;

XV - analisar dados econômicos e financeiros para subsidiar a definição de estratégias relativas ao Complexo Industrial da Saúde, tendo em vista a implementação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições; e

XVI - formular, avaliar, elaborar normas e participar da execução da Política Nacional de Saúde e da produção de medicamentos, insumos estratégicos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais.

Art. 36. Ao Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde compete:

I - subsidiar a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos na formulação de políticas, diretrizes e metas para a incorporação, a alteração ou a exclusão pelo SUS de tecnologias em saúde;

II - acompanhar, subsidiar e dar suporte às atividades e às demandas da CONITEC;

III - prestar apoio e cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal para a incorporação de novas tecnologias que sejam relevantes para o cidadão e para o sistema de saúde;

IV - apoiar a estruturação e a qualificação de instituições de ensino, pesquisa e assistência, com vistas a subsidiar a incorporação de tecnologias de interesse para o SUS;

V - fomentar a realização de estudos e pesquisas, por meio de acordos de cooperação com entidades governamentais e não governamentais, que contribuam para o aprimoramento da gestão tecnológica no SUS;

VI - realizar a análise técnica dos processos submetidos à CONITEC;

VII - coordenar ações de monitoramento de tecnologias novas e emergentes no setor saúde para a antecipação de demandas de incorporação e para a indução da inovação tecnológica;

VIII - definir critérios para a incorporação tecnológica com base em evidências de eficácia, segurança e custo-efetividade;

IX - articular as ações do Ministério da Saúde referentes à incorporação de novas tecnologias, com os diversos setores, governamentais e não governamentais, relacionadas às prioridades do SUS;

X - contribuir para a promoção do acesso e do uso racional de tecnologias seguras e eficientes;

XI - implantar mecanismos de cooperação nacional e internacional para o aprimoramento da gestão e da incorporação tecnológica no SUS;

XII - promover a disseminação e a difusão de informações sobre gestão e incorporação de tecnologias em saúde;

XIII - participar de ações de inovação e incorporação tecnológica, no âmbito das atribuições da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;

XIV - promover ações que favoreçam e estimulem a participação social na incorporação de tecnologias em saúde no SUS;

XV - participar da constituição ou da alteração de protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas voltadas para o SUS;

XVI - apoiar o monitoramento e a avaliação da efetividade das tecnologias incorporadas no âmbito do SUS;

XVII - atuar na construção de modelos de gestão e na incorporação de tecnologias em conjunto com os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul;

XVIII - participar da atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME; e

XIX - realizar a gestão dos processos submetidos à CONITEC.

Art. 37. À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa compete:

I - formular políticas de gestão estratégica, democrática e participativa do SUS;

II - promover a participação e a mobilização social pelo direito à saúde e em defesa do SUS;

III - participar da articulação das ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica, democrática e participativa, junto aos setores governamentais e não governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde;

IV - fortalecer o controle social no âmbito do SUS;

V - promover políticas de equidade em saúde;

VI - promover a capacitação de conselheiros, lideranças sociais, gestores e trabalhadores para a gestão estratégica, democrática e participativa no âmbito do SUS;

VII - formular a política de ouvidoria do SUS, promover a sua implementação descentralizada e a cooperação com entidades de defesa de direitos humanos e do cidadão;

VIII - prestar serviços de ouvidoria do SUS e do Ministério da Saúde;

IX - auditar as ações e os serviços de saúde e a regularidade da aplicação dos recursos federais;

X - promover o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;

XI - promover e fomentar estudos, pesquisas e publicações que contribuam para o desenvolvimento do SUS, inclusive por meio de acordos de cooperação com entidades governamentais e não governamentais; e

XII - realizar a articulação e a promoção da cooperação internacional para intercâmbio de conhecimentos no âmbito da gestão estratégica, democrática e participativa do SUS.

