

ARTIGO



Seria a medicina tão biomédica assim? Deslocamentos biopolíticos, população LGBT e cuidados em saúde

André Filipe dos Santos Leite¹

> andrefleite@yahoo.com.br
ORCID: 0000-0003-2414-0676

¹ Universidade Federal de Sergipe
Aracaju, Brasil

² Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia, Brasil

Claudiene Santos²

> claudiene.santos@ufu.br
ORCID: 0000-0002-2337-9370

³ Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Thiago Ranniery³

> t.ranniery@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4399-2663

Copyright © 2024 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumo: Nesse artigo, nós interrogamos o mito da homogeneidade ontológica da medicina ocidental, calcada na biologia, quando se trata de cuidados em saúde com uma população inventada como LGBT. Por outra via, nós sinalizamos para uma heterogeneidade discursiva constitutiva do próprio campo da medicina a partir de um exercício de conectar entrevistas realizadas com médicos/as na cidade de Aracaju, Sergipe, e linhas de força do trabalho de Michel Foucault. O argumento aponta para como deslocamentos biopolíticos em curso implicam fraturas, contingências e ambivalências do aparato médico. Dois modos suplementares de “fazer” a “população LGBT” são, assim, explorados: a vigilância moral diante dos preconceitos e a naturalização das condutas sexuais via genética, algo que não se faz sem ter que acertar as contas com as normas de gênero. De tal modo, evidenciamos o quanto a medicina se configura em um campo de multiplicidades heterogêneas, e, portanto, não é tão biomédica assim, como ela faz questão de anunciar.

Palavras-chave: Biopolítica; Homossexualidade; Discurso; Cuidado em Saúde; População LGBT.

Would medicine be so biomedical? Biopolitical displacements, LGBT population and health care

Abstract: In this article, we challenge the myth of the ontological homogeneity of Western medicine, based on biology, when it comes to the health care of a population invented as LGBT. On the other hand, we point to a discursive heterogeneity that is constitutive of the field of medicine itself, based on an exercise that combines interviews conducted with doctors in the city of Aracaju, Sergipe, and lines of force from the work of Michel Foucault. The argument shows how ongoing biopolitical shifts imply fractures, contingencies, and ambivalences in the medical apparatus. Two additional ways of ‘making’ the ‘LGBT population’ are thus explored: moral vigilance in the face of prejudice, and the naturalization of sexual behavior through genetics, which is not possible without reckoning with gender norms. In this way, we can see how medicine is configured in a field of heterogeneous multiplicities and is therefore not as biomedical as it seems.

Keywords: Biopolitics; Homosexuality; Discourse; Health Care; LGBT Population.

¿Es la medicina realmente tan biomédica? Desplazamientos biopolíticos, población LGBT y atención sanitaria

Resumen: En este artículo, cuestionamos el mito de la homogeneidad ontológica de la medicina occidental, basada en la biología, cuando se trata de la atención a la salud de una población inventada como LGBT. Por otro lado, señalamos la heterogeneidad discursiva constitutiva del propio campo de la medicina, a partir de un ejercicio de conexión entre entrevistas con médicos de la ciudad de Aracaju (Sergipe) y las líneas de fuerza de la obra de Michel Foucault. El argumento muestra cómo los cambios biopolíticos en curso suponen fracturas, contingencias y ambivalencias en el aparato médico. De esta forma, se exploran dos formas adicionales de «hacer» a la «población LGBT»: la vigilancia moral frente a los prejuicios y la naturalización del comportamiento sexual a través de la genética, algo que no puede hacerse sin tener que ajustar cuentas con las normas de género. De este modo, podemos ver cómo la medicina es un campo de multiplicidades heterogéneas y, por tanto, no es tan biomédica como se pretende.

Palabras clave: Biopolítica; Homossexualidad; Discurso; Atención sanitaria; Población LGBT.

Seria a medicina tão biomédica assim? Deslocamentos biopolíticos, população LGBT e cuidados em saúde

Sobre o mito da homogeneidade na medicina: a propósito de uma introdução

Dizem os antigos escritos, que existiu na Grécia Antiga um jovem rapaz chamado Asclépio, a quem atribuíam ser detentor de poderes mágicos. Filho do deus-sol Apolo com a mortal Coronis, Asclépio, após a morte de sua mãe, cresceu sob a proteção e os ensinamentos do sábio centauro Quíron, com quem aprendeu os mistérios das doenças e da cura. Espantosamente habilidoso, Asclépio manuseava com destreza e sapiência as ervas e substâncias e não tardou em obter fama e glória. Até que um dia, arrebatado pela vaidade, passou a utilizar de seus ensinamentos para ressuscitar os mortos, alcançando sucesso extraordinário em toda a Grécia. Asclépio torna-se, deste modo, senhor da vida e da morte, vencendo com seus saberes e técnica a finitude da qual, antes dele, ninguém podia escapar. Hades, soberano do reino dos mortos, constatando o despovoamento de seu império e sentindo-se ultrajado, foi queixar-se a Zeus, senhor absoluto do Olimpo, protestando e exigindo que fosse tomada uma atitude para com tamanha insolência. O ordenador do Cosmos, temendo que a maestria de Asclépio revertesse a ordem do mundo, não hesita em fulminá-lo com seus raios.

A história de Asclépio não é uma digressão. Com alegoria, ela nos serve de recurso articular o caminho tomado por este texto. Aliás, não poderia ser diferente, afinal, é jurando ao deus Asclépio que, ainda hoje, médicos e médicas são formados/as no bojo de uma “medicina ocidental”, que busca, nessa suposta gênese greco-romana, um estatuto de homogeneidade estrutural e estruturante. Vida, morte, poder, saber, técnica, controle são palavras e verbos associados costumeiramente ao exercício da medicina. Como se tudo isso fosse pouco, Asclépio parece figurar a prática médica em sua forma ideal, tal como, certa vez, descrita por Taussig (1992), uma maneira de sustentar a negação das relações sociais e de operar a coisificação da doença sob a égide da ciência; de produzir “a pureza da estrutura, a real realidade de todo um imaginário integrado [que] funciona subliminarmente sobre nós como um ritual de fazer a verdade, moldando nossos sentimentos e entendimentos intuitivos e altamente conscientes sobre a segurança do referente, do caráter da relação entre signos e seus referentes” (Taussig, 1992, p. 32); purificação que produz “confusões”, contra as quais Hades e Zeus parecem sinalizar; que transformam as relações sociais em coisas e retiram o caráter histórico e contingencial da enfermidade.