Art. 38. Ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS compete:

I - subsidiar o processo de formulação de políticas de gestão estratégica, democrática e participativa do SUS, no âmbito de sua atuação;

II - propor a política de ouvidoria no âmbito do SUS, orientar e coordenar a sua implementação;

III - executar as atividades de ouvidoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde;

IV - receber, examinar e encaminhar reclamações, elogios, sugestões, denúncias e informações dirigidos ao Ministério da Saúde e assegurar aos demandantes o direito à resposta;

V - encaminhar as denúncias recebidas aos órgãos competentes para providências no âmbito de suas competências;

VI - sistematizar as informações referentes às demandas recebidas e produzir relatórios para uso de gestores, cidadãos e demais partes interessadas;

VII - incentivar a participação de cidadãos e de entidades da sociedade civil na avaliação e no controle social dos serviços prestados pelo SUS;

VIII - apoiar a criação, a modernização e a integração sistêmica de ouvidorias do SUS, no âmbito dos órgãos e das entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

IX - apoiar e fomentar a educação permanente para as ouvidorias do SUS, nas três esferas de governo, para a implementação de política de ouvidoria;

X - viabilizar e coordenar estudos e pesquisas para a produção do conhecimento no campo da ouvidoria em saúde;

XI - articular e cooperar com organismos nacionais e internacionais para o intercâmbio de conhecimentos e cooperação técnica no campo da ouvidoria;

XII - manter e disponibilizar sistema de informações em apoio às atividades integradas das ouvidorias do SUS; e

XIII - disseminar informações relativas a temas afetos à saúde pública.

Art. 39. Ao Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social compete:

I - subsidiar o processo de formulação de políticas de gestão estratégica, democrática e participativa do SUS, no âmbito de sua atuação;

II - articular e apoiar a implementação de políticas intra e intersetoriais de promoção de equidade nas três esferas do SUS;

III - apoiar as iniciativas dos movimentos sociais na formulação de políticas de gestão do SUS;

IV - fomentar e ampliar a mobilização social pelo direito à saúde e em defesa do SUS;

V - mobilizar, fomentar e instrumentalizar movimentos sociais, conselhos de saúde e de direitos correlatos, gestores e trabalhadores de saúde para as práticas de gestão estratégica, democrática e participativa, especialmente nos processos de definição de prioridades no âmbito do SUS;

VI - promover e apoiar a participação social e popular nos processos de qualificação e efetivação do controle social e defesa do SUS;

VII - apoiar ações intra e intersetoriais de articulação entre as políticas de saúde e as de promoção de equidade em saúde;

VIII - criar e implementar mecanismos de apoio ao processo de organização e funcionamento das estruturas de controle social;

IX - apoiar projetos e ações de fortalecimento da atuação dos conselhos de saúde;

X - apoiar e fomentar a realização das conferências de saúde e das plenárias dos conselhos de saúde;

XI - apoiar e fomentar a elaboração e a implementação de política nacional de educação permanente para o controle social no SUS e de política nacional de educação popular em saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios;

XII - apoiar e articular ações de educação e comunicação em saúde junto às organizações governamentais, não governamentais e aos movimentos sociais;

XIII - apoiar e articular grupos sociais que demandem políticas específicas de saúde para contribuir com a equidade no âmbito do SUS;

XIV - viabilizar e coordenar estudos e pesquisas para a produção do conhecimento no campo da gestão participativa, do controle social e das políticas de promoção de equidade; e

XV - articular e cooperar com organismos nacionais e internacionais para o intercâmbio de conhecimentos na promoção da participação e do controle social nas políticas de saúde.

Art. 40. Ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS compete:

I - subsidiar o processo de formulação de políticas de gestão estratégica, democrática e participativa do SUS, no âmbito de sua atuação;

II - auditar a adequação das ações e dos serviços públicos de saúde e a sua regularidade quanto aos aspectos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais da aplicação dos recursos do SUS;

III - monitorar o cumprimento das recomendações resultantes das atividades de auditoria realizadas pelo Departamento;

IV - informar o resultado das auditorias às áreas técnicas programáticas do Ministério da Saúde, de acordo com o seu campo de atuação;

V - comunicar irregularidades detectadas ao Fundo Nacional de Saúde e aos órgãos de controle interno e externo;

VI - elaborar relatórios gerenciais referentes às atividades de auditoria realizadas pelo Departamento;

VII - propor a sistematização e a padronização dos procedimentos operacionais do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;

VIII - prestar apoio técnico aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;

IX - articular ações integradas de auditoria no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;

X - promover a gestão da informação no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;

XI - produzir e difundir conhecimento no campo da auditoria do SUS; e

XII - articular e cooperar com organismos nacionais e internacionais para o intercâmbio de conhecimentos no campo da auditoria em saúde.

Parágrafo único. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS, órgão central do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, integra o Sistema de Controle Interno do Poder Executivo federal e está sujeito à orientação normativa e à supervisão técnica do órgão central desse Sistema.

Art. 41. À Secretaria de Vigilância em Saúde compete:

I - coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, integrado:

a) pelo Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis;

b) pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluído o ambiente de trabalho;

c) pelo Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância em saúde;

d) pelos sistemas de informação de vigilância em saúde;

e) pelos programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluído o Programa Nacional de Imunizações; e

f) pela política nacional de saúde do trabalhador;

II - elaborar e divulgar informações e análise de situação da saúde que permitam estabelecer prioridades, monitorar o quadro sanitário do País e avaliar o impacto das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, e subsidiar a formulação de políticas do Ministério da Saúde;

III - coordenar a execução das atividades relativas à disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS, para subsidiar a formulação, a implementação e a avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e de outros agravos à saúde;

IV - coordenar a execução das atividades relativas à prevenção e ao controle de doenças e outros agravos à saúde;

V - coordenar e supervisionar a execução das atividades técnicas desenvolvidas pelo Instituto Evandro Chagas, que coordenará, técnica e administrativamente, o Centro Nacional de Primatas;

VI - promover a elaboração e o acompanhamento das ações de vigilância em saúde;

VII - participar da elaboração, da implantação e da implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS, nos três níveis de governo, na área de vigilância em saúde;

VIII - fomentar e implementar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde;

IX - promover o intercâmbio técnico-científico, com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de vigilância em saúde;

X - propor políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à área de vigilância em saúde;

XI - prestar assessoria técnica e estabelecer cooperação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, visando à potencialização da capacidade gerencial e ao fomento de novas práticas de vigilância em saúde;

XII - formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, regular e acompanhar seu contrato de gestão; e

XIII - definir diretrizes para as ações estruturantes e emergenciais da Força Nacional do SUS no que se refere à vigilância em saúde.

Art. 42. Ao Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis compete:

I - propor normas relativas a:

a) ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis;

b) notificação de doenças transmissíveis;

c) investigação epidemiológica; e

d) vigilância epidemiológica nos portos, nos aeroportos, nas fronteiras e nos terminais alfandegários;

II - estabelecer medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou dos agravos à saúde, pertinentes ao seu campo de atuação;

III - coordenar e executar as ações de epidemiologia e controle de doenças e agravos inusitados à saúde, de forma complementar ou suplementar em caráter excepcional, quando:

a) for superada a capacidade de execução dos Estados;

b) houver o envolvimento de mais de um Estado; ou

c) houver riscos de disseminação em nível nacional;

IV - normatizar e definir instrumentos técnicos relacionados aos sistemas de informações sobre doenças de notificação compulsória e doenças sob monitoramento;

V - analisar, monitorar, supervisionar e orientar a execução das atividades de prevenção e controle de doenças que integram a lista de doenças de notificação compulsória ou que venham a assumir importância para a saúde pública;

VI - monitorar o comportamento epidemiológico das doenças sob vigilância e dos agravos inusitados à saúde;

VII - elaborar a lista nacional de doenças de notificação compulsória;