Se ainda é sob a figura de um sujeito detentor do domínio sobre a vida e sobre a

morte que na contemporaneidade o médico costuma ser localizado, a contrapelo desta perspectiva, Asclépio pode ser usado como um representante da deformação e do deslocamento do poder da medicina sobre a vida, do caráter contingente de suas práticas – ou, como nota Pereira (2012), tradutório e afetivamente limítrofe. Esse presumido domínio sobre a vida e a morte, adquirido, por sua vez, a partir de determinados saberes oriundos das ciências biológicas, constituiria a hegemonia contemporânea da medicina sobre a vida e a morte. Essa estrutura retórica, que Camargo Jr (1997) veio a chamar de pensamento biomédico da medicina, um campo que se dedica ao fino exercício de “curar”, não poderia ter em suas raízes substratos de diferentes áreas do conhecimento, sob o risco de se afirmar enquanto material heterogêneo constituído por colagens de diversos campos. Esta heterogeneidade poderia solapar a hegemonia que de forma tão custosa se estabelece, apagando rastros de sua própria contingência. O reconhecimento deste lugar contingente dado pelos deuses que cortam o exercício de Asclépio – ou por forças sociais que escampam ao seu próprio domínio – coloca sob suspensão os regimes homogêneos de representação da medicina, levantando a questão de quais tem sido as condições de inteligibilidade que tem tornado a vida possível e como se tem normatizado a multiplicidade de relações que atravessam e constituem o exercício médico.

Será mesmo que podemos tomar a medicina como filha direta apenas da teoria dos humores de Hipócrates, do equilíbrio entre as partes primárias do corpo proposto por Galeno, da anatomia comparada de Versalius, da medicina experimental de Claude Bernard, do mundo microbiológico de Pasteur? Será mesmo que a medicina em sua constituição histórica própria pode ser tratada como um campo homogêneo, signatário apenas dos ensinamentos biologicistas dos discípulos de Asclépio? Será que em sua própria história, a medicina, já não sempre esteve contaminada pelo cultural? Ou melhor, será que não é a própria medicina um aparato da ordem da cultura e, neste caso, não é tão pura e homogênea? Se, como notou Haraway (2023, p. 354), “mesmo o caráter remendado de palavras poderosas na ‘ciência’ aponta para uma heterogeneidade mal contida e inarmônica”, a medicina seria uma unidade coerente? Azeredo e Schraiber (2017), por exemplo, demonstram alguns usos corriqueiros do conceito de “poder” no exercício do cuidado médico que valeria interrogar: a semelhança com autoridade, o entrelaçamento direto com violência, a valência negativa e sua sinonímia como imposição da vontade dos profissionais de saúde. Porém, Schraiber (2008) também demonstrou que os planos da ação técnica e da ação moral comumente se articulam na prática cotidiana do trabalho médico. Assim, não seria espantoso considerar que muitos discursos – que não só os das ciências biológicas – concorrem na constituição do exercício médico.

Para seguir Mol (2008), o exercício médico não é algo dado de antemão, se constitui antes como efeito de práticas que são performativas, isto é, que fabricam realidades a partir de conexões com elementos diversos. Ao tomar como ponto de partida essa

possibilidade anunciada de impureza constitutiva do próprio campo médico, é que pretendemos apontar o quanto, no exercício dos cuidados médicos de uma população inventada como LGBT¹, essa heterogeneidade emerge. Enunciados religiosos, instrumentais das ciências humanas, apelos midiáticos, evidências cotidianas, empirismo via experiência profissional invadem o campo da medicina e fraturam seu status de saber homogêneo fundado nas premissas do método científico das ciências biológicas.

Este nosso exercício de evidenciar o quanto a medicina é um campo de multiplicidades heterogêneas emergiu no interior de uma pesquisa mais ampla na qual doze médicos/as de Unidades Básicas de Saúde na cidade de Aracaju, Sergipe, foram entrevistados sobre o atendimento à população LGBT. No entanto, nossa discussão se debruça sobre um recorte particular realizado em torno de duas dessas entrevistas. Reconhecemos que a escolha pode soar pouco representativa, mas é importante explicitar que não estamos apenas levando em conta os limites impostos pela extensão do artigo. Trata-se de um exercício analítico que busca conjurar aquilo que Mazzei (2016) chama de “tirania da evidência” (p. 151) e sua tendência a pensar a voz dos entrevistados “como presente, estável, autêntica e auto-reflexiva [...] Esta é a voz do sujeito” (p. 152). Por outra via, as entrevistas são tomadas como textos criados por “um processo de acoplamentos e conexões” (p. 152). Escolhemos, assim, nos concentrar demoradamente e retornar continuamente a trechos dessas duas entrevistas para envolvê-las no que Jackson e Mazzei (2013) descrevem como o trabalho de conectar a teoria para pensar os dados e usar os dados para pensar com teoria a fim de realizar uma leitura descentralizada de ambos, mostrando sua flexibilidade e superabundância, enquanto se aponta o que fazem e como atravessam um ao outro.

Portanto, mais do que fazer uma exegética de como o processo de cuidado aos sujeitos LGBT se deu no contexto pesquisado, nosso argumento volta-se para o quanto o que se tem nominado de “população LGBT” se torna objeto de biopolítica quando lançamos mão disso que chamamos de “cuidado em saúde”. Nesse percurso, deslocamentos biopolíticos apontam para as fraturas, contingências e ambivalências do aparato médico. Para tanto, seguimos uma distinção proposta por Foucault (2008) entre os mecanismos disciplinares. No que diz respeito à organização disciplinar da multiplicidade, Foucault (2006, p. 16) escreve: “disciplina é um modo de individualização das multiplicidades, e não algo que constrói um conjunto de múltiplos elementos com base em indivíduos que são trabalhados, antes de tudo, como indivíduos”. Como assinala Puar (2013), independentemente do nível dos nossos modelos de subjetividade e de

¹ A sigla LGBT refere-se aos sujeitos descritos como “lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”. No entanto, vale ressaltar que por trás dessa sigla encontra-se uma complexa rede identitária construída historicamente nos movimentos sociais através de diferentes contextos de disputas e de configurações de identidade. Para um maior aprofundamento, ver Facchini (2005).

consideração política com a diferença, o gênero ou a sexualidade, podemos ainda nos limitar caso “presumamos a primazia e singularidade automática do sujeito disciplinar e da sua interpelação identitária” (p. 206). Exploramos, assim, como o exercício do cuidado médico aponta para as formas pelas quais forças apreendem e (re)produzem a população LGBT em multiplicidades espaço-temporais. Se não podemos deixar de tentar compreender instituições políticas e suas formas corolárias de normatividade, tal exercício permite lançar um esforço de reintroduzir a diferença, indagando o que está antes e além do que acaba sendo estabelecido – ou uma “ontologia do gerúndio” (Butler, 1988) – cartografando de modo mais refinado os múltiplos modos pelos quais a população LGBT é produzida e gerenciada.