VIII - elaborar o esquema básico de vacinas de caráter obrigatório;

IX - coordenar a investigação de surtos e epidemias, em especial de doenças emergentes e de etiologia desconhecida ou não esclarecida, e de eventos adversos temporalmente associados à vacinação;

X - normatizar e supervisionar o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

XI - normatizar, coordenar e supervisionar a utilização de imunobiológicos;

XII - participar da elaboração e supervisionar a execução das ações de vigilância em saúde;

XIII - prestar assessoria técnica e estabelecer cooperação com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na organização das ações de epidemiologia, imunização, laboratório e demais ações de prevenção e controle de doenças;

XIV - definir a programação de insumos críticos na área de vigilância em saúde; e

XV - definir as linhas prioritárias de estudos, pesquisas, análises e outras atividades técnico-científicas de interesse de sua área de atuação, em articulação com a Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde.

Art. 43. Ao Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde compete:

I - fomentar programas e ações nas áreas de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco e redução de danos decorrentes das doenças e dos agravos não transmissíveis;

II - coordenar, gerenciar e normatizar o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças e Agravos Não Transmissíveis;

III - realizar e coordenar pesquisas e inquéritos de fatores de risco e proteção;

IV - promover a gestão da informação e a produção do conhecimento no campo da vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde;

V - coordenar avaliações dos programas e das intervenções na área de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde;

VI - monitorar a execução das ações no que se refere à vigilância de doenças e agravos não transmissíveis no SUS;

VII - monitorar o comportamento epidemiológico de doenças não transmissíveis e outros agravos à saúde;

VIII - apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na área de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, de fatores de risco e de proteção e promoção da saúde;

IX - articular e acompanhar a implantação, o monitoramento e a avaliação das estratégias de enfrentamento das doenças e dos agravos não transmissíveis e de promoção da saúde;

X - coordenar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, no âmbito do SUS;

XI - disponibilizar informações, apoiar e estimular iniciativas ou intervenções, no âmbito público e privado, que promovam a concepção de ambientes saudáveis e sustentáveis e a adoção de estilos de vida saudáveis;

XII - normatizar e coordenar a execução dos sistemas de informação de estatísticas vitais;

XIII - promover e divulgar as análises das informações geradas pelos sistemas de informação no âmbito do setor saúde; e

XIV - desenvolver metodologias para análises de situação de saúde no âmbito do SUS.

Art. 44. Ao Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde compete:

I - coordenar a elaboração e o acompanhamento das ações de vigilância em saúde;

II - planejar, coordenar e avaliar o processo de acompanhamento e a supervisão das ações de vigilância em saúde;

III - articular e promover a integração de ações entre os órgãos e as unidades da Secretaria de Vigilância em Saúde e os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal do SUS; e

IV - participar do processo de negociação e da definição de critérios para a alocação de recursos físicos e financeiros nas ações de vigilância em saúde.

Art. 45. Ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, compete:

I - propor a formulação e a implementação de políticas, diretrizes e projetos estratégicos no que se refere à:

a) promoção das ações de vigilância, de prevenção, de assistência e de garantia dos direitos humanos das populações vulneráveis e das pessoas com HIV/Aids; e

b) promoção e fortalecimento da integração com as organizações da sociedade civil, nos assuntos relacionados às IST/Aids;

II - coordenar o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais;

III - monitorar o padrão epidemiológico das IST/Aids, em articulação com o Departamento Nacional de Análise de Situação de Saúde;

IV - prestar assessoria técnica e estabelecer cooperações nacionais e internacionais;

V - participar da elaboração e supervisionar a execução das ações de IST/Aids no País;

VI - definir a programação de insumos críticos para as ações de IST/Aids; e

VII - subsidiar e promover as atividades de desenvolvimento de recursos humanos.

Art. 46. Ao Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador compete:

I - gerir o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluído o ambiente de trabalho;

II - coordenar a implementação da política e o acompanhamento das ações de vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;

III - propor e desenvolver metodologias e instrumentos de análise e comunicação de risco em vigilância ambiental;

IV - planejar, coordenar e avaliar o processo de acompanhamento e de supervisão das ações de vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; e

V - gerenciar o Sistema de Informação da Vigilância Ambiental em Saúde.

Art. 47. À Secretaria Especial de Saúde Indígena compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por meio da gestão democrática e participativa;

II - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos povos indígenas;

III - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes ao saneamento e às edificações de saúde indígena;

IV - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS e em observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas;

V - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VI - promover ações para o fortalecimento do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

VII - incentivar a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

VIII - promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena; e

IX - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena.

Art. 48. Ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas;

II - orientar e apoiar a implementação de programas de atenção à saúde para a população indígena, segundo as diretrizes do SUS;

III - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as atividades de educação em saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

IV - coordenar a elaboração de normas e diretrizes para a operacionalização das ações de atenção à saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

V - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de atenção à saúde;

VI - apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena na área de atenção integral à saúde indígena; e

VII - gerenciar o Sistema de Informação da Saúde Indígena - Siasi e analisar as informações referentes à atenção à saúde indígena.

Art. 49. Ao Departamento de Gestão da Saúde Indígena compete:

I - garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

II - promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

III - propor mecanismos para organização gerencial e operacional da atenção à saúde indígena;

IV - programar a aquisição e a distribuição de insumos, em articulação com as unidades competentes;

V - coordenar as atividades relacionadas à análise e à disponibilização de informações de gestão da saúde indígena;

VI - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de gestão da saúde indígena; e

VII - apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena na área de gestão.

Art. 50. Ao Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações de saúde indígena;

II - planejar e supervisionar a elaboração e a implementação de programas e projetos de saneamento e edificações de saúde indígena;

III - planejar e supervisionar as ações de educação em saúde indígena relacionadas à área de saneamento;

IV - estabelecer diretrizes para a operacionalização das ações de saneamento e edificações de saúde indígena;

V - apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de saneamento e edificações de saúde indígena; e

VI - apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena na área de saneamento e edificações de saúde indígena.

Art. 51. Aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, nas suas áreas de atuação, observadas as práticas de saúde e as medicinas tradicionais; e

II - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

Seção III

Dos órgãos colegiados

Art. 52. Ao Conselho Nacional de Saúde compete:

I - deliberar sobre:

a) formulação de estratégia e controle da execução da Política Nacional de Saúde em âmbito federal; e

b) critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;

II - manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde;

III - decidir sobre:

a) planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos respectivos Conselhos;

b) divergências suscitadas pelos Conselhos de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, e pelos órgãos de representação na área de saúde; e

c) credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisa em seres humanos;

IV - opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde, em articulação com o Ministério da Educação;

V - estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em virtude das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

VI - acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios;

VII - aprovar os critérios e os valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;

VIII - acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas por meio de contrato, ajuste ou convênio;

IX - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País; e

X - propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, nos termos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 1º A composição, a organização e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde serão estabelecidos em conformidade com a legislação vigente.

§ 2º O Conselho Nacional de Saúde disporá de uma Secretaria-Executiva para coordenação das atividades de apoio técnico-administrativo.

Art. 53. Ao Conselho de Saúde Suplementar compete:

I - estabelecer as diretrizes gerais e supervisionar a execução das políticas do setor de saúde suplementar;

II - aprovar o contrato de gestão da ANS;

III - supervisionar e acompanhar as ações e o funcionamento da ANS;

IV - fixar diretrizes gerais para implementação no setor de saúde suplementar sobre:

a) aspectos econômico-financeiros;

b) normas de contabilidade, atuariais e estatísticas;

c) parâmetros quanto ao capital e ao patrimônio líquido mínimos, e às formas de sua subscrição e realização, quando se tratar de sociedade anônima;

d) critérios de constituição de garantias de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, consistentes em bens, móveis ou imóveis, em fundos especiais ou em seguros garantidores; e

e) criação de fundo, contratação de seguro garantidor ou outros instrumentos que julgar adequados, com o objetivo de proteger o consumidor de planos privados de assistência à saúde, em caso de insolvência de empresas operadoras; e

V - deliberar sobre a criação de câmaras técnicas, de caráter consultivo, de forma a subsidiar suas decisões.