Apontamos, assim, para dois modos – que, no final, se conectam – de “fazer” da “população LGBT”, uma população propriamente dita. O primeiro destes modos é aquele que exige, logo de imediato, uma ética do cuidado em saúde com esses sujeitos, o/a médico/a deve vigiar-se, deixando os preconceitos sempre suprimidos. Diante dessa exigência ética, se faz então necessário um deslocamento desta população do campo da doença para o campo da naturalização das condutas via genética, – nosso segundo modo –, algo que não se faz sem ter que acertar as contas com as normas de gênero. Seguindo uma linha de ação depreendida da produção da analítica do discurso de Michel Foucault (2005, 1996, 2009), tomamos por necessário garimpar como funcionam esses discursos e como encenam lutas paradigmáticas para trazer à tona seus processos de feitura e seus efeitos, aquilo que produzem e instituem. Este exercício nos auxilia a observar como vários discursos confluem na materialização dos modos de cuidado em saúde, o que pode abrir espaço para pensar o quanto uma área, que sempre tentou se refugiar na segurança da higiene e da limpeza, é em si mesma uma produção performativa da cultura.

I. Na sola dos sapatos: “preconceito”, cuidado em saúde e biopolítica

“Aqui nós atendemos sim, muitos gays, lésbicas eles normalmente se preocupam muito com a saúde. Quando vêm aqui eu sempre faço uma avaliação clínica completa, peço principalmente a sorologia para sífilis, aids e hepatites. Eles se preocupam muito, especialmente com essas doenças. Mas a maioria vem como uma consulta normal mesmo, sem nada muito específico, sabe. Vem principalmente travestis, porque elas ficam por aqui na rua a noite. Inicialmente eu sempre pergunto a elas como elas querem ser tratadas, e é assim que eu as trato. Uma pena que, no nosso prontuário não tem um lugar específico para isso, aí eu coloco o nome que elas gostam de ser chamadas no lado entre parênteses, mas no fim não adianta muito né, porque qualquer exame que elas precisem fazer o requerimento é com o nome que tá na identidade. Mas eu

gosto muito delas, tem delas que eu brinco, pergunto coisas, dou as orientações normais como médico, oriento quanto ao uso de anticoncepcionais, pois elas usam bastante pra ficar com o corpo mais feminino (...) Preconceito tem muito, muitas tem até cicatrizes de marcas de agressão. Mas, no fim somos todos preconceituosos, né? Com certeza aqui em nossa conversa em algum momento eu disse alguma coisa, alguma besteira, que às vezes até por falta de conhecimento é preconceito. Mas como médico, eu não posso expressar meu preconceito, entende? Preconceito, todos temos, eu, você, mas a partir do momento que eu entro no consultório, eu deixo meu preconceito embaixo da sola do sapato e atendo todo mundo aqui como cidadão que é” (Dr. Matheus. 32 anos de idade. 4 anos de formado. 4 anos de trabalho na UBS).

A ideia de cuidados em saúde aparece contemporaneamente a partir das reflexões da Saúde Coletiva como uma espécie de alternativa àquilo que Foucault (2012) apontou como o elemento primordial da medicina moderna: o curar e o tratar, ou nas palavras de Luz (1988), uma “teoria e arte de curar”. Gestado como um momento intensamente intercessor, múltiplo e inesperado, os cuidados em saúde teriam encerrados em si certos mistérios pela riqueza dos processos relacionais que contém e por ocorrer por razões muito diferenciadas (Bernardes; Quinhones, 2012). O termo cuidado designaria uma forma específica de atuar no encontro clínico, isto é, um determinado modo de construção e desenvolvimento da relação entre o médico e seu paciente (Ayres, 2009), um movimento que estabelece emaranhados de redes político-discursivas heterogêneas e imprevisíveis (Mol, 2008). Contudo, ao fornecer uma oportunidade de aplacar sofrimentos tidos como “problemas de saúde”, instaura, no mesmo movimento, processos biopolíticos. Repleto de ambiguidades, esses processos podem viabilizar uma espécie de tensionamento no interior dessa biopolítica instaurada num intenso agir micropolítico do cuidado em saúde.

Ao nos referirmos à biopolítica como uma política da vida, o nome de Foucault parece ser inescapável e coloca de entrada a questão da ambivalência do conceito popularizado em sua obra. Na síntese de Castro (2011, p. 15): “a vida pode ser tanto o sujeito quanto o objeto da política”. De fato, Foucault (2008, 2009) refere-se à biopolítica como a política que tem como interesse e preocupação a própria vida das populações humanas, em termos de governá-las em função do binômio saúde-morte, sobretudo, no que se refere a questões como higiene, alimentação, natalidade, longevidade, sexualidade e fecundidade. Ao articulá-la com a formação dos estados modernos e com a emergência do capitalismo, Foucault aponta como a vida humana torna-se o próprio objeto da política ao promover a distribuição das ações de governo dos indivíduos que compõem uma população. É, nesta perspectiva, de múltiplas ações e atravessamentos que entendemos o cuidado em saúde como aquele “espaço-problema”, definido por Collier (2011), em que se podem observar diferentes topologias de poder em funcionamento.

Dr. Matheus traz à tona como diferentes arranjos fazem do cuidado em saúde um espaço heterogêneo, constituído através de múltiplas determinações e não redutível a uma dada forma de poder. Em um processo dinâmico, esquemas de análise, técnicas médicas e formas de materiais são realocados e através deles se formam combinações de elementos. Pensar o exercício médico do Dr Matheus como “a maneira pela qual os espaços são organizados, com as propriedades de conectividade que surgem de certos arranjos de elementos, e com suas transformações” (Collier, 2011, p. 247), atenta para um modo mais flexível das configurações de governamento operantes na saúde, “sem que isso implique que surjam de alguma necessidade ou coerência interna” (Collier, 2011, p. 247). Ao mesmo tempo que se centra em um atendimento de demandas tratadas como específicas, supostamente definidas pelas doenças que acometem corpos substancializados por “LGBT”, tal operação os integraria sob a demanda de um “atendimento normal”, que em nada faz dos sujeitos diferentes de qualquer outro. Essas posições tanto se antagonizam quanto funcionam como partes do mesmo processo de politização da vida. Se nos é conhecida toda uma história de regulação biopolítica de que esses tipos de sujeitos necessitariam de cuidados específicos (Mello et al, 2011), devido às experiências sexuais e performances de gênero que expressam, a noção de um “atendimento normal” complexifica as regulações da população LGBT.