Parágrafo único. A ANS fixará as normas sobre as matérias previstas no inciso IV do caput e deverá adequá-las, se necessário, quando houver diretrizes gerais estabelecidas pelo Conselho de Saúde Suplementar.

Art. 54. À Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC compete:

I - emitir relatório sobre:

- a) a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de tecnologias em saúde; e
- b) a constituição ou a alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; e

II - propor a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME nos termos estabelecidos pelo art. 25 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DOS DIRIGENTES

Art. 55. Ao Secretário-Executivo incumbe:

I - coordenar, consolidar e submeter ao Ministro de Estado da Saúde o plano de ação global do Ministério da Saúde;

II - supervisionar e avaliar a execução dos projetos e das atividades do Ministério da Saúde;

III - supervisionar e coordenar a articulação dos órgãos do Ministério da Saúde com os órgãos centrais dos sistemas afetos à área de competência da Secretaria-Executiva; e

IV - exercer outras atribuições que lhe forem cometidas pelo Ministro de Estado da Saúde.

Art. 56. Aos Secretários incumbe planejar, dirigir, coordenar, orientar, acompanhar e avaliar a execução das atividades das unidades que integram as suas Secretarias e exercer outras atribuições que lhes forem cometidas em regimento interno.

Art. 57. Ao Chefe de Gabinete do Ministro, ao Consultor Jurídico, aos Subsecretários, aos Diretores, ao Corregedor-Geral, aos Coordenadores-Gerais e aos demais dirigentes incumbe planejar, dirigir, coordenar e orientar a execução das atividades de suas unidades e exercer outras atribuições que lhes forem cometidas em suas áreas de competência.

ANEXO C – Programação do I Seminário de Saúde LGBT**DIA 24/11****9h às 12h**

Roda de Conversa com gestores de políticas públicas LGBT e gestores de saúde e equidade

Roda de Conversa Saúde Lésbicas e Bissexuais

Roda de Conversa Saúde Gays e Bissexuais

Roda de Conversa Saúde Trans

14h às 18h – 7ª Reunião do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT/MS e Comitês Estaduais de Saúde LGBT e de Equidade

8h às 17h – Credenciamento e Acolhimento

17h – Lanche

19h – ABERTURA

Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) – Diretora substituta do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) – Sra. Kátia Souto

Representante do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT/MS – Sr. Léo Mendes

Representante do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT/MS – Sra. Marta Almeida

Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) – Diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – Sr. Fábio Mesquita

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – Sra. Denise Rinehart

Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Presidenta do Conselho Nacional de Saúde – Sra. Maria do Socorro de Souza

Secretaria de Direitos Humanos (SDH) – Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos – Coordenador-Geral de Promoção de Direitos de LGBT – Sr. Gustavo Bernardes

Secretaria de Política para as Mulheres (SPM) – Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas – Sra. Vera Lucia Lemos Soares

Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) – Chefe de Gabinete da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Sr. Vladyson Viana

20h – Lançamento da Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social – Diretora substituta do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) – Sra. Kátia Souto

21h – Jantar Cultural

DIA 25/11

8h30 – Mesa: Acesso com humanização à atenção à saúde de LGBT no SUS

Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) – Coordenador-Geral de Média e Alta complexidade – Sr. José Eduardo Fogolín

Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) – Diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais – Sr. Fábio Mesquita

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Coordenadora de Promoção da Equidade da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES/GO) – Sra. Elaine Fernandes da Cunha Mesquita

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – Sra. Denise Rinehart

Coordenação: Sr. André Bonifácio – Diretor do Departamento de Articulação Interfederativa e Secretário Adjunto da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