Se “a maioria” vai à Unidade Básica de Saúde para um “atendimento normal”, estabelece-se uma aparente dicotomia entre um atendimento “específico” e “normal”, e tenta-se trazer a referida questão para o campo do pensável e do praticável a partir de domínios conhecíveis e administráveis. Certamente, a interpelação de como se configura o atendimento à população LGBT convoca uma posição do médico que é produzida, ainda que não exclusivamente, pela interlocução dessa pesquisa. A própria reação à pergunta parece denotar que a simples constatação de qualquer diferença entre pessoas LGBT e demais pacientes é uma expressão de preconceito e tratamento desigual. Assim, o “atendimento normal” intenta apontar para a imparcialidade do exercício clínico e uma total igualdade entre os pacientes no consultório. No argumento de Azeredo e Schraiber (2021, p.10), “tal proximidade da técnica com a relação interpessoal, que foi historicamente construída na fase da Medicina liberal, muitas vezes faz o médico passar da intervenção técnica à ação moral como se fosse um contínuo de mesma autoridade”. Não sem razão, o principal apelo moral reside na noção de “neutralidade”, fundamentada menos na recusa das diferenças entre as sexualidades do que no receio de cair em afirmações discriminatórias e recorrendo a uma ética profissional que considera os pacientes como indivíduos despojados de qualquer característica social.

Mol (2008) associou esta noção de individual no âmbito médico a um modo de ser típico da sociedade ocidental, na qual “nós ocidentais, por contraste, somos supostos de estar livres de tais laços restritivos” (p. 4). O que conta, para este modo de ver as coisas, “é que ‘nós’ somos individualizados e autônomos” (p. 4). Sob o risco de fraturar

o ideal ético norteador da medicina de atender a todos indistintamente, fabrica-se a necessidade de “um atendimento normal” e “indistinto” para este “todos” que não é ninguém, mas, paradoxalmente, um indivíduo identificável. De modo análogo ao argumento de Besen (2018) sobre a transmutação do público e do privado em processos de retificação do registro civil de pessoas trans, seria possível afirmar que “normal” nos permite compreender mais sobre as práticas performativas do exercício de cuidado médico do que “produzir uma separação definitiva e categórica entre os espaços” (p. 134). Pressupor uma diferença nos atendimentos, irrompida pelo uso do nome social, por exemplo, poderia figurar como um rompimento dos valores juramentados, sob o nome de Asclépio e descritos no Código de Ética Médica. A ênfase na imparcialidade dos critérios de atendimento e insistência de que não haveria uma diferença fundamental qualifica, de certa forma, a população LGBT como pacientes como quaisquer outros.

Contudo, a mesma ênfase também demonstra como a reiteração faz suspender a “normalidade” do atendimento. Diante de um paciente cuja presunção de normalidade depende da heterossexualidade como regime político, é preciso lidar com uma espécie de história compartilhada de sentidos de doença, especialmente no que toca as ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), que suturam determinadas expressões da sexualidade ao perigo e ao risco. O próprio Foucault (2008) propõe que o medo e o perigo são elementos fundantes das relações estabelecidas entre os indivíduos e grupos sociais nas formas biopolíticas e passam a delimitar possibilidades de vida no interior das sociedades contemporâneas. No entanto, este medo e perigo se deslocam para ameaçar a própria medicina. Se esta população só pode ser definida como outro por sua “diferença”, tal “diferença” faz o exercício médico correr o risco de deslizar do espaço técnico para espaço do preconceito e da discriminação, sob pena de fazer o próprio ideal universal de prática médica ruir. De tal modo, a substancialização da diferença “LGBT” é colocada em uma encruzilhada, pois à medida que qualifica uma “diferença específica” de tipos de sujeitos produz “um outro”, aqui, apreendido pelo perigo, pânico, pavor e medo.

Ao realizar o tensionamento de “tratamento para todos”, acaba-se por gerar uma reificação da diferença como algo que precisaria ser, embora não tenha como deixar de sê-lo, rompido ou apagado. O interessante, aqui, é demonstrar que esse atendimento que transita entre o atendimento como qualquer outro para uma população diferente e o atendimento específico não demonstra uma contradição do exercício do cuidado médico, mas sua realização em termos institucionais. A operação biopolítica se dá ao mesmo tempo entre a inserção como um sujeito sexualmente dissidente – como uma diferença a ser incluída em sua especificidade – e como parte qualquer da massa homogênea de sujeitos escrutináveis pelas tecnologias médicas. Em jogo, um interessante cruzamento do cuidado em saúde com a distinção que Esposito (2006) propõe entre uma biopolítica negativa – quando a vida é tomada como objeto da política, uma polí-

tica sobre a vida – e uma biopolítica positiva – quando a vida aparece como sujeito da política, uma política da vida. Para usar palavras do autor:

estes dois efeitos de sentido – positivo e negativo, conservador e destrutivo – encontram finalmente uma articulação interna, uma conexão semântica, que o dispõe em uma relação causal, ainda que seja de tipo negativo. Isto significa que a negação não é a forma da sujeição violenta que de fora o poder impõe à vida, mas o modo intrinsecamente antinômico em que a vida se conserva através do poder. Deste ponto de vista, pode-se muito bem dizer que a imunização é uma proteção negativa da vida (Esposito, 2006, p. 42).

Deste modo, a categoria de cuidado em saúde não pode ser vista como algo fixo, unitário, como uma coisa em si, como uma espécie entidade abstrata. Seguindo os encontros traçados entre os estudos trans e os estudos sociais da ciência por Braz e Machado (2023), podemos indicar que cuidado em saúde tem menos a ver com a estabilização de um poder médico sobre a população LGBT, mas com levar a sério como tais práticas performam a medicina, fazendo do “biomédico” mais uma abstração, um efeito de estabilização que visa obscurecer a feitura instável. Seria preciso atentar para como esse fazer é heterogêneo e está articulado sobre essa dupla dimensão, que tem uma força na criação de formas particulares de relações, opera em um terreno irregular, como um conjunto multifacetado, tencionado pela pretensão de universalização de um sujeito desincorporado a ser atendido e a produção de diferenças particularizáveis em indivíduos particularmente corporificados. A regulação biopolítica pela qual a população LGBT torna-se gerenciável pelo cuidado em saúde não é uma coisa ou um sistema, mas um significativo terreno de poderes e técnicas, um conjunto de práticas coabitadas por limitações, apontando para ambivalências.

No bojo deste “atendimento normal”, não nos parece impensável sugerir que estamos diante de uma reconfiguração pela qual a população LGBT é regulada menos como patologia – ainda que tais sentidos não deixem de circular – e mais por seus efeitos disruptivos no discurso universalizante do atendimento médico, marcando deslocamentos biopolíticos no interior do cuidado em saúde. Tal inscrição se dá a partir da defesa de cunho universalista dos cuidados em saúde como garantia da qualidade do atendimento médico e, portanto, como ferramenta promotora de igualdade social. Quando a população, agora, se define por levantar preconceitos e discriminações incompatíveis com a prática médica racional, evoca-se a imparcialidade – como marca não só ciência médica, mas também da política – entre os pacientes como modo de apagar as relações de poder e, à esteira de Brown (2006), tornar a própria aversão um objeto de regulação biopolítica mais do que eliminá-la. A articulação entre “atendimento normal” e moralidade permite, deste modo, reduzir os conflitos a uma questão de posição pessoal ou ética privada do médico.

Nosso ponto, o “atendimento normal” à “população LGBT” acaba por explicitar os limites ético-políticos do exercício do cuidado em saúde, fazendo do médico também o sujeito responsável da comunidade moral e governado por mecanismos de autocontrole. Essa população contamina a medicina menos pelas doenças que suscitam e mais pelo efeito moral que levantam. Essa ideia de contaminação da medicina através do preconceito pode ser aproximada do que Douglas (1991) pensou sobre a pureza e o perigo, quando analisava o modo como estudiosos da religião interpretavam ritos antigos e regras alimentares. Ora, tais estudos afirmavam “que mesmo o mais exótico dos ritos antigos tem uma boa base higiênica” (p. 43), ora destacavam justamente o contrário e separavam “nossas boas ideias sobre higiene das fantasias errôneas dos primitivos”. Torcendo as considerações de Douglas (1991), podemos pensar o quanto existe certo ideal de pureza universalizante no discurso ético médico. Ao jogar o preconceito para sola dos sapatos, o preconceito figura como um objeto impuro, que “suja” os ideais “bem-comportados” da medicina. Assim, os modos como as sensibilidades políticas contemporâneas, expressas na dispersão do discurso anti-preconceito e sua articulação com a política da igualdade no exercício médico, podem ser tomados como parte, do que Rose (1999) descreveu, como aquelas políticas que procuram regenerar e reativar valores que hoje se acredita, que regulam a conduta individual, prendendo os indivíduos às normas compartilhadas, como honra, vergonha, obrigação, confiança, fidelidade e compromisso com os outros.

Porém, é essa racionalidade que torna possível estabelecer uma relação inteligível com os pacientes, suspendendo, de algum modo, o núcleo duro da abstração do poder biomédico. Se, a princípio, o cuidado em saúde parece se assentar sobre o que Favero (2022) chamou de “um guia do que ‘não’ fazer” (p.8), logo somos defrontados com “esses limites ‘benévolos’ como limites caros à própria relação” (p. 8). Quando o médico mostra sensibilidade referindo-se aos sujeitos da forma que eles querem ser nomeados – *“Inicialmente eu sempre pergunto a elas como elas querem ser tratadas, e é assim que eu as trato”* – e evidenciando as falhas do sistema que impõe sensíveis repercussões as existências desses mesmos sujeitos – *“Uma pena que, no nosso prontuário não tem um lugar específico pra isso, aí eu coloco o nome que elas gostam de ser chamadas no lado entre parênteses, mas no fim não adianta muito né, porque qualquer exame que elas precisem fazer o requerimento é com o nome que tá na identidade”* –, provocam-se fraturas; pois, se a relação médico-paciente se estabelece segundo vários critérios, um destes é aquele que permite o reconhecimento da inteligibilidade dessas figuras sexuais e de gênero, com as quais se entra em relação.

Afinal, se para uns, o perigo se espreita no poder normativo da medicina, não se pode deixar de considerar o quanto é perigoso para o projeto de homogeneidade expor as contingências e ambivalências do discurso médico. Assim, esta tensão torna-se algo também potente, na medida em que impõe fissuras à medicina. No discurso médico

observa-se ainda que esse preconceito, além de habitar solas de sapatos, supostamente existe em todos os sujeitos. A subversão da proposição do Dr. Matheus contamina o sistema médico, pois se, por um lado, divide a conta do preconceito entre todos, despolitizando-o, por outro, a relação assume que médico algum incorpora total e abstratamente os ideais “bem-comportados” de ciência. Descontinuidades são erguidas nesse processo de colocar “preconceitos embaixo de solas de sapatos”. Essas novas formas que o preconceito tem que assumir reconfiguram o funcionamento biopolítico do cuidado em saúde. Do mesmo modo, o cuidado expõe a ambiguidade que se tenta extirpar do campo da medicina. Encena, em última instância, uma estratégia biopolítica de gerenciamento da existência, preenche de entre-lugares constitutivos e de possibilidades que desenham, nos termos de Bernardes (2012), movimentos centrífugos nas dinâmicas de governo dos vivos.

II. Da patologia à genética: gênero e natureza na produção da homossexualidade

“Ao longo de todos esses anos de profissão eu cheguei a uma conclusão: o homossexualismo é algo genético. O masculino, o feminino não. No caso do masculino o rapaz nasce com o gene do homossexualismo, já no caso da mulher, é mais por curiosidade, às vezes uma amiga incentiva, aí ela tem curiosidade pra saber como é o toque de outra mulher, porque as mulheres são mais delicadas, aí ela quer saber como é esse toque mais suave, nesse caso é mais curiosidade. No caso dos homens, o rapaz nasce homossexual, não existe isso de se tornar homossexual, às vezes o povo fala que é porque foi criado com vó, não tem nada a ver. O homossexualismo é algo absolutamente normal que nasce com o rapaz. É genético (bate a caneta na mesa), é como você nascer com prolapso da válvula mitral, tetralogia de Fallot, síndrome de Down. Afinal, você quer dizer que se eu e você andarmos na rua de mãos dadas (aperta vigorosamente minha mão), é algo que o sujeito faz porque quer? Pra ser humilhado pela sociedade? Agora tem as pessoas, principalmente as religiosas, que vem isso como algo abominável, eu como um ateu convicto fico muito preocupado quando vejo esses evangélicos tentando interferir nessas questões. Cura gay? Onde já se viu?” (Dr. Thiago. 59 anos de idade. 31 anos de formado. 9 anos de trabalho na UBS).

O que contemporaneamente tomamos como formas naturais e biológicas de corpos designados como masculinos e feminino só vieram a se configurar como tais a partir do registro da Anatomia no século XVIII, destinando aos corpos entendidos como mulheres o lugar da maternagem e aos corpos configurados como homens o exercício da guerra. Os estudos de Laqueur (2001) sobre essa historicidade da diferenciação en-

tre corpos tidos como masculinos e femininos nos parecem candentes para lançar luz sobre a diferenciação entre as homossexualidades masculina e feminina elencada pelo discurso médico em análise. Tomamos doravante a historiografia de Laqueur (2001), pois, notamos que essa retórica de uma diferença fundamental entre a homossexualidade masculina e feminina, que parece de início remeter a uma suposta diferença entre as sexualidades masculina e feminina, aponta para como gênero e as relações estabelecidas historicamente em torno do sexo cumprem uma significação poderosa sobre a sexualidade a ponto de esgotar esse mesmo campo de significação.

O modo como as relações de gênero interpelam o discurso do médico torna possível abrir duas interpretações distintas e possíveis para explicar a homossexualidade. A genética no caso da homossexualidade masculina e a curiosidade no caso da homossexualidade feminina são evocados como fundamentos explicativos com efeitos diferenciados em termos de gênero. Se antes, o que hoje entendemos como mulher era tido como um corpo inferior e marcado pela não correta evolução das genitálias e só a partir da modernidade essa diferença se naturaliza por intermédio dos estudos anatômicos, como poderia a mesma teoria explicar a homossexualidade presente em corpos historicamente construídos como distintos? Desse modo, fissuras aparecem no discurso médico, quando na contramão do que ensina a ginecologia e obstetrícia, que coloca as mulheres como criaturas mais naturais e biológicas (Rohden, 2001), aqui são os homens homossexuais, os seres “mais biológicos”, “mais naturais” e cuja “natureza” é da ordem do inquestionável. Nessa gramática, que toma menos as genitálias e mais a inscrição genética como seu fundamento, confere-se ao masculino um lugar naturalizável e estável quando, paradoxalmente, a possibilidade de trânsito na homossexualidade parece colocar em jogo a segurança do masculino.

Se é na modernidade que pênis e vagina, os órgãos genitais, assumem um papel primordial na fabricação de corpos generificados, recentemente o olhar clínico não se atém mais apenas às pranchetas anatômicas de Galeno, Versalius ou da Vinci. Em tempos de “cidadania genética” (Rose, 2013), os olhares se voltam para o microscópico; é na citologia e na histologia, na ordem das células e dos tecidos e moléculas de DNA que as diferenças sexuais são fixadas. Quanto mais além do olho humano as lentes de análise conseguem ir, mais esse olhar é tido como científico e verdadeiro (Pinheiro, 2006). Contudo, levando à literalidade a necessidade de aprofundamento do olhar clínico no microscópio, mais atualmente a verdade está nos genes (Rose, 2013). Não é somente mais o pênis e a vagina do século XVIII, nem as células de Sertoli ou de Leydig² do século XIX, é o cariótipo dos séculos XX e XXI que vão definir o sexo

² As células de Sertoli e de Leydig referem-se aos tecidos embriológicos que estimularão a formação, respectivamente, das genitálias masculina e feminina.

verdadeiro. Agora, sexo é definido também em termos de XY ou XX. Se a psicanálise e a endocrinologia são, há muito, utilizadas para dar conta de explicar o “fenômeno da homossexualidade” (Silva, 2012), – isto é, aquelas expressões de sexualidade destoantes do estreito marco heterossexual –, nesses novos tempos, é a genética que desponta como o discurso que legitima modos de pensar e tratar tais questões, cuja gramática da naturalização científica as impede de cair na esfera sombria da abjeção.

Porém, tal exercício também não deixa de evidenciar o quanto o discurso elencado oferece instrumentos para solapá-lo, quando aponta para a “homossexualidade feminina” como um escape não albergado pela determinação genética. A ideia de uma “homossexualidade feminina” como uma condição influenciável e manipulável, ou dito de outro modo, influenciada pelas “amigas” e pelo movimento de uma “curiosidade intrínseca” às mulheres, fratura-se um campo explicativo calcado na imparcialidade da genética. Se o fenômeno supostamente é o mesmo, por que partir de nexos explicativos tão distintos para dar conta de explicar a questão? Nossa sugestão é que o compromisso do discurso médico com as relações de gênero é que é exposto nesse processo de busca causal para determinadas experiências sexuais dos sujeitos. Se a homossexualidade feminina não é da ordem da natureza como é a homossexualidade masculina, não é de todo impossível associá-la às explicações que colocam que a “real natureza feminina” é a da ordem da maternidade (Rohden, 2001). Logo, a reprodução heterossexual constituiria a natureza incorruptível de qualquer mulher. Não seria a natureza da reprodução heterossexual tão determinista sobre as mulheres quanto a genética seria no caso dos homens? No entanto, que tipo de naturalidade para maternidade é essa que pode ser alterada facilmente?

Esse recurso também desvela sua ambiguidade, pois ao mesmo tempo em que responsabiliza as próprias mulheres pela sua perversão – ou é a “*influência*” de uma amiga ou é uma “*curiosidade*” patente – também assume que, se a “natureza” é tão determinista com a homossexualidade masculina, não parece o ser tão determinante para as mulheres. Em um trocadilho possível, estaria a homossexualidade feminina para a cultura, posto que seria produzida, assim como a homossexualidade masculina para a natureza da genética? Dito de outro modo, a homossexualidade feminina expõe a possibilidade eminente da sexualidade ser instável. Como seu correlato, outro aspecto é que a inscrição da homossexualidade masculina nos domínios da genética tem a estratégia de alçar as experiências sexuais masculinas a um estatuto legítimo de normalidade. Como “*ser humilhado pela sociedade*” é algo que nenhum sujeito masculino deveria viver na medida em arriscam o estatuto de sujeito universal, essas experiências que resultam em humilhação só poderiam ser explicadas, vividas e reconhecidas como legítimas por meio de um determinismo genético inquestionável. A explicação genética, ao colocar a homossexualidade no rol das “*características hereditárias*” e, logo, normais, localiza o sujeito masculino homossexual como um tipo de espécie específica

e, se essa distinção precisa ser reiterada constantemente pela evocação da ordem genética do desejo, é porque esses sujeitos não são tão naturais assim.

Quando a homossexualidade se torna tão normal quanto o “*prolapso da válvula mitral, a tetralogia de Fallot e a síndrome de Down*”³, reinscreve-se a homossexualidade nos compêndios biológicos, contudo, não mais agora signatária dos transtornos psiquiátricos, mas das combinações genéticas. Esses corpos, tatuados pela natureza, adquirem uma espécie de materialidade sensível advinda da genética, como se existissem independentemente. Sinaliza-se, deste modo, para como os momentos de enunciação discursiva nos cuidados médicos, são atravessados e constituídos por múltiplas modalidades discursivas, que não podem ser facilmente esgotadas no campo médico. Quando Dr. Thiago suspende a visão que discursos religiosos apresentam sobre a questão, discordando da ideia de uma “*cura gay*” – afinal, não faz sentido “corrigir” uma inscrição da genética, coisa que nem mesmo a medicina se propôs a fazer –, as fronteiras constitutivas do discurso médico alargam-se e criam bordas não tão nítidas a partir de uma relação com outros discursos com os quais se estabelece relação, se mede distância e se regula o contraste. Trazer a religião para o debate, mesmo que para negá-la e contestá-la, evidencia o quanto durante o exercício das práticas de cuidado, outros discursos que não só os das ciências biológicas se fazem presentes.

Nessa sorte de atravessamentos, a medicina, de biomédica, talvez muito pouco tenha. Quando insistimos, sob o risco de sermos repetitivos, nessa direção estamos inspirados pela sugestão de Camargo Jr (2013) sobre as apropriações do conceito de medicalização que, ao transformarem em princípio explicativo universal, realizam “uma teoria conspiratória de aplicabilidade geral”. De modo análogo, a evocação de um poder biomédico abstrato pode realizar a mesma conspiração de aplicação geral no campo das ações do exercício do cuidado em saúde. Tratado como um princípio transparente que descreve e explica universalmente a medicina, a abstração do “poder biomédico” desliza rapidamente para obliterar os deslocamentos biopolíticos em curso nos cuidados em saúde com a população LGBT ao tratar o poder como outro sinônimo para conspiração.

Para concluir

Seja com as cores da ciência de Mendel ou com as tintas da teoria formulada por Freud, o que parece patente é o quanto no momento da consulta médica, – que aparece como um encontro entre os questionamentos do profissional médico e a confissão do su-

³ Enfermidades que tem como característica comum sua explicação genética como causa.

jeito interpelado –, os médicos são confrontados com formas de vida que questionam a pretensão de uma racionalidade estável e única. Esta é momento no qual, essas mesmas racionalidades precisam encontrar, dentro de sua gramática, explicações possíveis para dar conta de articular uma significação de modo a tornar gerenciáveis acontecimentos disruptivos e que escapam à lógica de um corpo humano universal a ser diagnosticado, aquilo que Bernardes (2012), já apontava como o inesperado dos cuidados em saúde. Aqui, discursos (bio)médicos funcionam mais como espaços-tempos anacrônicos que nada tem de uma homogeneidade biológica ou de uma horizontalidade organicista. Em sua heterogeneidade constitutiva, esses espaços-tempos da consulta médica produzem regimes de enunciabilidade, regiões de (in)visibilidades e campos de dizibilidades através dos quais a população LGBT torna-se um alvo da vida gerenciável. A partir de zonas de vizinhança, enunciados aparentemente díspares compõem as práticas de cuidado colocados em uma relação constitutiva em determinados momentos e contextos.

As ambiguidades desses discursos evidenciam como produzem efeitos que estão fora de controle, que não podem ser facilmente administrados ou subsumidos, que escapam ou excedem seus projetos de ação. Ainda que, em algumas situações, o discurso biomédico mantenha a fantasia de um significado fixo, ele nunca será totalmente apreensível. Em certo sentido, seria possível ler à contrapelo a sugestão de Silva (2018) para o âmbito jurídico. Ao se debruçar sobre as peças de retificação de registro civil de pessoas travestis e transexuais, Silva (2018) mostra como o universal jurídico é suspenso por uma espécie de perversão – o sinal para uma disputa sem qualquer fundamentação jurídica que cria zonas de autoridades. Seu pedido para “considerar uma forma regulatória que figure adequadamente a instabilidade e contingência” (p. 134) é um apelo para um ordenamento jurídico orientado ética e politicamente pelo reconhecimento de identidades autodeterminadas. Não seria impreciso tomá-lo como um apelo analítico para a operação performativa da biopolítica que, se não opera sem produzir efeitos de abstração, faz do cuidado em saúde um campo fraturado, no qual elementos antagônicos se articulam sem perspectiva de superação. Trata-se, sobretudo, da criação de espaços ambivalentes de produção da vida em meio a relações de poder. Espaços que servem para dizer o quanto as normas, tão caras à medicina, não funcionam de forma linear, objetiva ou transparente. Mesmo que algumas figuras e sentidos permaneçam, os deslocamentos biopolíticos expõem como as normas são continuamente (re)moldadas também a partir de combinações de diferentes arranjos para governar e inventar a “população LGBT” no âmbito do cuidado em saúde do exercício médico.

Nessa heterogeneidade, formas de entrelaçamento se estabelecem e subjetividades são forjadas num terreno movediço, o que faz com que a prática médica, a todo o momento, se veja diante de pontos em que sua precariedade é exposta. O poder da medicina em nomear, descrever e qualificar para instituir modos que permitem que nos narremos e que façamos determinadas coisas com nossos corpos, a partir de noções

binárias que criam sexualidades e gêneros distintos, fundamentando-se na morfologia dos corpos, não se faz sem instituir o lugar da medicina na paisagem social e, portanto, fazer deslizar as fronteiras do discurso de que seria imune à cultura, ao social e ao simbólico. Quando divulgamos como esses discursos operam quando os sujeitos médicos são confrontados com as situações de cuidado com a população LGBT, enfrentamos a inscrição destas posições como disputas culturais arbitrárias para existir de uma ou de outra forma. Assim, a medicina, torna-se, então, um deslizando emaranhado de discursos suturados em resposta à agenda política contemporânea, não um operador biologizante que se apresenta puro e asséptico, mas um campo polimorfo no qual os mais diversos discursos são agenciados e estão em jogo no gerenciamento dos corpos.

Em um mundo como o da medicina, descrito por discursos homogêneos e por hegemonias que não se admitem transitórias, pode ser potente apostar em como suas categorias e tecnologias são deslizando, rearticuladas por elementos que supostamente não as constituem, contestando os territórios. Se, segundo Foucault (2004, p. 277), nas relações de poder inerentes a essas tramas discursivas há necessariamente alternativas de resistência, que indicam possibilidades “de fuga, de subterfúgios, de estratégias que invertam a situação”, as possibilidades que encontramos como o exercício do cuidado em saúde nas consultas médicas, desvelam tanto subjetivações por distintos discursos quanto lançam luz sobre a hidridez discursiva do aparato do cuidado. Este exercício pode fazer da resistência uma possibilidade constitutiva do próprio movimento transbordante da biopolítica. Se há deslocamentos em curso, se zonas cinzentas e não inteiramente controláveis se estabelecem, as possibilidades inerentes à heterogeneidade discursiva do cuidado em saúde, podem, quem sabe, agenciar outras formas de pensar, agir, trabalhar e organizar o exercício médico.

Recebido: 26/09/2023
Aceito para publicação: 26/04/2024

Referências

- AZEREDO, Yuri; SCHRAIBER, Lilia. 2017. “Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate”. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 22, nº 9, p. 3013-3022.
- AZEREDO, Yuri; SCHRAIBER, Lilia. 2021. “Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde”. *Interface*, Vol. 25, e190838.
- AYRES, José Ricardo. 2009. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- BERNARDES, Anita Guazzelli. 2012. “Cartografia de práticas de cuidado”. *Psicologia & Sociedade*. Vol. 24, nº 3, p. 701-709.
- BERNARDES, Anita Guazzelli; QUINHONES, Dionatans Godoy. 2012. “Práticas de cuidado e produção de saúde: formas de governamentalidade e alteridade”. *Psico-PUCRS*. Vol. 40, nº 2, p. 153-161.
- BESEN, Lucas Riboli. 2018. “*Pode tudo, até ser cis*”: *Segredo de justiça, cisgeneridade e efeitos de estado a partir de uma peciografia dos processos de retificação do registro civil em Porto Alegre/RS*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- BRAZ, Emilia; MACHADO, Paula Sandrine. 2023. “Os estudos trans encontram os estudos sociais da ciência”. *Iluminuras*. Vol. 24, nº 64, p. 366-392.
- BROWN, Wendy. 2006. *Regulating aversion: tolerance in the age of identity and Empire*. Princeton: Princeton University Press.
- BUTLER, Judith. 1988. “Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory”. *Theatre Journal*. Vol. 40, nº 4, p. 519-531.
- CAMARGO JR., Kenneth. 1997. “A Biomedicina”. *Physis*. Vol 7, nº1, p. 45-68.
- CAMARGO JR., Kenneth. 2013. “Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário”. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol 29, nº 5, p. 844-846.
- CASTRO, Edgardo. 2011. *Lecturas foucaulteanas: una historia conceptual de la biopolítica*. La Plata: UNIPE.
- COLLIER, Stephen. 2011. “Topologias do poder: a análise de Foucault sobre o governo político para além da ‘governamentalidade’”. *Revista Brasileira de Ciência Política*. nº 5, p. 245-284.
- DOUGLAS, Mary. 1991. *Pureza e perigo*. Lisboa: Edições 70.
- ESPOSITO, Roberto. 2006. *Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FACCHINI, Regina. 2005. *Sopa de Letrinhas?: Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990*. Rio de Janeiro: Garamond.
- FAVERO, Sofia. 2022. “‘Como atender travestis e pessoas trans?’: (des)cisgenerizando o cuidado em saúde mental”. *Cadernos Pagu*. nº 66, e226613.
- FOUCAULT, Michel. 1996. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- FOUCAULT, Michel. 2004. “A ética do cuidado de si como prática de liberdade”. In: MOTTA, M. B. (Org). *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FOUCAULT, Michel. 2005. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- FOUCAULT, Michel. 2006. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes.
- FOUCAULT, Michel. 2008. *Nascimento da Biopolítica*, São Paulo: Martins Fontes.
- FOUCAULT, Michel. 2009. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- FOUCAULT, Michel. 2012. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- HARAWAY, Donna. 2023. *A reinvenção da natureza: símios, ciborgues e mulheres*. São Paulo: Martins Fontes.
- JACKSON, Alicia; MAZZEI, Liza. 2013. “Plugging One Text Into Another: Thinking With Theory in Qualitative Research”. *Qualitative Inquiry*. Vol 19, nº 4, p. 261–271.
- LAQUEUR, Thomas. 2001. *Inventando o sexo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- LUZ, Madel Therezinha. 1988. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus.
- MAZZEI, Lisa. 2016. “Voice without a subject”. *Cultural Studies↔Critical Methodologies*, Vol. 16, nº 2, p. 151-161.
- MELLO, Luiz et al. 2011. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. nº 9, p. 7-28.
- MOL, Annemarie. 2008. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. 2012. “Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas”. *Mana*. Vol 18, nº 3, p. 511-538.
- PINHEIRO, Clara Virginia. 2006. “Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal”. *Physis*. Vol. 16, nº 1, p. 45-58.
- PUAR, Jasbir. 2013. “Prefiro ser um ciborgue a ser uma deusa”: interseccionalidade, agenciamento e política afetiva. *Meritum*. Vol 8, nº 2, p. 343-370.
- ROHDEN, Fabíola. 2001. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- ROSE, Nikolas. 1999. *Powers of Freedom*. Cambridge: Cambridge University Press.
- ROSE, Nikolas. 2013. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. 2008. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec.
- SILVA, Jackson Ronie Sá. 2012. *Homossexuais são...: revisitando livros de medicina, psicologia e educação a partir da perspectiva queer*. Tese de Doutorado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
- SILVA, Simone Schuck. 2018. *Fora da norma?: conflitos dogmáticos nas demandas por retificação de nome e sexo no registro civil*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
- TAUSSIG, Michael. 1992. *The nervous system*. New York/London: Routledge.