10h – Debate

12h30 – Almoço

14h – Mesa: Experiências de Atenção à Saúde de LGBT no SUS (transexuais, travestis, gays e lésbicas)

Saúde de Gays e Homens Bissexuais

Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) – Coordenador de Atenção à Saúde do Homem – Sr. Eduardo Chakora

Saúde de Trans

Centro de Referência dos Direitos LGBT e Combate à Homofobia do Estado da Paraíba – Sra. Roberta Schultz

Ambulatório de Saúde e Cidadania da Universidade Federal de Uberlândia (FU/MG) – Dra. Taciana Carla Maia Feibelmann

Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais

Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS/CRT/SP – Dr. Valdir Monteiro Pinto

Coordenação: Sra. Kátia Souto – Diretora substituta do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

16h – Lanche

16h30 às 18h30 – Trabalho em grupo – Desafios para implementação do Plano Operativo da Política no SUS

20h – Atividade pelo Dia Internacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher – Secretaria de Política para as Mulheres (SPM) – Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas – Coordenadora-Geral da Diversidade – Sra. Maria de Lourdes Alves Rodrigues

DIA 26/11

8h30 – Mesa: Qualificando os profissionais de saúde e fortalecendo o controle social para a implementação da Política de Saúde LGBT no SUS

Apresentação do Curso de Formação de Lideranças e Ativistas LGBT para o Controle Social no SUS – Coordenadora Pedagógica do Curso – Nancy Torres

Apresentação do Curso de EaD sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT – Universidade Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (UERJ)/ Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Sra. Michele Trancoso

Apresentação do Curso “Conquista da Cidadania LGBT: a Política da Diversidade Sexual em São Paulo” – Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania de São Paulo – Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual do Governo do Estado de São Paulo – Sra. Deborah Malheiros

Apresentação do Projeto de Pesquisa “Análise do acesso e da qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT no SUS” – Dra. Maria Fátima Sousa – Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB)

Coordenação: Sra. Fernanda Benvenutty da Silva – Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT/MS

10h – Debate

12h30 – Almoço

14h às 16h – Trabalho em grupo – Desafios para implementação do Plano Operativo da Política no SUS

16h30 – Lanche

17h – Mesa de Encerramento

ANEXO D – Roteiro da Roda de Conversa de Saúde de Lésbicas e Bissexuais no I Seminário Nacional de Saúde LGBT



Roda de Conversa de Saúde Lésbicas e Bissexuais

DATA: 24 de novembro de 2013

HORÁRIO: 9h às 12h

LOCAL: Sala L'Amazon - Carlton Hotel Brasília (Setor Hoteleiro Sul - Q.5 - Bloco G)

Coordenação: Verônica Lourenço (CNS e Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT), Marina Marinho (DAGEP/SGEP/MS) e Marcy Figueiredo (Coordenação Geral da Diversidade/SPM)

Convidados: Depto. DST/AIDS e Hepatites Virais

Objetivo: avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito do SUS, com foco na saúde de lésbicas e bissexuais

Metodologia: roda de conversa para troca de ideias e experiências.

1. Acolhimento, apresentação das participantes e boas-vindas.
2. Apoios, publicações, articulações, cursos e sua interface com a Política de Saúde Integral LGBT, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.
3. Demandas dos movimentos sociais nos estados e municípios para a sensibilização e capacitação de profissionais de saúde no acolhimento, respeito e reconhecimento das especificidades da saúde de lésbicas e bissexuais, considerando os agravos e as dificuldades de acesso desse público aos serviços de saúde.
4. Sistematização das propostas que podem ser desenvolvidas no ano de 2014.

**ANEXO E – Roteiro da Roda de Conversa de Saúde de Homens Gays e Bissexuais
no I Seminário Nacional de Saúde LGBT**



Roda de Conversa de Saúde de Homens Gays e Bissexuais

DATA: 24 de novembro de 2013

HORÁRIO: 9h às 12h

LOCAL: Sala Centro de Convenções - Carlton Hotel Brasília (Setor Hoteleiro Sul - Q.5 - Bloco G)

Coordenação: Leo Mendes (Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT), Carlos Magno (CNS) e Sócrates Bastos (DAGEP/SGEP/MS)

Convidados: Fabiana Ganem (Área Técnica de Saúde do Homem/MS), Juliana Coutinho (Área Técnica de Saúde do Homem/MS)

Objetivo: avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito do SUS, com foco na saúde de homens gays e bissexuais.

Metodologia: roda de conversa para troca de ideias e experiências.

1. Apresentação e boas-vindas.
2. Balanço de atividades do ano de 2013 e informes.
3. Reflexões sobre a execução da Política Nacional de Saúde Integral LGBT sob a perspectiva de homens gays e bissexuais.
4. Sistematização das propostas que podem ser desenvolvidas no ano de 2014.

ANEXO F – Roteiro da Roda de Conversa de Saúde Trans no I Seminário Nacional de Saúde LGBT



Roda de Conversa de Saúde Trans

DATA: 24 de novembro de 2013

HORÁRIO: 9h às 12h

LOCAL: Sala Negresco - Carlton Hotel Brasília (Setor Hoteleiro Sul - Q.5 - Bloco G)

Coordenação: Fernanda Benvenutty (CNS), Keila Simpson (Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT) e Ana Gabriela Sena (DAGEP/SGEP/MS).

Convidados: Coordenação-Geral Média e Alta Complexidade/DAET/MS.

Objetivo: avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito do SUS, com foco na saúde de travestis e transexuais.

Metodologia: roda de conversa para troca de ideias e experiências.

1. Apresentação dos/as participantes e boas-vindas.
2. Apresentação de informações atualizadas sobre o Processo Transexualizador no SUS.
3. Demandas dos movimentos sociais de trans nos estados para organização da rede de atenção e a formação dos profissionais de saúde na atenção primária (respeito ao uso do nome social) e serviços especializados (hormonioterapia e cirurgia).
4. Sistematização das propostas que podem ser desenvolvidas no ano de 2014.

ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado na pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado **“Uma etnografia, múltiplos “crachás”: conhecendo a Política Nacional de Saúde Integral LGBT pelas malhas do Estado”**, conduzido pela pesquisadora, doutoranda em Saúde Coletiva, Margareth Cristina de Almeida Gomes, sob orientação do prof. dr. Sérgio Luis Carrara. Este estudo tem por objetivo conhecer a história de construção da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT no Ministério da Saúde brasileiro.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar entrevista com duração prevista de 1h e baseada em roteiro semiestruturado, a ser desenvolvida em Brasília/DF, nas dependências da 15ª Conferência Nacional de Saúde ou em local mais apropriado para você. Esta entrevista contará com registro de áudio, para fins de realização de transcrição de conteúdo apenas pela pesquisadora. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

Você foi selecionado(a) por seu destaque na participação nos processos de construção da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Sua participação não é obrigatória. Caso se sinta constrangido por participar, a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Sua participação não será remunerada nem implicará em gastos para você. Esta pesquisa tem riscos mínimos, que podem consistir no constrangimento dos sujeitos participantes das entrevistas, pelo fato de que retomar memórias de envolvimento em processos de participação política pode mobilizar subjetividades. Esta pesquisa tem como benefícios a colaboração com a realização de registros sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, para fins de conhecimento e valorização desta no âmbito das políticas de saúde brasileiras. A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Margareth Cristina de Almeida Gomes, doutoranda em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, endereço postal: Rua Padre Francisco Lanna, 96 – apto 101 – Vila Isabel – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20551-150, Telefone pessoal: (21) 9-8233-2208. E-mail: margareth.gomes27@gmail.com / Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro ciência dos objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante _____.

Assinatura da pesquisadora: _____

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora