



**UnB**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

**HEITOR ABADIO VICENTE**

**CORPOS EM LUTA, VIDAS INSURGENTES: PERCEPÇÕES EM SAÚDE DE  
HOMENS NEGROS GAYS**

**BRASÍLIA**

**2025**

**HEITOR ABADIO VICENTE**

**CORPOS EM LUTA, VIDAS INSURGENTES: PERCEPÇÕES EM SAÚDE DE  
HOMENS NEGROS GAYS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti.

**BRASÍLIA**

**2025**

**HEITOR ABADIO VICENTE**

**CORPOS EM LUTA, VIDAS INSURGENTES: PERCEPÇÕES EM SAÚDE DE  
HOMENS NEGROS GAYS**

**14 de agosto de 2025.**

**Banca Examinadora:**

**Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti**

Universidade de Brasília (UnB)  
Presidente da Banca e Orientadora

**Profa. Dr. Magno Nunes Farias**

Universidade de Brasília (UnB)  
Membro Interno

**Profa. Dra. Janaina Cassiano Silva**

Universidade Federal de Goiás (UFCAT)  
Membro Externo

**Profa. Dr. Antonio Joaquim Guambe**

Universidade Eduardo Mondlane (UEM - Maputo, Moçambique)  
Membro Externo

**Prof. Dr. Ileno Izidio da Costa**

Universidade de Brasília (UnB)  
Suplente

Dedico esta tese à minha mãe, Dinha;  
à minha irmã, Nallú; à Pagu; ao meu  
avô, Geraldo (*in memoriam*); e à minha  
melhor amiga, Noilma (*in memoriam*).

## **Agradecimentos**

Salve o Rei de Oyó, Kawo Kabiyesile!

Essa seção deveria ter sido escrita antes mesmo de iniciar essa tese, pois há muito e muitas que foram fundamentais para a tessitura desse texto, mas sobretudo fundamentais para que eu pudesse chegar aqui, vivo, concreto e simbolicamente.

Tecer esse percurso só se fez possível porque outras pessoas se propuseram a iniciar tessitura dessas tramas; aos meus mais velhos, aqueles que me antecederam, agradeço pela possibilidade de poder caminhar em solo já habitado.

Sou muito grato a todos os meus amigos por serem apoio e força nesse processo de doutoramento e principalmente pela partilha da vida e celebração da existência. É muito difícil mensurar a importância de vocês em minha vida e se é impossível mensurar, hierarquizá-la é algo que não me proponho fazer.

Acredito num amor que nos expande e sou muito feliz por poder partilhar esse amor sem cobranças, com afeto, onde me encanto cotidianamente pelos meus amigos. Ciente que há uma possibilidade gigantesca de esquecer alguém, e para não incorrer em erros farei menção a todos os meus amigos em ordem alfabética. Abílio, Alexandre, Aline, Ana Luiza, Ane, Arthur, Barbara, Beatriz, Bruno, Carlos André, Cora, Cristiane, Daniel, Eduarda, Eliane, Edwine, Gabriela, Gabriela, Idea, Isadora, Ivana, Jerline, Jóice, Julia, Larissa, Lucas, Marcel, Mariana, Miguel, Paula, Pedro, Raquel, Samantha, Stephannie, Taísa, Talita, Vanessa, Vitório, Viviane, Wagner.

Agradeço as minhas tias por todas as orações, bençãos e desejos de felicidade. Aos meus primos por se fazerem sempre presentes mesmo na distância.

Agradeço aos professores que me inspiraram a seguir e construir meus caminhos na docência; dos grandes encontros da vida, esse permanece sendo uma escolha diária.

Ao Marcos Paulo, que foi a calma e o aconchego fundamental para fechar a escrita dessa tese.

Agradeço as minhas alunas e alunos, estagiarias e estagiários, colegas de trabalho, profissão e militância.

Agradeço a minha orientadora, Larissa Polejack, por topar me acompanhar nesse percurso.

Ao Antônio, pela receptividade acolhedora e o empenho em resolver as diversas demandas institucionais que solicitava para a secretaria.

Agradeço a Capes, pelo financiamento desta pesquisa.

Vicente, Heitor Abadio. (2025). *Corpos em luta, vidas insurgentes: Percepções em saúde de homens negros gays* [Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília].

### **Resumo**

Este trabalho investiga as experiências e percepções sobre o cuidado em saúde de homens negros gays, analisando como os atravessamentos de raça, gênero e orientação sexual impactam seus processos de saúde à luz dos conceitos de interseccionalidade e necropolítica. Para isso, trata-se de um estudo qualitativo que articula a netnografia, realizada em canais do YouTube de criadores que se autoidentificam como homens negros gays, e a autoetnografia, a partir da vivência do pesquisador. Foram selecionados vídeos de caráter autobiográfico com a temática da saúde, os quais foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin. A análise resultou em três categorias temáticas: a primeira evidencia como violências interseccionais (racismo, LGBTQIAPN+fobia, gordofobia) geram negligência no cuidado, materializando o que foi conceituado como “cemitério de vivos”; a segunda aponta que a discussão sobre saúde é frequentemente atravessada pela temática do HIV/AIDS, expondo o estigma e a sorofobia; e, por fim, a terceira categoria revela a tensão entre o discurso neoliberal de responsabilização individual pela saúde e uma perspectiva de coletividade defendida pelos criadores de conteúdo, que reivindicam soluções estruturais e comunitárias. A pesquisa demonstra como o discurso neoliberal coopta os discursos de homens negros gays com uma concepção de cuidado individual e politicamente desarticulado. Demonstrando a urgência na construção de cuidado ativo na promoção de saúde, e fortalecimento coletivo na vigilância popular em saúde, bem como a formação de profissionais.

**Palavras-chave:** masculinidades negras, saúde, racismo, necropolítica.

Vicente, Heitor Abadio. (2025). *Gay black men's health experiences and perceptions: A netnography on YouTube* [Doctoral Thesis, University of Brasilia, Brasilia].

### **Abstract**

This study examines the healthcare experiences and perceptions of Black gay men, analyzing how the intersections of race, gender, and sexual orientation impact their health processes through the theoretical lenses of intersectionality and necropolitics. To this end, it employs a qualitative methodology that combines netnography, conducted on the YouTube channels of creators who self-identify as Black gay men, with autoethnography, drawing from the researcher's own lived experience. A selection of autobiographical videos on the topic of health was subjected to content analysis following Bardin's proposed framework. The analysis yielded three thematic categories. The first demonstrates how intersectional violence (racism, LGBTQIAPN+phobia, fatphobia) generates negligence in care, materializing what has been conceptualized as a "cemetery of the living." The second category indicates that discussions about health are frequently intersected by the topic of HIV/AIDS, thereby exposing stigma and serophobia. Finally, the third category reveals the tension between the neoliberal discourse of individual responsibility for health and a collective perspective championed by the content creators, who call for structural and community-based solutions. The research demonstrates how neoliberal discourse co-opts the narratives of Black gay men through a conception of care that is individualistic and politically disengaged. This underscores the urgent need to construct active health promotion, strengthen collective action in popular health surveillance, and enhance the training of professionals.

**Keywords:** Black masculinities, health, racism, necropolitics.

## Lista de Siglas

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>ABGLT</b>         | Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais  |
| <b>ABIA</b>          | Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS  |
| <b>AIDS</b>          | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  |
| <b>ANTRA</b>         | Associação Nacional de Travestis e Transexuais  |
| <b>APA</b>           | Associação Psiquiátrica Americana   |
| <b>CFP</b>           | Conselho Federal de Psicologia  |
| <b>CID-10</b>        | Classificação Internacional de Doenças-10   |
| <b>DCN</b>           | Diretrizes Curriculares Nacionais para Psicologia   |
| <b>DSM</b>           | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais   |
| <b>DSS</b>           | Determinante Social da Saúde  |
| <b>GGB</b>           | Grupo Gay da Bahia  |
| <b>HIV</b>           | Vírus da Imunodeficiência Humana  |
| <b>IBGE</b>          | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística   |
| <b>IPEA</b>          | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  |
| <b>IST</b>           | Infecções Sexualmente Transmissíveis  |
| <b>LGBT+</b>         | Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero  |
| <b>LGBTI+</b>        | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Intersexuais  |
| <b>LGBTQIA+fobia</b> | Termo utilizado para descrever aversão, discriminação e preconceito contra (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, travestis, queers, intersexo, assexuais, pansexuais, não-binárias e demais orientações sexuais e identidades de gênero) |

**LGBTQIAPN+** Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Travestis, Queers, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-Binárias (e demais orientações sexuais e identidades de gênero)

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**ONG** Organização Não Governamental

**PNS** Pesquisa Nacional de Saúde

**PNSILGBT** Política Nacional de Saúde Integral LGBT

**PNSIPN** *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*

**PrEP** Profilaxia Pré-Exposição

**SIM** Sistema de Informações sobre Mortalidade

**SINAN** Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**SUS** Sistema Único de Saúde

**THE** Transtorno de Homossexualidade Egodistônica

**UBS** Unidade Básica de Saúde

**VPS** Vigilância Popular em Saúde

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| Apresentação .....  | 13 |
| 1 Introdução .....  | 16 |
| 2 Justificativa, problema, questão e objetivos de pesquisa .....  | 25 |
| 2.1 <i>Objetivos</i> .....  | 28 |
| 2.1.1 Objetivo geral .....  | 28 |
| 2.1.2 Objetivos específicos .....   | 28 |
| 3 Percurso metodológico e as encruzilhadas metodológicas .....  | 29 |
| 3.1 Netnografia, etnografia virtual, pesquisa documental: As encruzilhadas metodológicas na construção do campo-tema .....      | 31 |
| 3.1.1 O youtube .....   | 42 |
| 3.1.2 Delineamento da pesquisa e um (re)conhecimento do youtube .....   | 47 |
| 3.1.3 Procedimentos .....   | 48 |
| Critérios de inclusão .....   | 48 |
| Processo de seleção .....   | 49 |
| Procedimento de seleção .....   | 50 |
| Análise das informações .....   | 52 |
| 4 Do processo de delineamento da pesquisa às violências institucionais: Um manifesto sobre a ocupação do espaço acadêmico ..... | 54 |
| 5 Formação social brasileira: Raça e racismo no Brasil .....  | 78 |
| 5.1 A cartografia da desumanização: Expansão, tráfico negreiro e as raízes do racismo .....                                     | 79 |
| 5.2 Um solo forjado entre lágrimas, sangue e suor: A formação social brasileira e a escravização de corpos pretos .....         | 91 |
| 5.3 Mestiçagem, branqueamento e a tentativa de uma “limpeza social” .....   | 98 |

|   |     |
|---|-----|
| 5.4 Necropoder, racismo e subjetivação .....  | 111 |
| 6 Homossexualidade e masculinidades: (im)Possibilidades e lugares.....  | 119 |
| 6.1 Sexualidade, homossexualidade a produção subjetiva.....   | 119 |
| 6.2 Masculinidades hegemônicas, raça e não-lugar .....  | 127 |
| 6.3 Homossexualidades e negritude: Ser um homem negro gay.....  | 131 |
| 7 Determinação social da saúde e projeto societário .....   | 141 |
| 7.1 Determinação social da saúde (DSS): Disputas e projetos.....  | 141 |
| 7.2 A “desassistência” como uma ferramenta de fazer morrer .....  | 146 |
| 7.3 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.....   | 150 |
| 7.4 Análise dos fundamentos da política.....  | 156 |
| 7.5 A política de saúde da população LGBTQI+ .....  | 162 |
| 8 Resultados e discussões.....  | 168 |
| Um exercício de mergulho: Padrões corporais o Eu, o Nós e os fragmentos de memórias .....   | 169 |
| As pessoas morrem de medo de falar: Saúde, estigma e sorologia .....  | 180 |
| “A gente sabe que essas coisas fazem mal pra gente, mas isso não necessariamente leva a gente a tomar uma atitude de cuidado [...]”: A individualização do sofrimento, autocuidado e os projetos em saúde ..... | 198 |
| 9 Considerações finais .....  | 216 |
| O cuidado ativo e a autonomia como práticas de liberdade e resistência.....   | 217 |
| Referências .....   | 227 |

## **Apresentação**

*“Tenho que falar porque falar salva”.*

(Água Viva – Clarice Lispector)

A inquietação que levou à escolha dessa temática está entrelaçada com diversos aspectos da minha história. Ela perpassa as histórias que compõem a minha infância, revelando como descobri minha identidade como um menino negro. Esse percurso atravessa narrativas dolorosas sobre como minha orientação sexual foi apontada sem que eu compreendesse plenamente o significado e, de maneira consciente na vida adulta, aborda as experiências corporais de ser um homem negro gay em uma sociedade marcada pelo racismo. Essa reflexão se estende à minha atuação como psicólogo clínico e professor de psicologia nos últimos anos.

O reconhecimento de ser um homem negro gay e a possibilidade de me identificar e ter orgulho desse lugar é algo que venho construindo ao longo dos anos. Por um lado, há o orgulho pelas pessoas que me antecederam, pela luta de uma população negra que desbravou caminhos, permitindo que eu esteja onde estou hoje. Por outro lado, enfrento a dificuldade em construir uma relação de cuidado e admiração por um corpo sistematicamente apontado como inadequado, feio e marginalizado.

Os anos de graduação, as experiências na universidade e o contato com teorias que possibilitaram repensar estruturas foram fundamentais para construir possibilidades de cuidado com minha própria identidade, acolhendo as dores e olhando as feridas. Meu trabalho de conclusão de curso foi uma discussão sobre homens negros gays e afetividade, refletindo o desejo de compreender as experiências afetivo-sexuais desses homens e os atravessamentos dos marcadores sociais na construção e

vivência dessas relações. A execução da pesquisa foi dolorosa, mas as entrevistas trouxeram histórias importantes para o objetivo do trabalho, evocando dores compartilhadas pelos sujeitos da pesquisa e por mim.

Após deixar a temática fora do campo de pesquisa por um tempo e realizar incursões em outros campos da psicologia durante o mestrado, tomei a decisão de iniciar um percurso de doutoramento para compreender academicamente as inquietações que me acompanharam ao longo da vida. Inicialmente, meu projeto de pesquisa versava sobre relações afetivo-sexuais entre homens negros gays, buscando aprofundar a pesquisa anterior e compreender a dimensão da violência racial nessas experiências. Durante esse percurso, houve a necessidade de mudar de orientadora e linha de pesquisa, permitindo uma ampliação da compreensão sobre gênero, sexualidade, raça e cor na dimensão da saúde.

Devido à minha atuação profissional como psicólogo clínico, as observações e inquietações que antes eram discutidas em supervisões ou grupos de estudo tomaram outros caminhos. Atendi muitas mulheres, diversas em relação à orientação sexual, algumas mulheres negras, formando um público majoritariamente feminino. No entanto, notei uma contradição: um público masculino muito reduzido, especialmente de homens negros gays. Surgiu o questionamento: por que tão poucos homens procuram a clínica? Onde estão os homens negros gays?

É crucial questionar como o acesso à saúde mental se entrelaça com as condições socioeconômicas. A crescente mercantilização da saúde, em especial, cria barreiras que dificultam o acesso a diversos sujeitos, um problema que é notório em serviços particulares, mas que não se restringe a eles. Além disso, a população negra

enfrenta remuneração laboral mais baixa e maior situação de pobreza, e os dados sobre saúde do homem indicam um adiamento na procura por atendimento, resultando em agravos.

Retomando os resultados da minha investigação de trabalho de conclusão de curso e as questões que surgem nos atendimentos clínicos, quando homens negros gays chegam à clínica, eles trazem como demanda aspectos de sua identidade, gênero, orientação sexual e relatos de sofrimentos decorrentes da maneira violenta como seus corpos são tratados nessa sociedade. Portanto, compreendi que gostaria de analisar as experiências e percepções que homens negros gays têm sobre sua relação com cuidados em saúde. Logo a compreensão de que o racismo produz nossa realidade é tão profunda, que conforme diz Sueli Carneiro (2023), esta constatação exige de nós uma resposta à altura, uma radicalidade coerente com a história, um compromisso com as trajetórias de resistência que desafiaram o dispositivo racial. Não esquecer que foi a ousadia intransigente que abalou estruturas.

## 1 Introdução

Conforme dados produzidos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em um estudo realizado em 2022 e publicado em 2024, 76,5% das vítimas de homicídio no Brasil são pessoas negras, o que representa que as chances de pessoas negras serem mortas em função de sua cor de pele são 2,8 vezes maiores quando comparadas a uma pessoa não negra. Isso significa que, no contexto brasileiro, as pessoas negras têm 23% a mais de chance de serem assassinadas (Cerqueira et al., 2021).

O Atlas da Violência tem documentado consistentemente a divergência entre os homicídios para as populações negra e não-negras. Entre 2008 e 2018, por exemplo, o número de homicídios de pessoas negras aumentou 11,5%, enquanto a taxa de homicídios de pessoas não-negras (brancos, amarelos e indígenas) registrou uma queda significativa de aproximadamente 13%. Essa tendência de divergência se manteve em análises mais recentes, com uma queda de quase 33% nas mortes de pessoas não-negras em 11 anos, contrastando com um crescimento de quase 2% para pessoas negras.

Já os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([IBGE], 2022) indicam que, no Brasil, a expectativa de vida dos homens é 07 anos menor do que a das mulheres. Os homens demonstram maior suscetibilidade a doenças, especialmente as crônicas, e utilizam os serviços de saúde com menos frequência do que as mulheres, resultando em agravos em sua saúde e maior incidência de mortalidade. Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) referentes ao ano de 2020 mostram que o Brasil registrou 12.080 casos de suicídio, sendo

homens negros com idades entre 30 e 59 anos as principais vítimas, totalizando 2.576 ocorrências, o que representa 21,3% do total (Brasil, 2021).

Esses dados evidenciam um problema complexo que, embora tenha suas raízes no início da exploração negra no país, continua a ser uma realidade estruturante na sociedade brasileira até hoje. O racismo, como operação de poder e tecnologia social, baseado em uma hierarquização valorativa das raças, organiza economicamente e politicamente a sociedade, estruturando as relações sociais e instituindo lugares, posições, possibilidades e impossibilidades de existência (Almeida, 2018).

A construção histórica e social deste país está alicerçada no extermínio sistemático de corpos negros, seja durante o período institucionalizado de escravidão dos povos africanos ou nas estratégias sofisticadas do Estado em escolher e promover a morte da população negra. Isso se reflete na negação de acesso à educação, saúde, moradia digna e outros direitos humanos fundamentais. O percurso institucional de abolição da escravatura no Brasil, ao invés de comprometer-se com a reparação material e simbólica das violências estruturais perpetradas durante os anos de escravidão, certificou-se de garantir institucionalmente a impossibilidade de sobrevivência dessa população. Nesse percurso de pesquisa, busco focar na formação do Brasil e nas implicações da escravização de povos africanos, para afirmar que não compreendo possível entender a marginalização da população negra sem considerar a forma como as dimensões sociais, políticas e culturais foram fundadas nesse processo.

A interseccionalidade se configura como uma perspectiva crítica fundamental para desnaturalizar as complexas relações de poder que estruturam a nossa sociedade. Como destacam Collins e Bilge (2021), essa abordagem permite examinar

as articulações de categorias como raça, classe, gênero, corporalidade, territorialidade e sexualidade de maneira interdependente, produzindo formas específicas de opressão e privilégio. Trata-se de uma lente analítica capaz de revelar as múltiplas camadas de violência que compõem o tecido social e político, oferecendo bases para a construção de leituras mais precisas sobre as desigualdades estruturais.

Conforme Collins e Bilge (2021), a interseccionalidade passa por constantes ressignificações, o que explica a coexistência de múltiplas interpretações. Essa pluralidade de sentidos permite que o conceito atue simultaneamente como marco teórico, instrumento metodológico, paradigma analítico e prática política. Logo, essa característica exige um esforço contínuo para delimitar seus contornos teóricos no campo da teoria crítica.

Na prática analítica, a interseccionalidade, conforme a perspectiva de Collins e Bilge (2021), opera em três eixos principais. Primeiro, ela permite mapear as operações interseccionais que organizam as relações sociopolíticas, como meu texto demonstra ao mostrar que a formação do Brasil e a marginalização da população negra se estruturam na interconexão entre racismo e economia. Em segundo lugar, o conceito possibilita decifrar os mecanismos pelos quais diferentes formas de opressão se entrelaçam. A Lei de Terras de 1850, por exemplo, não atuou apenas como uma medida econômica, mas como um dispositivo que negou o acesso à terra para a população negra, articulando opressão racial e de classe. Por fim, a interseccionalidade oferece subsídios para compreender a produção material das desigualdades, evidenciando que a pobreza e a marginalidade não são “naturais” ou acidentais, mas

sim o resultado concreto da operação desses sistemas de poder que se sobrepõem e reforçam a violência e a exclusão.

Esses eixos funcionam como chaves interpretativas essenciais para desvendar como as instituições foram historicamente moldadas por lógicas cis-heteropatriarcais e sistemas de estratificação baseados em classe, gênero, religião e família, bem como para identificar os desafios específicos decorrentes dessas estruturas e formular respostas eficazes nos âmbitos político, teórico e jurídico (Ribeiro, 2024).

A análise dos espaços de poder a partir da perspectiva interseccional revela como diferentes formas de opressão não apenas coexistem, mas se complexificam mutuamente. Isso resulta na criação simultânea de experiências de privilégio para alguns grupos e espaços de exclusão para outros, tornando a dinâmica social mais complexa e desigual. Como argumentam Collins e Bilge (2021), a geografia do poder é esculpida pela confluência dinâmica de múltiplos eixos opressivos, como raça, classe, gênero e sexualidade, em constante interação com contextos históricos e culturais específicos.

É importante destacar que a abordagem sobre a interseccionalidade rejeita a ideia de hierarquia entre os marcadores sociais e enfatiza a necessidade de analisá-los dentro de contextos específicos de poder. Ao pensar nas demandas de homens negros gays e acesso à saúde, por exemplo, considera-se fundamental examinar a combinação de diversos marcadores sociais para entender plenamente suas experiências. Da mesma forma, ao analisar as demandas de grupos sociais específicos, busca-se observar como esses marcadores se sobrepõem, levando em

conta suas realidades particulares. Dessa forma, torna-se possível compreender melhor as complexidades das opressões que enfrentam.

Nesse sentido, é possível compreender os quatro domínios do poder propostos por Collins e Bilge (2021) nas estruturas opressoras que des(organizam) o Brasil. O domínio estrutural está enraizado no nosso passado escravocrata, que se presentifica nas instituições, relegando a população negra a espaços marginalizados. Já o domínio cultural se manifesta na difusão de ideias que naturalizam desigualdades, como o mito da democracia racial, que insiste em negar a existência do racismo no país.

No domínio disciplinar, como aponta Collins e Bilge (2021), o controle social<sup>1</sup> ocorre de forma sutil, mas eficaz, moldando comportamentos e punindo dissidências. O encarceramento em massa da população negra é um exemplo claro desse mecanismo, funcionando como uma ferramenta de manutenção da ordem racializada, onde pretos e pobres, uma vez que figuram no imaginário social como corpos iminentemente perigosos, precisam ser encarcerados como estratégia para um discurso de segurança pública, bem como forma de dominação desses corpos. Por fim, o domínio interpessoal revela como esses sistemas de poder se cruzam no cotidiano, afetando de maneira singular a vida de cada indivíduo.

Se os dados históricos retratam o processo do Estado em assegurar vitalismo para alguns grupos, enquanto, simultaneamente, autoriza o extermínio de outros, transformando corpos negros em alvos preferenciais. Esse processo, que Foucault (2014) descreve como a produção de discursos que legitimam práticas sociais, encontra sua materialidade no Brasil. A dinâmica de desumanização, que para

---

<sup>1</sup> Importante destacar, que quando refiro a controle social nesse contexto, não estou falando do mesmo conceito de controle social conforme as normativas do SUS.

Mbembe (2014) é a base do racismo como um sistema que valora as diferenças, justifica a violência e o extermínio, sendo o cerne da operação do necropoder que, por ação ou omissão, define quais vidas podem ser descartadas. Nesse ponto, é importante sinalizar que a compreensão sobre morte extrapola a morte física, material, dos sujeitos; refiro-me também à condição simbólica, inerente ao processo de constituição e subjetivação. Isso considera os recursos discursivos e culturais que influenciam a construção de sentidos sobre si mesmo, sobre o mundo e a vida. A negação estrutural dessas existências constrói significados, concepções e processos de apagamento, aniquilação e extermínio.

A colonização produziu efeitos corporais e subjetivos evidentes para a população negra. O histórico de mortes que forjaram este país deixou cicatrizes inscritas nas memórias dessa população, nas relações e nas subjetividades. Um traço inscrito no corpo, historicamente transmitido, constitui (im)possibilidades para pessoas negras apropriarem-se de suas histórias, reconhecerem suas dores, enterrarem seus mortos e apoderarem-se de seus corpos.

As violências sofridas mediaram a relação das pessoas negras com a história deste país. Mais de 4,5 milhões de corpos foram sequestrados, escravizados e mortos em nome da modernidade, dos avanços da colônia e da construção de um novo país. Esse histórico se manifesta, transforma e permeia as vivências da população negra no país, impactando diretamente seu acesso à saúde. A segurança pública configura-se como um dos braços armados do Estado, operacionalizando uma política de morte cujos alvos são corpos específicos, o que se manifesta nas consequências letais das operações policiais. No entanto, o paradigma da necropolítica, que permeia as

dinâmicas sociais e estrutura o projeto de extermínio da sociedade brasileira, extrapola a violência direta e os dados de genocídio. Essa política se manifesta em outras formas de extinção da vida, tanto simbólicas quanto materiais, visto que o racismo é uma tecnologia que classifica quais vidas podem ser descartadas (Mbembe, 2014). Nesse contexto, a saúde pública também se encontra profundamente impregnada por essa lógica, uma vez que o desmantelamento, o desfinanciamento e a concepção de políticas que não atendem às necessidades da população funcionam como uma política de morte por omissão (Mbembe, 2014).

A política de saúde, enquanto estrutura reguladora, embora considere os corpos pretos, os agravos e as taxas de morbimortalidade, assim como as especificidades produzidas pela interseção dos marcadores de raça, classe e gênero na materialidade, muitas vezes não consegue garantir, acompanhar ou viabilizar sua execução nos territórios. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, a autoavaliação de saúde é significativamente pior entre a população negra, revelando que 71% das pessoas brancas com mais de 18 anos consideravam sua saúde “boa” ou “muito boa”, enquanto esse índice caía para 62,9% entre pessoas pretas e 62,1% entre as pardas (IBGE, 2020). Essa discrepância se estende ao acesso e uso do Sistema Único de Saúde (SUS), onde a dependência exclusiva dos serviços é majoritariamente de pessoas negras (76%), e a proporção de internações em hospitais do SUS é superior entre as pessoas que se autodeclararam de cor preta (75,8%) e parda (75,4%), enquanto as brancas ficam abaixo da média nacional, com 55,4% (Ministério da Saúde, 2017).

As diferenças se manifestam de forma ainda mais grave na morbidade e na mortalidade, que dão notícias da relação entre racismo e biopoder, tecnologias que, articuladas, produzem hierarquias de humanidade (Mbembe, 2014). As doenças prevalentes na população negra estão associadas tanto a causas genéticas quanto a condições socioeconômicas.

Ao pensarmos na ponta dos serviços de saúde, a oferta desses serviços é influenciada pela forma como estão inseridos nos territórios, como são implementadas as políticas nacionais na realidade regional, quem são os profissionais que prestam assistência em saúde e qual é a capacidade desses espaços de articular fatores fundamentais da política na realidade cotidiana, levando em conta os insumos disponibilizados e a realidade material dos territórios de atuação.

As mortes maternas evidenciam uma disparidade ainda mais crítica, com 67,1% das mortes registradas em 2022 sendo de mulheres negras, em comparação com 29,3% de mulheres brancas (Leal et al., 2017).

Essas estatísticas corroboram a existência de barreiras sistêmicas no acesso à saúde, incluindo a inadequação do pré-natal para gestantes negras, a falta de acompanhante no parto, além de uma menor administração de anestesia local. Apesar da existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída em 2006, sua implementação ainda é um desafio, com adesão de apenas 3% dos municípios brasileiros. O desconhecimento sobre a política, a não priorização por parte de gestores e a falta de recursos públicos são apontados como os principais obstáculos para sua efetivação.

Ao pensarmos a saúde da população negra faz-se importante consideração do quesito raça nas doenças e agravos desses grupos. Embora a política nacional preveja uma compreensão holística de classe, raça, gênero e orientação sexual na compreensão do adoecimento, os corpos em situação de agravamento continuam a falecer. Por vezes, os dados de mortalidade por causas não violentas, ou seja, aquelas que não resultam de assassinato, parecem não ser percebidos como tão alarmantes quanto os dados relacionados à segurança pública. Existe, de certa forma, uma compreensão social de que as mortes decorrentes de doenças estão ligadas ao ciclo natural da vida, à finitude natural, o que às vezes influencia a maneira como as informações em saúde são construídas e a atenção básica é prestada.

Compreender a saúde pública como um espaço de cuidado que precisa ser repensado e rearticulado, entendendo o que é saúde e a forma como esses cuidados são disponibilizados, é fundamental para garantir o direito à saúde e evitar que ela se torne mais um instrumento da necropolítica.

Diante disso, é necessário pensar quais cuidados e atenção em saúde são possíveis de serem construídos em uma sociedade que se estruturou na concepção do negro como não humano. O modelo biomédico, que coopta os cuidados em saúde como mera reprodução do neoliberalismo, domesticando corpos e maquinizando a experiência humana para adequação ao modo de produção industrial, é capaz de promover saúde? A maneira como a política está institucionalizada e operacionalizada não possibilita a constituição de um braço da necropolítica? Existe a possibilidade de cuidado para os corpos de homens negros gays que historicamente são duplamente subjugados ao trabalho mortificante no modelo atual?

## 2 Justificativa, problema, questão e objetivos de pesquisa

*“É o nosso saber que nos alimenta,  
É o nosso saber que nos defende,  
É o nosso saber que garante a nossa permanência”.*

(Nego Bispo)

O Brasil apresenta o maior número absoluto de homicídios no mundo, e ao analisar esses dados, é possível observar que as pessoas que mais morrem no país atualmente são jovens, pessoas negras e a população pobre. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), a expectativa de vida ao nascer para homens negros é 7 anos menor do que para homens brancos, com uma média de 66,1 anos para negros em relação a 73,1 anos para brancos. Os dados refletem as condições precárias de vida e saúde enfrentadas pela população negra. A PNS (Brasil, 2019), do Ministério da Saúde, confirma essa realidade ao apontar que 55,4% dos negros relatam dificuldades para marcar consultas médicas, em comparação com 45,8% dos brancos.

Ao considerarmos o marcador orientação sexual, as desigualdades se intensificam. O *Relatório do Observatório de Mortes Violentas de LGBTQIAPN+ 2024*, realizado pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), registrou 237 mortes violentas de pessoas LGBTQIAPN+ no Brasil em 2020, sendo 82% das vítimas homens gays ou bissexuais e 67% negros. Segundo o relatório, em 2024, 237 pessoas LGBTQIAPN+ foram mortas no Brasil, ou seja, a cada 36 horas uma pessoa LGBTQIAPN+ morre no Brasil por homicídio ou suicídio. O relatório ressalta a necessidade de considerar a pandemia da COVID-19, que pode gerar subnotificação (Mott & Michels, 2020).

Esses números evidenciam a interseccionalidade entre racismo e homofobia, que coloca homens negros gays em uma posição de extrema vulnerabilidade à violência física e simbólica. Nesse sentido, o Atlas da Violência de 2024 aponta que, em 2019, foram registrados 45.503 homicídios no Brasil, representando uma taxa de 21,7 mortes por 100 mil habitantes. Das vítimas, 51,3% eram jovens entre 15 e 29 anos, 93,9% eram homens, e 77% eram negras, revela que 77% das vítimas de homicídio no Brasil são negras, com homens negros tendo 2,6 vezes mais chances de serem assassinados do que os não negros. O relatório também destaca a urgência na produção, sistematização e publicização dos dados e indicadores de violência contra a população LGBTQIAPN+ alertando para a necessidade desde o relatório de 2019 (Cerqueira et al., 2020, 2021).

A Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional (Brasil, 2016), realizada pela Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT) no Brasil, aponta que 73% dos estudantes LGBTQIAPN+ sofrem *bullying* e violência nas escolas, com 30% dos jovens LGBTQIAPN+ relatando tentativas de suicídio. Entre os jovens negros gays, esse número é ainda mais alarmante, com 35% já tendo pensado em suicídio, em comparação com 20% dos jovens brancos LGBTQIAPN+ (IBGE, 2019). O Atlas da Violência de 2019, ao incluir a especificidade de homicídios contra a população LGBTQIAPN+, baseia-se nos dados do Disque 100 e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Cerqueira et al., 2020). No entanto, o relatório aponta a necessidade de melhorias para apreensão dos dados na Saúde e direitos humanos, a inexistência destes na Segurança pública e sinaliza a

urgência desses dados, evidenciada desde o relatório de 2019, mas permanecendo sem soluções até 2021 (Cerqueira et al., 2021).

Concordando com o que foi apontado no Atlas da Violência de 2019 e reforçado em 2020 e 2021, há uma subnotificação dos números de morte da população LGBTQIAPN+, e nenhuma solução foi implementada para que haja uma contabilização e sistematização desses números. O GGB vem realizando o registro e sistematização dos dados de homicídios e suicídios de LGBTQIAPN+ desde 1980. Embora esses dados sejam utilizados por instituições internacionais para análise do panorama de mortes no Brasil, há que se pensar que desde 2018 o governo federal não publica dados referentes a violência contra LGBTQIAPN+, sendo o último relatório um processo de ratificação dos dados produzidos pelo GGB (Mott & Michels, 2020).

Os dados apresentam um projeto societário em curso no país, alicerçado em uma política de extermínio, que violenta e mata de forma recorrente e sistemática uma mesma população, que tem cor, classe, gênero e orientação sexual específicas. Faz-se necessário pensar a política da morte (Mbembe, 2012, 2014) que aniquila essa população, perpassa os corpos que tombam e mortifica os sujeitos simbolicamente, na impossibilidade de existência, vida digna, reconhecimento de si, que também produz mortes. Um sistema que impede o acesso e negligencia a permanência, o epistemicídio acadêmico que retira intelectualmente esses sujeitos das universidades, um pacto social simbólico que dá permissão para matar, e processos de resistência desses corpos políticos que insistem em resistir.

Essas questões escancaram a urgência de se realizar pesquisas que abordem a população negra, os homens negros e as homossexualidades, por meio de critérios

científicos que possibilitem ir além das sub-representações negativas e hiper-representações violentas, desarticulando os locais socialmente estabelecidos. Ao se pensar nos efeitos da desassistência em saúde, não-cuidado, articulados com as categorias de raça e orientação sexual, homens negros gays, é necessário construir uma escuta para essas narrativas, sobre suas vivências, afetos, sobre suas dores, forjando em um mundo racializado, espaços para existência desses corpos. Essas elaborações nos levam aos problemas de pesquisa: *Quais as experiências em saúde foram estabelecidas no decorrer da vida de homens negros gays? Quais os impactos do racismo e homofobia no acesso e cuidado em saúde desses homens?*

## **2.1 Objetivos**

### 2.1.1 Objetivo geral

Compreender as concepções de saúde conforme a percepção de youtubers negros gays.

### 2.1.2 Objetivos específicos

- Analisar como os sujeitos experienciaram e a busca por cuidados em saúde;
- Compreender quais são as barreiras percebidas no acesso à saúde por homens negros gays.

### 3 Percurso metodológico e as encruzilhadas metodológicas

Para alcançar para chegar aos objetivos propostos neste trabalho a *abordagem qualitativa* se apresenta como caminho viável, pois permite adentrar nas nuances das relações humanas, explorando os sentidos e significados que os sujeitos atribuem às suas vivências. A abordagem qualitativa viabiliza a aproximação entre o pesquisador e os colaboradores da pesquisa e também abre espaço para a escuta atenta. É um caminho que convida à intimidade, ao diálogo e à construção compartilhada de conhecimento. Assim, a abordagem qualitativa permite uma exploração sobre as representações e símbolos, possibilitando a apreensão de aspectos subjetivos nos diversos contextos sociais (Borghi et al., 2018).

Historicamente, os corpos negros foram reduzidos a objetos de estudo, apropriados para sustentar compreensões patologizantes e criminalizantes sobre nossos corpos, cultura e religião. Sob o manto de uma pretensa neutralidade, a ciência legitimou práticas que reforçaram que estruturam o racismo e permanecem estruturantes na sociedade brasileira. Ocupar os espaços acadêmicos, disputar os espaços científicos, historicamente brancos, enquanto homem negro gay é também a possibilidade da retomada de uma narrativa em que fui lido e tomado como coisa, negada minha humanidade e impossibilitado de existir.

Abordar as problemáticas de saúde e as formas como homens negros gays experimentam e percebem esses processos é de grande relevância para a construção de uma ciência, é um ato político, fundamental a qualquer fazer científico que se pretende comprometido enquanto ferramenta de transformação da realidade social.

O conceito de interseccionalidade criado por Kimberlé Crenshaw (1989), constitui-se como uma ferramenta para compreensão de como se articulam as vivências dos sujeitos e o fazer científico. Nos permite compreender como raça, gênero e sexualidade se interseccionam, produzem desigualdades e demandam respostas complexas. Quando pensamos as vivências de homens negros gays, essa interseccionalidade se manifesta em experiências que desarticulam as categorias tradicionais da ciência, exigindo um fazer que reconheça suas múltiplas identidades e histórias (Collins, 2019).

Embora cada trajetória de cuidado apresente características únicas, ela também revela os condicionamentos estruturais que permeiam as possibilidades de acesso e as práticas de saúde. O racismo estrutural e a homofobia, enquanto tecnologias de poder que estruturam a realidade social, apresentam-se de maneira singular na vida de cada indivíduo, influenciando suas escolhas e suas possibilidades de cuidado (Almeida, 2018; Mbembe, 2018).

O racismo e a homofobia não apenas limitam o acesso aos recursos de saúde, mas também afetam a forma como esses sujeitos se percebem e são percebidos pelos profissionais de saúde. A interseccionalidade entre raça, gênero e sexualidade produz experiências únicas de marginalização, que demandam uma abordagem sensível e crítica por parte dos pesquisadores e dos profissionais de saúde (Collins, 2019; Crenshaw, 1989).

### **3.1 Netnografia, etnografia virtual, pesquisa documental: As encruzilhadas metodológicas na construção do campo-tema**

“A encruzilhada nos ensina que não há somente um caminho; a encruzilhada é campo de possibilidades” (Simas & Rufino, 2018, p. 118). Para as religiões de matriz africana é um ponto de encontro, desencontro, é início e fim, onde os caminhos se esbarram e onde se separam, é o lugar onde fazemos uma escolha de que percurso tomar.

Simas e Rufino (2018) compreendem a encruzilhada no campo epistemológico como um *cruzo*, invenção, prática que intensifica o saber por meio da criação de zonas de encontro entre distintos sistemas de conhecimento. Reconhecendo a existência e confluência de cosmologias diversas e partindo do princípio de que nada está completamente definido ou finalizado, o *cruzo* inaugura novos horizontes e, com isso, reintroduz o encantamento.

Para a maioria dos seres que não experimentam o mundo a partir dos alpendres da Casa Grande, das sacadas dos sobrados imperiais e das salas de reunião de edifícios de grandes corporações, cabe entender o encantamento como ato de desobediência, transgressão, invenção e reconexão: armação da vida, em suma (Simas & Rufino, 2020, p. 06).

A colonialidade na compreensão dos autores gerou sobras viventes, corpos descartáveis que não cabem na normatividade do sistema. Para as sobras viventes, há aqueles que conseguem virar sobreviventes e estes podem vir a ser supraviventes. “O salto crucial entre a sobrevivência e a supravivência demanda um conjunto de

estratégias e táticas para que saibamos atuar nas batalhas árduas e constantes da guerra pelo encantamento do mundo” (Simas & Rufino, 2020, p. 06).

Na medida em que compreendemos que o saber ocidental não serve como a única medida para explicar o mundo, é fundamental o re-encantamento. Para a possibilidade de encantamento é necessário transgredir o saber ocidental, transmutá-lo, com outras formas de saber e viver. “O encantado é aquele que obteve a experiência de atravessar o tempo e se transmutar em diferentes expressões da natureza” (Simas & Rufino, 2020, p. 07).

O encantamento como uma capacidade de transitar nas inúmeras voltas do tempo, invocar espiritualidades de batalha e de cura, primar por uma política e educação de base comunitária entre todos os seres e ancestrais, inscrever o cotidiano como rito de leitura e escrita em diferentes sistemas poéticos e primar pela inteligibilidade dos ciclos é luta frente ao paradigma de desencanto instalado aqui. Ou seja, o encante é andamento político que confronta as limitações da chamada consciência das mentalidades ocidentalizadas (Simas & Rufino, 2020, p. 07).

O pensamento que desafia a rigidez da razão moderna e devolve força ao ato de conhecer, se forma a partir das frestas, pela sabedoria ancestral e pluriversal presente nas macumbas, como uma aposta na transmutação do fazer científico e da produção escrita. Nessa investida de encantamento, na encruzilhada metodológica que orienta essa pesquisa, me proponho a fazer um cruzo, subverter a lógica ocidental no encontro entre formas de olhar, pensar e sentir o campo baseiam-se em lugares diferentes e confluem nessa pesquisa.

Inspirado pela concepção metodológica de campo-tema proposta por Spink (2003). Ele compreende que a pesquisa de campo é uma forma de relato sobre o mundo, que ao tempo em que se constitui como relato é também produtora da realidade. Nesse sentido, ele trabalha com a ideia de campo-tema como uma proposta metodológica de investigação em psicologia social que não compreende o campo somente como uma localização física.

O campo para a Psicologia Social, para repetir, começa quando nós nos vinculamos à temática... o resto é a trajetória que segue esta opção inicial; os argumentos que a tornam disciplinarmente válida e os acontecimentos que podem alterar a trajetória e re-posicionar o campo-tema (Spink, 2003, p. 30).

Quando o pesquisador adentra o espaço, quando se desloca a determinado território ele já faz parte do campo-tema, visto que este é uma que inicia desde as questões sobre o tema e a vinculação do pesquisador com este e os motivos pelos quais ele entende que seja possível contribuir para a temática.

Campo, entendido como campo-tema, não é um universo “distante”, “separado”, “não relacionado”, “um universo empírico” ou um “lugar para fazer observações”. Todas estas expressões não somente naturalizam, mas também escondem o campo; distanciando os pesquisadores das questões do dia a dia (Spink, 2003, p. 28).

O campo nesse sentido, é mais do que o local onde nos inserimos, é conforme o autor, também os discursos, conversas que circundam o lugar. De maneira que essas são também o campo, em sua diversidade de discursos. Logo, campo-tema pode ser entendido como uma teia de sentidos onde o pesquisador na medida em que se propõe

a inserir-se nesse espaço passa a negociá-lo, produzi-lo e torna-se parte, incorpora-se. Nessa perspectiva, a compreensão de espaços físicos é superada pela compreensão de que sejam as conversas produzidas mais próximas ou afastadas do campo-tema, elas constituem o campo e são materialidade deste.

[...] algumas conversas acontecem em filas de ônibus, no balcão da padaria, nos corredores das universidades; outras são mediadas por jornais, revistas, rádio e televisão e outras por meio de achados, de documentos de arquivo e de artefatos, partes das conversas do tempo longo presentes nas histórias das ideias. [...] Entretanto, esses lugares não são contextos; os blocos de anotações, os gravadores, o ônibus, a padaria, a universidade, os jornais, o rádio, os documentos, os achados e artefatos são, como materialidades, também partes das conversas. O social, para usar a teoria de *actor-network*, não é independente das matérias e nem é dependente delas; ao contrário, o social é produzido por e simultaneamente produz [...] (Spink, 2003, p. 29).

Dessa forma, a pesquisa de campo não significa simplesmente “ir” ao campo, pois já estamos imersos na temática. O que orienta nosso percurso é a tentativa de nos aproximar psicossocial e territorialmente dos espaços que constituem o campo, onde há o confronto entre práticas discursivas. E para alcançar essa proximidade, não há necessariamente métodos bons ou ruins, é necessário superar a lógica cartesiana que de validação do método. O que há, são as múltiplas possibilidades de estar no campo-tema, e dessas possibilidades faz-se necessário compreender como descreveremos o estar ali. A proposta de campo-tema é uma aposta de que ao definirmos nosso tema, ao explicarmos aos interlocutores, colegas, o que pesquisamos, já fazemos parte dele

e conseqüentemente é esse fazer parte que amplia as possibilidades da investigação e carece dos mesmos cuidados éticos e metodológicos de qual o impacto de estarmos no campo-tema.

Conversar sobre o que entendemos, ampliar argumentos, narrar e publicar o que parece importante narrar ou publicar, não são atividades eventuais e opcionais. Estamos no campo-tema porque disciplinarmente achamos que podemos ser úteis e é sempre bom lembrar que, ao contrário da posição confortável da separação de problema e solução na famosa frase atribuída ao Lenin – se somos parte da solução, provavelmente somos também parte do problema (Spink, 2003, p. 37).

Logo, não há dados a serem produzidos pelo campo, mas uma negociação de saberes, conversas, múltiplos fragmentos com intuito de ampliar a compreensão do campo-tema enquanto amplia também as construções de novas práticas. Não há neutralidade na forma como se olha e produz diálogos, há negociações na medida em que estamos inseridos sócio e psicologicamente. Nesse sentido, não há dados, construímos nas relações propostas e maneiras distintas de construir diálogos.

Não há dados, mas há, ao contrário, pedaços ou fragmentos de conversas: conversas no presente, conversas no passado; conversas presentes nas materialidades; conversas que já viraram eventos, artefatos e instituições; conversas ainda em formação; e, mais importante ainda, conversas sobre conversas. Não há múltiplas formas de coleta de dados e, sim, múltiplas maneiras de conversar com socialidades e materialidades em que buscamos

entrecruzá-las, juntando os fragmentos para ampliar as vozes, argumentos e possibilidades presentes (Spink, 2003, p. 37).

Ao escrever sobre nossas pesquisas, não devemos apenas dialogar com o campo-tema e colegas da Psicologia Social, mas também com pessoas de outras áreas que possam se identificar com a discussão. A pesquisa não busca “encontrar a verdade” ou revelar uma realidade única, mas sim confrontar, entrelaçar e expandir conhecimentos. Por isso, é crucial adotar formas de comunicação que incluam, e não excluam, promovendo debates acessíveis e acolhedores para todos os possíveis interlocutores.

Nossos formatos acadêmicos estão condicionados a um fazer pesquisa que permanece compreendendo o outro como objeto. Me parece fundamental abandonar estruturas convencionais, quando elas dificultam o diálogo entre o campo-tema e os diversos sujeitos que o compõem. Faz-se necessário reconhecer e validar a presença daqueles que estão presentes e principalmente aqueles que não estão presentes, mas são base constitutivas das narrativas.

Não nos foi permitido compor a academia de nossos lugares de origem, nas nossas próprias línguas e trajetórias, na nossa forma de construir e compreender o mundo. O exercício acadêmico para os corpos dissidentes cobrou o preço da anulação, transfiguração, assimilação violenta, tal qual a colonização, como pré-requisito para tentar caber, mesmo sem de fato pertencer, nos espaços construídos para a branquitude. Nesse texto, onde demarco a minha relação com o campo-tema e as formas do como, onde e porque fazer diálogos, é importante localizar a artesanaria na qual construí esse processo.

Preciso não escrever sobre como atravessar um processo perante o qual me sinto perdida. Preciso não escrever sobre o que fazer quando estou paralisada. Se posso arrancar da paralisia e da confusão um outro modo de escrita, preciso escrever sem garantias de que escrever mostrará as saídas; escrever com o risco de mergulhar em espiral negativa e me afogar no ar seco da dúvida. Preciso não escrever, mas insisto e escrevo. Uma promessa e uma dívida: de mesmo em face do máximo despojamento, preservar com a própria vida esse risco (Mombaça, 2021 p. 27).

Logo, o método escolhido para a construção dessa tese buscou apreender as experiências, percepções, compreensões e sentidos que homens negros gays tem sobre saúde.

Nesse sentido, para construção das informações utilizei os vídeos disponíveis no *YouTube* em uma proposta netnográfica, a autoetnografia onde busquei minhas anotações, reflexões e devaneios sobre o campo-tema. Foram fontes para a construção das informações desta pesquisa também as conversas informais, as trocas de áudios com amigos e as muitas vezes em que observei outros homens negros como nos espaços sociais.

Os espaços, acessos, aqui descritos como fonte de informações, são desobediências metodológicas que buscam subverter os ditames canônicos da academia, tanto no percurso de pesquisa pesquisador e objeto não são distanciados, conforme orienta o rigor teórico.

Retomo então a provocação de Spivak (2010), no título de seu livro que diz *Pode o subalterno falar?*. Insisto na tentativa de conseguir, esse corpo/sujeito

(subalterno) existir. Invoco as minhas memórias, para então poder falar da minha história e vivências como fios fundamentais para construir a trama dessa tese.

Esse percurso etnográfico é um autoexame, uma retomada que me permite retomar as histórias, vivências, pessoas que atravessaram a construção de quem eu sou ao tempo em que me permite conhecer outros corpos/sujeitos que compartilham dos não-lugares sociais como eu, que não puderam apossar-se do direito sobre si por compreender que nesse mundo forjado para nosso aniquilamento adequar é doloroso, resistir é adoecedor. Por fim, é também a possibilidade de me aproximar e compreender aqueles que sucumbiram ou enquadraram-se, que em direções diferentes parecem chegar ao mesmo ponto.

A autoetnografia, sustentada na ideia de que o pesquisador ao fazer uma incursão de pesquisa sai atravessado por este processo e suas percepções são fundamentais para a investigação, propõe uma análise social fundamentada nas vivências de sujeitos situados corporalmente, buscando captar a complexidade subjetiva do trabalho de campo, contexto no qual o próprio pesquisador se encontra imerso (Maréchal, 2010). Narrar a própria trajetória assemelha-se ao ato de tecer uma tapeçaria: o conjunto produzido transcende a simples soma dos elementos individuais (Muncey, 2010). O que se constrói é uma colcha de retalhos de memórias, onde passado, presente e futuro se entrelaçam em um único tecido narrativo.

Me parece fundamental nos lembrarmos que aquilo que falamos, compreendemos sobre a realidade não é a realidade em si, e sim uma construção narrativa sobre ela, que não é suficiente para desvendar, desvelar e compreender o mundo. No entanto, o trabalho de campo, seja ele presencial ou mediado por

tecnologias digitais, é uma possibilidade de construir uma leitura, dentre as possíveis sobre o mundo

A proposta que emergiu, ancorada em inquietações teóricas e políticas previamente delineadas, é a realização de uma investigação netnográfica, entendida aqui como uma modalidade de etnografia adaptada ao campo digital (Kozinets, 2014), que permite a observação de práticas sociais e produções discursivas em plataformas online

A etnografia é um método que surge na antropologia, onde o pesquisador desenvolve sua capacidade de cercamento para apreender a realidade em sua dimensão dinâmica e processual, enquanto um campo de produção de sentidos. Já a netnografia, ao trabalhar com ambientes digitais, adapta esses princípios para o contexto online, na netnografia, esses fragmentos podem ser posts, comentários ou interações digitais.

A etnografia, quando associada ao campo *on-line*, tem sido apropriada por muitas áreas que vão além da antropologia – daí sua variedade de nomes e usos. Netnografia, etnografia virtual, webnografia, etnografia digital, etnografia em mídias sociais ou etnografia on-line são alguns exemplos dessa variedade (Soares & Stengel, 2021, p. 02).

Se ao fazer etnografia o pesquisador necessita aprofundar seu olhar de maneira prolongada na vida cotidiana e em suas práticas culturais, na netnografia é necessário um mergulho igualmente profundo, mas no ambiente digital. Em ambos os casos, não se trata de uma investigação rápida e superficial. Mas uma incursão onde o

pesquisador adentra as formas de ver e dar sentido ao mundo na dinâmica daqueles que estão no cotidiano do campo.

Nesse sentido, a netnografia valendo-se do conhecimento construído pela etnografia, adapta a forma de observar e interagir na dinâmica social, mas mediada por computador, onde os conteúdos produzidos, as interações nesse espaço caracterizam-se como fonte de dados para compreensão do fenômeno social de uma perspectiva etnográfica (Kozinets, 2014).

A netnografia é pesquisa observacional participante baseada em trabalho de campo online. Ela usa comunicações mediadas por computador como fonte de dados para chegar à compreensão e à representação etnográfica de um fenômeno cultural ou comunal. Portanto, assim como praticamente toda etnografia, ela se estenderá, quase que de forma natural e orgânica, de uma base na observação participante para incluir outros elementos, como entrevistas, estatísticas descritivas, coletas de dados arquivais, análise de caso histórico estendida, videografia, técnicas projetivas como colagens, análise semiótica e uma série de outras técnicas, para agora também incluir a netnografia (Kozinets, 2014, p. 62).

Apesar de derivar conceitualmente da etnografia clássica, a netnografia não é somente uma transposição do método etnográfico para os contextos digitais. Há uma conservação dos fundamentos teóricos e filosóficos da etnografia tradicional, que ao serem utilizados na compreensão do ambiente virtual, tomam outros significados. A netnografia conserva elementos essenciais da abordagem etnográfica, o olhar de estranhamento do pesquisador diante do objeto de estudo; a valorização da

subjetividade como eixo central da investigação; a concepção de que os dados obtidos são interpretações do pesquisador a partir das compreensões dos sujeitos.

A netnografia sistematizou, como uma forma robusta de se fazer pesquisa, os procedimentos éticos e recursos necessários para se pensar uma pesquisa em ambiente virtual, compreendendo que:

[...] assim como a internet tem como característica marcante a rapidez no fluxo de informações; na viralização de conteúdos produzidos pelos seus usuários; e, a facilidade de compartilhamento de conteúdos, a pesquisa científica [...] pode usar destas características para orientar-se em termos de coleta de dados e consequentemente construir uma teoria ou analisar a prática existente por meio deste novo lócus (Cruz, 2016, p. 181).

De acordo com Kozinets (2014), a netnografia, enquanto estudo baseado na observação, seja com envolvimento ativo ou não do investigador, permite a coleta de informações de diferentes maneiras: mediante a captura e documentação de atividades e trocas em ambientes virtuais, por meio da análise direta feita pelo pesquisador ou através de anotações realizadas durante o processo investigativo.

Fazer netnografia implica a construção de um olhar de perto e de dentro da realidade, com intuito de identificar, descrever e refletir sobre aspectos do cotidiano que, de longe e de fora, não conseguiríamos perceber ou capturar. Como comenta Magnani (2002):

[...] o que se propõe é um olhar de perto e de dentro, mas a partir dos arranjos dos próprios atores sociais, [...]. Esta estratégia supõe um investimento em ambos os polos da relação: de um lado, sobre os atores sociais, o grupo e a

prática que estão sendo estudados e, de outro, a paisagem em que essa prática se desenvolve, entendida não como mero cenário, mas parte constitutiva do recorte de análise (Mangnani, 2002).

Articulando as práticas culturais com a teoria, sem transformar o discurso do sujeito pesquisado em uma teoria sobre ele mesmo. A proposta de uma etnografia é que o campo e suas complexidades são atravessados pela teoria, mas não está submetida a ela, visto que a realidade é sempre mais complexa do que a teoria. Embora a teoria seja uma série de proposições que tentam explicar uma realidade a partir de um lugar, compreendendo que a realidade está constantemente em movimento.

Nesse sentido, Cruz (2016) alerta sobre a importância de se pensar o uso ético da netnografia visto que as possibilidades de plataformas digitais alargam o campo para o pesquisador,

[...] pode ser usado não somente na análise do comportamento tribal ou cultural de jovens e consumidores na Internet por meio de fóruns e chats, sendo possível considerar também blogs, material audiovisual (como os vídeos disponibilizados no *YouTube*), fotografias, *podcastings* e plataformas digitais disponíveis para smartphones (Cruz, 2016, p.186).

### 3.1.1 O youtube

No começo do século XXI, as redes sociais online revolucionaram a comunicação, tornando-a mais ágil e eficiente, e rapidamente se transformaram também em espaços de diversão e entretenimento. Dentre essas plataformas, destaca-

se o *YouTube*, criada por Chad Hurley, Steve Chen e Jawed Karim, uma rede social especializada no compartilhamento de vídeos, que surgiu da necessidade de compartilhar um vídeo que devido tamanho não era possível anexar em um e-mail. E pelo caráter de vídeos em que qualquer um em qualquer lugar poderia postar, se consolidou como uma comunidade com uma ampla variedade de formas de utilização.

Os conteúdos publicados abrangem desde produções amadoras, como vídeos domésticos, até produções profissionais. O que caracteriza a plataforma como um espaço com uma abrangência significativa de vídeos com temáticas variadas e conduzido por vários perfis de usuários. No relatório de Impacto disponibilizado pela própria plataforma, referente aos números de 2023 eles afirmam que:

Diariamente, o *YouTube* ajuda usuários brasileiros a aprender novas habilidades, conectar-se com outras pessoas e fortalecer culturas. A plataforma também é espaço para uma ampla variedade de criadores de conteúdo compartilharem seus interesses e paixões com públicos no Brasil e no exterior, criando oportunidades para construir novas carreiras e negócios (*YouTube*, 2023).

Burgess e Green (2018) destacam que o *YouTube* hoje se divide em dois eixos principais: o das mídias tradicionais e o dos conteúdos gerados pelos próprios usuários. Essa dualidade entre produtores profissionais e amadores torna a plataforma um espaço complexo de convivência entre diferentes grupos, com interesses distintos, mas que talvez utilizem a plataforma pela dinâmica de praticidade com que os vídeos são construídos.

A pesquisadora, Andréa Messer (2019), ao realizar um estudo sobre o estudo de matemática a partir de vídeo aulas no *YouTube*, ressalta o que já vem sendo dito repetidamente, que as tecnologias digitais perpassam nosso cotidiano inevitavelmente e auxiliam na construção de hábitos, comportamentos, formas de se relacionar e existir em sociedade. Nesse sentido, ela considera que o *YouTube* enquanto uma plataforma de compartilhamento de vídeos, com um alcance significativo tem sido utilizada também como forma de se buscar vídeos educativos, em seu contexto de pesquisa, buscas com vistas a suprir lacunas estruturais no processo de ensino.

A escolha do *YouTube* como campo de pesquisa se justifica pela especificidade da temática investigada e pelas características únicas dessa plataforma. Por conter uma diversidade significativa de vídeos e temáticas, o *YouTube* reúne conteúdos audiovisuais produzidos pelos mais variados usuários, desde criadores independentes até grandes veículos de comunicação. Essa particularidade da plataforma se mostra especialmente relevante para investigar um tema ainda pouco explorado as percepções e experiências de cuidado em saúde de homens negros gays.

A escassez de pesquisas que abordem diretamente as vivências em saúde dessa população específica, sob sua própria ótica e em suas próprias palavras, me faz considerar o *YouTube* como um campo rico a ser pesquisado. A plataforma permite identificar e analisar vídeos onde esses sujeitos narram espontaneamente suas experiências com o sistema de saúde, suas percepções sobre autocuidado e seus relatos sobre o processo saúde-doença. Esses relatos, em primeira pessoa oferecem conteúdo importante e valioso para a compreensão dessas vivências, bem como por estarem em uma plataforma aberta possibilitam também compreender como os sujeitos

vem pensando e falando sobre saúde. Uma vez que se constitui diversas vezes como uma fonte de busca para educação em saúde, preenchendo uma lacuna importante nos estudos acadêmicos por capturar narrativas na primeira pessoa.

Assim, o *YouTube* se configura não apenas como repositório de conteúdos, mas como espaço de produção discursiva. Essa característica da plataforma a torna particularmente adequada para investigar, em um recorte específico, as experiências de saúde de homens negros gays tanto pela possibilidade de encontrar homens negros gays falando sobre suas experiências, mas também por compreender que a internet é uma via de acesso a informação muito importante e que considerando o contexto das opressões sistêmicas, diversos homens negros gays vão buscar sanar suas dúvidas ou buscar pessoas com quem possam se identificar na internet.

É importante ressaltar que o acesso à informação para LGBTQIAPN+ sobre suas identidades, orientação sexual e dúvidas concernentes às experiências de vida é, por diversas vezes, impossibilitado. Seja pela impossibilidade de falar sobre temáticas que envolvem orientação sexual e identidade de gênero com a família, visto as violências que ocorrem no ambiente familiar. Seja pela falta de espaços onde o compartilhamento de informações possa ser feito por alguém de confiança que garanta a proteção desses sujeitos. E também pelo fato de que a necessidade de identificação e busca por experiências parecidas é um fator significativo para que a informação disseminada em redes seja assistida.

Penso que é nessa lacuna, onde os meios de informação ou de identificação não passam mais somente pelas relações estabelecidas presencialmente e que os youtubers não só passam a ser figuras a serem acompanhadas como passam a ser

experiências a serem espelhadas, que a compreensão de como os enunciados estão dispostos nessas redes sociais parecem importantes. Para a compreensão da temática através das percepções desses homens sobre si mesmos, para a compreensão de como as experiências diversas narram os cuidados em saúde e também como esse espaço enquanto lugar de disseminação de informações nos dá notícias sobre a educação em saúde.

Outro fator fundamental que orienta a escolha do espaço é a compreensão de que as formas de comunicar e se relacionar passaram por momentos de grande expansão e popularização nas últimas décadas, com a estruturação e organização da internet e principalmente das redes sociais. Mas que esse avanço, que já se mostrava acelerado nos últimos anos, teve uma mudança significativa com a pandemia da COVID-19, que chegou ao Brasil em 2020 (Deslandes & Coutinho, 2020).

Nesse período, diversas plataformas online ganharam destaque, à medida que a comunicação sem contato físico se tornava cada vez mais necessária. As demandas do mercado e as estruturas de trabalho precisaram reinventar-se em um cenário pandêmico, levando a um aumento significativo de ferramentas voltadas para home office, aulas virtuais e outras atividades que dispensavam o contato presencial.

Ao mesmo tempo em que se aprimoravam as possibilidades de comunicação remota, intensificavam-se as demandas laborais e diminuía os limites entre o espaço doméstico e o profissional. Essa dinâmica gerou processos de adoecimento, evidenciando que os avanços digitais e a otimização da comunicação estavam diretamente ligados às exigências do mercado, produtividade e lucro, com pouca atenção ao cuidado com os sujeitos durante a pandemia. Ainda assim, os aparatos

tecnológicos aprimorados nesse período continuam marcando a vida cotidiana, mesmo após o fim da emergência sanitária. Eles tornaram-se parte do dia a dia das pessoas, aprofundando a relação dos indivíduos com as tecnologias e as redes sociais.

Nesse escopo, o *YouTube* foi escolhido como campo principal de investigação, por se configurar como espaço privilegiado de circulação de narrativas, afetos e saberes, ser uma plataforma aberta de publicação de frutos e ter produções de sujeitos historicamente marginalizados, como homens negros gays.

### *2.1.2 Delineamento da pesquisa e um (re)conhecimento do youtube*

Visto que a proposta de análise na pesquisa parte de uma perspectiva de netnografia através de vídeos do *YouTube*, inicialmente para construção do corpus de análise foi necessário me familiarizar com a plataforma. Conforme proposto por Kozinets (2014), que compreende fundamental o planejamento da investigação, imersão no ambiente de estudo, coleta de informações, análise das informações e atenção aos princípios éticos.

Como um usuário da plataforma e detentor de uma conta pessoal, compreendo que o que chamamos de algoritmo, ou as informações que os servidores armazenam do nosso comportamento virtual para posteriormente sugerir conteúdos, produtos, sites dentre outros, também está presente no *YouTube* e organizam os conteúdos sugeridos ao entrar no site. Logo, ao acessar a plataforma com minha conta de e-mail, os vídeos estarão alinhados às minhas preferências e histórico de consumo.

Pensando nisso, para evitar vieses nessas recomendações, optei por realizar a busca em uma *aba anônima* do navegador, sem estar logado em qualquer conta,

garantindo que os resultados refletissem uma apresentação de vídeos que não fosse influenciada diretamente pelas minhas preferências de conteúdo. Ainda que, como usuário, pesquisador e sujeito da pesquisa, os fenômenos que busco apreender estejam atravessados pelas minhas experiências, diálogos e compreensões de mundo. Penso ser importante verificar como seria a sugestão de vídeos da própria plataforma e deixar mais explícitos os processos de busca, inclusão e exclusão de perfis.

### 2.1.3 Procedimentos

#### Critérios de inclusão

O primeiro passo consistiu em acessar o *YouTube* em modo anônimo e utilizar os descritores “*homens negros gays saúde*” e “*bichas pretas saúde*”. Penso ser importante salientar que a escolha por esses termos se deu porque, na revisão bibliográfica, percebi que a categoria “*bichas pretas*” muitas vezes aparece como uma reivindicação política e identitária distinta da noção mais genérica de *homens negros gays*, podendo trazer resultados diferentes.

No *YouTube*, diferentemente de outras plataformas de busca, não há um número exato de vídeos correspondentes à busca, talvez por não se tratar de uma plataforma onde as buscas são precisas, visto que tem um fluxo significativo de modificações diárias. Logo, essa foi uma das limitações que surgiram durante o processo, além da imprevisibilidade do algoritmo e a necessidade de triagem manual para descartar vídeos irrelevantes.

Utilizando esses descritores, a plataforma vai sugerindo conteúdos gradualmente, alguns diretamente relacionados aos termos, outros apenas tangenciais ou sem conexão. Compreendendo que tangenciaremos as questões relacionadas as experiências de cuidados em saúde com as políticas públicas de saúde no Brasil, optei por utilizar somente canais e vídeos que versassem sobre experiências em território brasileiro. Para refinar os resultados, apliquei dois filtros: *organizar por relevância e selecionar apenas vídeos* (excluindo *shorts, playlists* e outros formatos).

### Processo de seleção

A seleção dos vídeos seguiu três eixos principais: **Tipo de Canal e Sujeito de Pesquisa**: Foram priorizados canais individuais, com um protagonista definido, excluindo perfis institucionais (Organizações Não Governamentais [**ONGs**], universidades, coletivos) ou canais com múltiplos apresentadores sem foco narrativo central. Essa delimitação visa capturar narrativas autobiográficas vinculadas a trajetórias pessoais. **Autoidentificação dos Criadores**: Incluí apenas canais em que os criadores se declaravam explicitamente como *homens negros gays* ou *bichas pretas*, seja na biografia do canal ou no conteúdo dos vídeos. Canais que não faziam referência a essas identidades foram descartados. **Natureza do Conteúdo**: Foram selecionados vídeos com caráter predominantemente autobiográfico, como *vlogs*, relatos pessoais ou reflexões sobre vivências, mesmo que em diálogo com outros temas. Conteúdos meramente opinativos (ex.: críticas de filmes sem conexão com experiências pessoais) ou tutoriais foram excluídos.

## Procedimento de seleção

Nesse sentido, criei um fluxo de seleção para composição dos vídeos a serem analisados. **Busca Inicial:** Utilizando os descritores, identifiquei 12 canais que atendiam aos critérios preliminares. **Pré-seleção:** Analisei a biografia de cada canal e assisti a pelo menos três vídeos para confirmar o caráter autobiográfico e a relevância temática. **Busca Interna por Saúde:** Dentro dos canais pré-selecionados, utilizei os termos “saúde” e “cuidado e saúde” na ferramenta de busca interna do *YouTube*. Canais com ao menos um vídeo que relacionasse o tema a experiências pessoais foi incluso no *corpus* final.

Ao analisar os vídeos sugeridos, observei que alguns tratavam efetivamente de saúde, enquanto outros eram conteúdos aleatórios de youtubers famosos, como *Lucas Neto*, *Felipe Neto* e *Manual do mundo*, que não necessariamente dialogavam com o tema, que foram sugeridos pelo próprio site por serem mais predominantes no país. Havia vídeos em que a temática era somente saúde da população LGBTQIAPN+ ou saúde da população negra, mas de canais institucionais. Dessa forma, foram estabelecidos critérios objetivos para seleção e organizados em três eixos principais: *tipo de canal e sujeito de pesquisa, identificação do sujeito e natureza do conteúdo*.

Em relação ao *Tipo de Canal e Sujeito de Pesquisa*, na busca priorizei *canais individuais*, ou seja, aqueles com um protagonista definido, com criador principal do conteúdo, excluindo perfis institucionais (como universidades, ONGs, coletivos ou empresas) ou canais com múltiplos apresentadores sem um foco narrativo central. Essa delimitação busca garantir que seja possível acessar narrativas autobiográficas, vinculadas a trajetória pessoal.

Após essa seleção busquei compreender a *autoidentificação* dos criadores, se estes se declaravam como homens negros gays, e para isso utilizei duas estratégias. Uma declaração explícita na biografia do canal ou o conteúdo dos vídeos. Canais que não faziam referência direta ou indireta a essas identidades foram excluídos, garantindo que a análise se concentrasse em sujeitos cujas experiências estão no escopo da pesquisa.

Sendo assim, para que um canal fosse incluído, seu conteúdo deveria ter um caráter predominantemente autobiográfico, ou seja, centrado em relatos pessoais, memórias ou reflexões sobre a própria vida ainda que fossem em diálogo com outros sujeitos. Logo considerei como forma de identificar conteúdos formatos narrativos como *vlogs*, *storytelling*, opiniões sobre assuntos cotidianos ou conversas com outras pessoas, onde os relatos pessoais se entrelaçassem aos assuntos tematizados. Canais com conteúdo majoritariamente opinativo (ex.: críticas de filmes sem conexão com vivências pessoais), tutoriais ou desvinculados de uma narrativa autobiográfica foram descartados.

Foi realizada uma através de pelo menos três vídeos por canal para confirmar o caráter autobiográfico e a relevância para a pesquisa e compreendendo caber nos critérios estabelecidos fiz a Inclusão secundária no corpus de análise.

Essa abordagem permitiu mapear não apenas vídeos isolados, mas também canais que, de forma consistente, produziam conteúdos sobre o tema, porém não entravam nos critérios de inclusão. Realizadas as etapas anteriores, cheguei a 12 canais com youtubers negros e gays que são: **Égua preto** – Gabriel; **Vinny Ribeiro** - Vinny Ribeiro; **Gay Black** – Tiago; **Adodi** – Jeovane; **Muro pequeno** – Murilo; **Guardi**

**no Armário** - Samuel Gomes; **Spartakus** – Spartakus; **Rafael “Rafa” dos anjos** - Rafael dos Anjos; **Zilson Pinheiro** - Zilson Pinheiro; **Renan Wilbert** - Renan Wilbert; **Alê Garcia** - Alê Garcia; **Jean Fontes** - Jean fontes.

Para a inclusão final no corpus de análise, verifiquei dentro desses canais, através da ferramenta lupa, que identifica somente os vídeos do canal, se havia ao menos um vídeo que abordasse questões de saúde ou cuidado, utilizando os termos “saúde” e “cuidado e saúde” na busca interna do canal. Os canais que tivessem vídeos que relacionassem ao tema, seja por meio do título ou descrição do vídeo entraram no corpus e posteriormente a isso realizei um levantamento das temáticas dos vídeos que versavam sobre saúde para análise final.

Cabe salientar que optei por desconsiderar as métricas, selos de verificação, alcance e número de visualizações para seleção dos canais e vídeos. Tanto por compreendermos que o número de canais versando sobre as experiências de homens negros gays foi pequeno e também devido a relevância da discussão que por se tratar de uma pesquisa qualitativa não se fixa quanto as métricas da plataforma, mas sobre a pertinência e conteúdo dos relatos.

### Análise das informações

Como método de análise das informações produzidas nesta pesquisa, que investiga as experiências de saúde na trajetória de vida de homens negros gay, será adotada a análise temática, conforme proposta por Braun e Clarke (2013). Esta abordagem permitirá identificar padrões de significado (temas) nos vídeos selecionados, relacionados aos eixos centrais do estudo: saúde, racismo e homofobia.

O processo analítico ocorrerá em seis etapas: (1) familiarização com os diálogos por meio de leituras das transcrições dos vídeos; (2) construção de códigos iniciais por meio de recortes significativos dos conteúdos; (3) busca por temas emergentes, agrupando os códigos por similaridade conceitual; (4) revisão dos temas à luz do corpus completo, garantindo coerência com os objetivos da pesquisa; (5) definição e nomeação dos temas, articulando-os às teorias sobre raça, gênero e orientação sexual, bem como a Determinação Social da Saúde (DSS); e (6) produção do relatório analítico, onde os temas serão contextualizados com a literatura existente.

Os temas serão construídos a partir da articulação entre o conteúdo abordado nos vídeos e os referenciais teóricos que embasam o estudo. Os resultados visam não apenas mapear desafios, mas também potencialidades nas trajetórias investigadas, contribuindo para políticas públicas de saúde mais equitativas. No que tange os as anotações e autoetnografia, desde o início da pesquisa tenho o hábito de utilizar notas do telefone como formas de marcar situações importantes, elas foram base para produção do texto, bem como a escrita livre das minhas memórias.

#### **4 Do processo de delineamento da pesquisa às violências institucionais: Um manifesto sobre a ocupação do espaço acadêmico**

Decidi iniciar minha tese com este capítulo, que como uma autoetnografia tem o objetivo de apresentar o delineamento da pesquisa, mas também servir como justificativa, preâmbulo de um percurso institucional e, sobretudo, um manifesto. A ideia desse texto é inscrever aos moldes acadêmicos como a forma de construção de saber da academia me adoeceu, ao tempo, como a desobediência de caber nesse espectro tem me feito, ainda que cansado, chegar até aqui.

Esta tese, que intitulo *Experiências e percepções em saúde de homens negros gays: uma netnografia no YouTube*, foi modificada pelo menos quatro ou cinco vezes, não apenas porque a academia, por si só, nos leva a delinear projetos, ampliar visões e rever conceitos, na máxima de que a universidade nos permite enxergar o fenômeno psicológico de outro lugar, mas porque, no atravessamento da universidade, o saber que versava sobre quem eu sou e sobre quem são aqueles que se identificam como eu foi ignorado, não acolhido, negligenciado.

Esta situação possui similaridades com aquelas de que fala Paul Preciado (2022), ao fazer o seu discurso no congresso da Escola da Causa Freudiana, ele localiza, para os psicanalistas presentes, de que lugar está falando:

Eu sou o monstro que vos fala. O monstro que vocês construíram com seus discursos e suas práticas clínicas. Eu sou o monstro que se levanta do divã e fala, não como paciente, mas como cidadão, como seu monstruoso igual (Preciado, 2022, p. 281).

É desse lugar que construo um texto que se localiza também como um manifesto, ainda que seja uma justificativa, porque ingressei na Universidade de Brasília com o desejo de estudar relações afetivo-sexuais entre homens negros gays. Talvez por uma insistência psicológica, ou do psicólogo que aqui fala, de abordar temas que me movem enquanto sujeito e que dialogam com a minha própria análise. Mas também porque entendo que, ao discutir relações afetivo-sexuais de pessoas negras, neste caso, homens gays, falamos sobre processos de cuidado e, principalmente, de autonomia. Este é, ainda, um tema do qual a psicologia se furta, como tantos outros, historicamente.

Foi a instrumentalização do saber psicológico e a conivência de profissionais, que legitimaram teorias discriminatórias pautadas na psicologia no Brasil. Os conceitos pseudocientíficos difundidos por Arthur Ramos, que representava o pensamento psicanalítico da época e defendia ideias como o atraso cultural de negros escravizados (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017). Ou mesmo os serviços de saúde mental e centros de orientação infantil que se organizaram nas noções de “carência” e “anormalidade”, especialmente em relação a crianças negras. Além do *Holocausto Brasileiro*, onde negros foram majoritariamente vítimas de tratamentos desumanos em instituições psiquiátricas e como relata o livro de mesmo nome, no hospital de Barbacena (Matos-De-Souza & Medrado, 2021).

Enquanto sujeito negro e gay, consciente dos atravessamentos do racismo nas relações afetivas que construí, considero fundamental pensarmos, enquanto ciência psicológica, intervenção e manejo, como acolher as feridas desses sujeitos, cujo

sofrimento está relacionado diretamente com o processo de construção do nosso país, com o imaginário social que reedita a dominação de pessoas pretas.

Entendo que a construção do conhecimento está intimamente ligada às relações sociais e de poder, como tencionado por Carneiro (2022) e Mills (2023), no dispositivo de racialidade e contrato racial; e, na medida em que a estrutura social está (des)organizada aos moldes capitalistas, a produção científica, os processos educacionais e a vida dos sujeitos são operadores de um projeto societário em curso que tem como alicerce o necropoder (Mbembe, 2022).

Esta pesquisa, texto, discussão, se insere como possibilidade de construção de rotas de fuga, saídas, barricadas, liberdade, compreendendo o peso político de se fazer pesquisa desafiando a norma como aborda Mombaça (2021) em seu livro, *Não vão nos matar agora*. É desafiar a norma ao colocar raça, gênero e sexualidade em uma pesquisa que entende as pessoas pretas são sujeitas.

Nomear a norma é o primeiro passo rumo a uma redistribuição desobediente de gênero e anticolonial da violência porque a norma é o que não se nomeia, e nisso consiste seu privilégio. A não marcação é o que garante as posições privilegiadas (normativas) seu princípio de não questionamento isto é: seu conforto ontológico, sua habilidade de perceber a si como norma e ao mundo como espelho (Mombaça, 2021, p. 75).

Nesse ponto, recorro também ao trabalho de Preciado (2022), que embora discuta as conceituações de gênero e sexualidade, inclusive posicionando-se como o monstro que vos fala, produzido através do saber psicopatologizante, ao questionar os psicanalistas sobre o conceito de disforia de gênero.

Ao conceituar-se como monstruosidade do outro e a forma como ele foi narrado e produzido como doentio historicamente, me permite aproximar seus escritos ao pensar os corpos inscritos nesse texto, corpos negros e gays. Na medida em que a psicologia não pensou ou pouco pensou os sujeitos negros, ainda que estes não só fossem parte da sociedade, como tivesse contribuições fundamentais ao saber psi, exemplo de Frantz Fanon (1925-1961), Solange Faladé (1925-2004), Virginia Bicudo (1910-2003), Neusa Santos Sousa (1948-2008), e outros na psicanálise. Compreendo que a ausência programada é também uma estratégia política.

Logo, retomo Preciado ao pensar sobre o parâmetro atual das possibilidades de existências de corpos dissidentes. Ele problematiza a impossibilidade que a liberdade seja algo possível de ser dado, ainda mais por aqueles que historicamente violentaram. E articula essa compreensão dizendo que não podemos compreender a liberdade como:

[...] uma distribuição mais justa da violência, nem uma aceitação mais pop da opressão. A liberdade é um túnel que se cavou com as mãos. A liberdade é uma saída. A liberdade – como aquele novo nome que vocês me chamam agora, ou aquela cara vagamente peluda que vocês veem diante de vocês – é feita (Preciado, 2022, p. 285).

Ocupamos um cenário simbólico que nos reduz a corpos que cumprem desejos, desvios, normas ou fetichizações, em vez de sermos vistos como sujeitos que podem ser amados, escolhidos, acolhidos, que possamos existir. No entanto, vivemos em um paradoxo: reconhecemo-nos como pessoas pretas e compreendemos a dinâmica do

racismo estrutural, mas muitas vezes não conseguimos construir relações de cuidado e amor com nossos corpos e história.

Penso ser fundamental afirmar que, por se tratar de uma pesquisa na qual, além de pesquisador, sou também sujeito, meu método de coleta perpassa a autobiografia e a netnografia. Assim, há, ao longo deste texto, um diálogo intenso e profundo sobre os múltiplos lugares que ocupo nesta pesquisa, com sua complexidade de papéis. O tema desta tese me movimenta enquanto sujeito, me dilacera em diversos momentos e carece de um olhar crítico e reflexivo. Assim, o distanciamento necessário (já que não acredito em neutralidade) é oscilante. Sou eu quem fala, embora, em muitos instantes, precise me afastar para compreender além do meu lugar singular e, com isto, alcançar a alteridade.

Assim, as relações afetivo-sexuais surgiram como tema central, bem como o desejo de pensá-las academicamente. Porém, ao chegar ao doutorado, fui acusado de não conseguir fugir das mesmas “ruas mentais” as quais estava acostumado. As ruas mentais foram uma metáfora para dizer que percorro os mesmos caminhos teóricos para a compreensão da realidade. Compreendo a necessidade de ampliarmos nossa concepção do mundo e (re)inventar a forma como se olha os fenômenos, contudo, não é sobre a subversão teórica necessária para compreender as relações de um outro lugar, ampliar o repertório subjetivo, descolonizar o olhar, mas uma insistência em afirmar que o lugar de onde analiso, não sendo aquele branco centrado, não é suficientemente teórico ou robusto para sustentar uma pesquisa de doutorado, é preciso colonizar meu olhar para que então o que eu faço seja lido como ciência, o que

novamente me faz lembrar de Preciado, quando retoma Pedro Vermelho para falar sobre a necessidade se submeter a humanidade para sobreviver;

Mas o mais interessante do monólogo de Pedro Vermelho é que Kafka não apresenta seu processo de humanização como uma história de emancipação ou libertação da animalidade, mas sim como uma crítica ao humanismo colonial europeu e suas taxonomias antropológicas. Uma vez capturado, o macaco diz que não teve escolha: se não queria morrer trancado em uma jaula, tinha que se mover para a 'jaula' da subjetividade humana (Preciado, 2022, p. 281).

O que se articula com o que Nascimento (2019) compreende ao falar sobre como a colonização implica aos corpos pretos uma forma de sujeição que passa também pela linguagem.

Trazendo a linguagem como fenômeno de comunicação que não somente dispõe de elementos diacrônicos, mas também sincrônicos, falar é falar absolutamente para um interlocutor. Ou seja, o 'negro' não foi só criado como categoria discursiva e histórica, mas ele próprio foi obrigado a usar a língua do seu interlocutor para produzir significados de defesa e sobrevivência após o tráfico negreiro intenso e a própria escravização, sendo capaz, inclusive, de gerar transformações nessa língua. Portanto se o interlocutor é a branquitude, como aquele que inviabiliza minha fala, então o negro teve ainda que adaptar a sua fala durante todo esse processo, apagando aparentemente muitas vezes suas marcas de origem ou traduzindo algumas delas e, assim, modificando a própria língua do colonizador (Nascimento, 2019, p. 12).

Aqui, é fundamental retomar como o epistemicídio atravessa a trajetória de pessoas pretas e LGBTQIAPN+ nos espaços acadêmicos. Como os espaços historicamente brancos nos exigem uma adequação impossível, para que sejamos minimamente tolerados. Há as diversas barreiras institucionais que dificultam o acesso e a permanência de pesquisadores negros dentro dos programas de pós-graduação; a escassez de literatura produzida por pessoas pretas e que falem sobre racialidade; a dificuldade de encontrar orientadores que sustentem a decisão de orientar uma pesquisa que fale sobre raça e orientação sexual; e as dinâmicas de micropoder, que tornam o fazer acadêmico um processo repetido de inviabilidades para corpos e perspectivas como as minhas.

Por isso, é possível chamar de epistemicídio o processo de fazer morrer todo o pensamento que advém da cultura negra e que, nesse caso, me parece estar articulado diretamente com o necropoder, uma vez que inviabilizar a formação de pesquisadores negros é construir uma proteção ao grupo hegemônico, a branquitude.

Mills (2023) no contrato racial afirma que a supremacia branca é um sistema político não nomeado que moldou o mundo moderno e raramente aparecem em textos de teoria política. Ele afirma que essa omissão não é acidental, ela é intencional e faz parte do *Pacto do contrato racial*. Ao analisar o contrato social, tradicionalmente entendido como a base legítima das sociedades modernas. Afirma que, em sua gênese, há um outro contrato não dito, o contrato racial. Ou seja, o contrato social tem uma dimensão racial não declarada, mas fundamental.

Conforme o autor, os privilégios desfrutados pelos brancos hoje são resultado de um sistema político historicamente consolidado a partir do século XV, com as

navegações europeias, a exploração colonial e a escravização de povos negros. A desigualdade racial não é um fenômeno natural, mas um sistema organizado e assentado no contrato racial.

É nesse sentido que a supremacia branca pode ser entendida como um sistema político não classificado, mas que estrutura as relações sociais até os dias atuais, na medida em que são signatários do contrato e pactuam com o mesmo. O contrato racial, para o autor, estabelece um acordo entre os signatários do contrato para sustentar os discursos que naturalizam a supremacia racial como detentora legítima do poder e, portanto, com direito à exploração de terras e corpos. Essa ideia permite que instituições e organizações atuem para manter a supremacia branca e seu lugar de poder Mills (2023). Dessa forma atualizando as formas de fazer morrer aqueles que não pactuam do contrato, como Mills (2023) vai trabalhar no *Contrato racial*.

Sendo, pois um processo persistente de produção da inferioridade intelectual ou da negação da possibilidade de realizar as capacidades intelectuais, o epistemicídio nas suas vinculações com a racialidades realiza, sobre seres humanos instituídos como diferentes e inferiores constitui, uma tecnologia que integra o dispositivo de racialidade/ biopoder, e que tem por característica específica compartilhar características tanto do dispositivo quando do biopoder, a saber, disciplinar/ normatizar e matar ou anular (Carneiro, 2005, p. 97).

Ou seja, uma tecnologia de poder que, como Suely Carneiro (2023) aponta com o conceito de dispositivo de racialidade, necessita da inferiorização do Outro como fundamento do ser. Trata-se de uma ferramenta sofisticada que se atualiza recorrentemente, a cada linha que cruzamos na luta por viabilização de direitos.

Conforme Mills (2023) e Carneiro (2023), o contrato racial é fundamentado no contrato social e se articula na proteção daqueles que são semelhantes. Ele funciona como um organizador da sociedade racializada, uma vez que se assegura da manutenção de uma supremacia branca em detrimento da subalternização da população negra. “Sua ausência daquilo que é considerado filosofia séria é um reflexo não de sua falta de seriedade, mas da cor da vasta maioria dos filósofos acadêmicos ocidentais (e talvez da falta de seriedade deles)” (Mills, 2023, p. 56).

Enquanto andamos alguns passos, os signatários do contrato racial se rearticulam e mudam as regras (Mills, 2023). A finalidade é que, apartados da possibilidade de formação intelectual e alijados da possibilidade de construções de vida e mobilidade social, possamos ser absorvidos como mão de obra, no trabalho braçal, nas profissões consideradas menos prestigiadas, figurando o lugar da exploração e quando não, alimentando o imaginário social da marginalidade, da política do terror. Um corpo forjado para o trabalho, para a subordinação e para o terror não pode ocupar outros espaços, pensar. Ou, caso falhem na possibilidade de nos impedir a entrada, faz-se necessário articular as impossibilidades da permanência e saída.

Me parece fundamental pensar, como a exigência em escrever, pesquisar aos moldes os quais a branquitude concebe como correto é também uma armadilha discursiva para reiterar o imaginário do negro perigoso, iminentemente violento e produtor da violência. Pensar a violência por parceria íntima como a única possibilidade viável para que raça, gênero e sexualidade sejam abordados no contexto da pesquisa é reafirmar, de maneira mais sofisticada, que desses corpos sujeitos, espera-se somente a selvageria e violência (Fanon, 2022).

Nesse sentido, existia a insistência para que as relações fossem discutidas apenas pelo viés da violência, especificamente a violência por parceria íntima. Reconheço que esse é um tema urgente pois, na experiência clínica, percebo como as violências em relacionamentos LGBTQIAPN+ são silenciadas pelos sujeitos vitimizados, por medo de experienciarem uma revitimização ou, então, negligenciadas pelo Estado.

Ao considerarmos o Estado como um violador dos direitos e a maneira como a sociedade se organiza através da violência contra esses sujeitos, a repetição dos processos de violência dentro das relações está articulada à estrutura social. Além disso, a impossibilidade de buscar auxílio situa-se no medo de ser descredibilizado, não ouvido, sofrer violência LGBTQIAPN+fóbica, o que ocasionaria uma revitimização, ou seja, os sujeitos que já são vitimizados por processos violentos da própria sociedade encontram-se em relações onde há violência conjugal e, ao buscarem atendimento para essa violência, seja pelo aparato da segurança pública, seja no acolhimento dos serviços de saúde, estão sujeitos a sofrer violência por sua orientação sexual e raça.

Mas trabalhar a violência íntima em casais LGBTQIAPN+ exige cuidado para escolher como pesquisar e como dizer. O tema é fundamental a ser pensado e, ao abordá-lo, esbarramos em violências estruturais que demandam atenção para não vitimizarmos os sujeitos já historicamente violentados.

Além disso, uma vez que compreendo que a produção científica está diretamente relacionada ao processo político, parece-me fundamental considerar o governo fascista que emergia ao poder. Não bastassem os impactos políticos nefastos

que vivenciamos continuamente desde 2018 no Brasil, também vivemos a necessidade recorrente de reafirmar o pacto democrático e estivemos expostos a uma onda conservadora que violenta e ceifa diversos corpos.

Naquele momento, o mundo atravessava uma pandemia sem precedentes e, no Brasil, somada ao projeto de governo em curso, vivenciamos impactos que ultrapassaram as questões sanitárias e desvelaram a necropolítica à brasileira. Mbembe (2018, p. 11) entende que “a expressão máxima de soberania reside, em grande medida, no poder e na capacidade de ditar quem deve viver e quem deve morrer”. Logo, a necropolítica seria a vida subulada ao poder da morte, “a noção de biopoder é insuficiente para dar conta das formas contemporâneas de submissão da vida ao poder da morte” (Mbembe, 2018, pp. 71–72), quais corpos que sobram no modo de produção neoliberal, deixam de ser relevantes economicamente e podem ser mortos.

A pandemia viral matou mais de 390 mil brasileiros e explicitou as diferenças e assimetrias de classe, sociais e políticas, sobretudo por ter evidenciado as vidas que o estado considera como matáveis, em seu “poder soberano de ditar quem pode viver e quem deve morrer [...] quem é descartável e quem não é” (Mbembe, 2018, p. 41). Nesse cenário, o fazer acadêmico carecia de um incansável diálogo e compreensão da conjuntura política para cumprir sua função de reflexão e denúncia das constantes violações realizadas pelo governo vigente, que não só intensificou os discursos de ódio nos últimos anos, como no momento de pandemia foi responsável pelas mortes daqueles que questionavam a existência e a letalidade do vírus.

No entanto, durante o início do processo de doutoramento, predominava um discurso de que homens negros gays “escolhiam” vivenciar o racismo e as violências em suas relações e que o bom pesquisador não teria medo de informar sobre isso nos resultados da pesquisa. Nesse momento, mesmo que se relativize o conceito de escolha, o que é algo que desconsidera o cenário da violência sofrida, que forçosamente pode chegar a algo como a reprodução inconsciente da violência, naquele contexto, sob uma lógica que se repete no discurso da branquitude, esses sujeitos vítimas da violência foram culpabilizados pelo que sofriam.

Então, reflito esse primeiro projeto e a sua impossibilidade porque foi meu primeiro entrave institucional, não pela inviabilidade do tema, mas por um discurso que o considerava insuficientemente relevante. Discutir homens negros gays na universidade, sob a perspectiva do cuidado em saúde, não era algo a ser abordado. Todas as inviabilizações possíveis foram impostas. Passei por momentos de assédio moral, racismo e homofobia, até que, diante de outros cenários de violência, me retirei daquela orientação.

É fundamental iniciar este capítulo com essa narrativa não apenas para delinear os percursos da tese, mas para destacar como as violências estruturais nos perseguem em todos os espaços, inclusive em instituições que, além de produzir ciência, deveriam pensar os sujeitos sob uma lógica de cuidado. Se a psicologia enquanto área não deseja se debruçar sobre questões raciais, que futuro teremos enquanto sujeitos pretos e gays buscando cuidado em saúde mental? Que profissionais estão sendo formados em um dos únicos programas de pós-graduação com Doutorado em psicologia do Centro-Oeste, onde o debate de raça para alguns professores não é relevante?

Importa mencionar que, mesmo com cenários de violência e assédio, que se repetiram com outros sujeitos, a pessoa em questão permaneceu no programa, o que é preocupante, quando pensamos como essa violência pode inviabilizar outros projetos de pesquisa e processos formativos na pós-graduação. Tomo esses casos como ponto de partida metodológico: discutir a partir da autobiografia, como um corpo atravessado por racismo, homofobia e violências institucionais. Um corpo que, ao pensar cuidados para sujeitos semelhantes, enfrenta revitimizações, ou seja, tem reeditadas as cenas de racismo e homofobia que já fazem parte do cotidiano social.

Este capítulo delinea, portanto, não apenas o percurso da pesquisa, que hoje investiga as concepções de cuidado em saúde de homens negros gays, através de conteúdos produzidos em plataformas digitais, mas também insere minha experiência como sujeito preto violentado até mesmo nos espaços que se intitulam livres desse preconceito, como o ambiente acadêmico. Isso me faz dialogar diretamente com políticas como a *Política Integral de Saúde da População Negra* e LGBTQIAPN+, que tem como princípio erradicar o racismo estrutural, inclusive na formação profissional.

Se um programa de Pós-Graduação em Psicologia reproduz racismo e homofobia para silenciar os discentes, que ciência está sendo produzida ali?

Bento (2022) nos auxilia nesta compreensão quando afirma que os sujeitos historicamente privilegiados, que tiveram possibilidades de acesso, condições dignas de existência e lucraram com colonialismo constituem uma posição social que ela chamou de branquitude.

Assim vem sendo construída a história de instituições e da sociedade onde a presença e a contribuição negras se tornam invisibilizadas. As instituições

públicas, privadas e da sociedade civil definem, regulamentam e transmitem um modo de funcionamento que torna homogêneo e uniforme não só processos, ferramentas, sistemas de valores, mas também o perfil de seus empregados e lideranças, majoritariamente masculino e branco. Essa transmissão atravessa gerações e altera pouco a hierarquia das relações de dominação ali encrustadas (Bento, 2022, p. 18).

O que garante à branquitude a possibilidade de dominação e existência no correr histórico é justamente o que ela intitulou como pacto narcísico da branquitude, a cumplicidade não verbalizada entre os pares e o silêncio sutil que mantém os privilégios das pessoas brancas e garante a permanência destes sujeitos em programas de pós-graduação, ainda que as violências perpetradas não sejam desconhecidas. Omissão!

Este ponto, que talvez eu chame de manifestos, serve para concatenar as ideias que venho burilando ao longo do percurso acadêmico e de escrita. Reflete sobre como, nesse processo de transformação da pesquisa, sempre retornei a uma questão central: de que modo a ciência psicológica tem produzido conhecimentos que abarquem, de fato, sujeitos pretos e LGBTQIAPN+?

Não se trata apenas de perguntar quais conhecimentos são voltados a esses sujeitos, mas de questionar para quem os saberes psicológicos são construídos. Como nosso fazer prático e científico tem reproduzido ou desafiado normas coloniais? E quanto à relevância da pesquisa, quem a define?

Inspirado em Fanon (2020), que denuncia e questiona a formação do sujeito negro no processo colonial, proponho uma provocação que precisa necessariamente

se estender ao fazer científico: a quem serve o conhecimento senão àqueles que se beneficiam dele? Aqui, é possível retomar o contrato racial e o pacto narcísico da branquitude para pensar como a noção de “humano universal”, uma herança colonial, estrutura nossas relações sociais, afetivas, sexuais, bem como a nossa compreensão de cuidado e comoção. Como pergunta Butler (2019), quais corpos são dignos de luto? Quais existências são legítimas? Essa mesma lógica colonial atravessa fundamentalmente nossa maneira de produzir ciência.

Quando a psicologia constrói instrumentos como testes psicológicos, e no fazer científico determina implicitamente o conceito de normal, sob quais parâmetros de normalidade estão se baseando? Em uma cosmologia branca e heteronormativa, todo sujeito que não se encaixa nesse modelo é automaticamente patologizado; logo, quem é normal?

Esses questionamentos, que orientam meu percurso de escrita, desmembram alguns pontos fundamentais a serem pensados. Inicialmente me parece importante retomar Butler (2019), que afirma que nem todas as vidas são passíveis de reconhecimento, vidas que merecem existir. Conforme a autora, há uma matriz de normas que determina as vidas que importam, e aqueles que não cabem são as vidas não vivíveis que não importam, são os abjetos. Os corpos abjetos cumprem a função de construir, no imaginário social, a ideia de que há corpos coesos, identidades fixas, uma espécie de normalidade.

Desse modo, essa matriz excludente pela qual os sujeitos são formados requer a produção simultânea de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são “sujeitos”, mas que formam o exterior constitutivo do domínio do sujeito. O

abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas “não-vivíveis” e “inabitáveis” da vida social que, não obstante, são densamente povoadas por aqueles que não alcançam o estatuto de sujeito, mas cujo viver sob o signo do “inabitável” é necessário para circunscrever o domínio do sujeito. O abjeto se situará precisamente naquelas zonas inóspitas e inabitáveis da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do inabitável é necessário para que o domínio do sujeito e de suas fronteiras seja circunscrito (Butler, 2019, p. 22).

O corpo abjeto não é um corpo passível de comoção somente por não figurar a performance ou os requisitos esperados para aqueles que importam, e também não existem somente como equívoco histórico e social onde incorreu algum erro. A autora argumenta que esses corpos foram produzidos com uma finalidade política. Por isso é necessário retomar Butler para pensar a construção da anormalidade.

A construção da anormalidade foi necessária para o controle social, a partir de práticas excludentes e higienistas para a delimitação e privilégio dos ditos normais. Logo, falar sobre a normalidade significa dizer que determinadas áreas de conhecimento científico estabelecem padrões de comportamento ou de funcionamento do organismo sadio. Esses padrões ou normas referem-se ao que se deve esperar do indivíduo, enquanto performance e expressão.

Essas ideias ou critérios de avaliação se constroem a partir do desenvolvimento científico de determinada área do conhecimento e de dados da cultura e do comportamento do próprio observador ou especialista que, nesse momento, avalia esse indivíduo e diagnostica que ele é doente.

Penso ser importante ressaltar como a medicina, no Brasil, principalmente a psiquiatria, reproduziu a ideia de degenerescência e como vigora na atualidade uma tendência, a meu ver, de psicólogos que buscam a defesa de um fazer ciência sempre alinhado ao saber médico como uma estratégia de validação profissional.

Inquietações que talvez se percam nesse percurso, mas que parecem fundamentais, se entendermos que o saber médico, continua sendo a principal referência na definição do que é considerado “normal” ou “anormal”. E a psicologia, historicamente, bebe dessa fonte. Se a medicina criou os parâmetros da anormalidade, há, no movimento histórico, uma psicologia e psicólogos que atuaram para reforçar e validar esse lugar. A adesão total ao discurso médico, renunciando às leituras de uma psicologia contextualizada, incorre em uma possibilidade de repetirmos esse passado recente.

Nesse mesmo percurso, outro ponto importante ao pensar os parâmetros utilizados para definir a normalidade é que, se as teorias psicológicas são histórica, geográfica, política e socialmente localizadas, e muitas delas referentes a sociedades com um histórico e organização distintos dos nossos, é possível compreender como a patologização da vida normal acaba funcionando como estratégia de controle de algumas populações.

[...] se o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso. No entanto, isso não nos leva à continuidade de um normal e de um patológico idênticos em essência – salvo quanto às variações quantitativas –, a uma

relatividade da saúde e da doença bastante confusa para que se ignore onde termina a saúde e onde começa a doença. A fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa [...]. Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado (Canguilhem, 1995, p. 59).

Por último, seguindo a ideia de uma normatividade construída por requisitos muito específicos, que se assemelham ao que Carneiro (2023) concebe como o não-Ser como fundamento do Ser, pensar como a produção da loucura, alicerçada na ideia de que a normalidade é o sujeito branco e tudo que não é ele é anormal, balizou não só o fazer científico, mas desdobrou-se em falsas estratégias de cuidados, que ao não pensarem os sujeitos pretos e o racismo estrutural que (des)organiza as relações sociais, acabam por reproduzir formas de genocídio, na impossibilidade de acesso a cuidados, condições dignas de moradia, acesso a educação, redistribuição de renda. Isso ocorre ao construir como política de cuidado, uma negligência velada que faz morrer diversos corpos pretos e LGBTQIAPN+.

Exemplo disso é a teoria da degenerescência, que entendia que há um desvio moral, um tipo primitivo, que é passado hereditariamente e relacionava as questões raciais a loucura. Ou seja, os transtornos mentais deixam de ser compreendidos na dinâmica social e passam a ser explicados cientificamente como um processo fisiológico que afeta psicologicamente os sujeitos, tornando-os propensos à loucura (Borges, 2005).

A teoria da degenerescência entendia a degeneração como um processo histórico inevitável no qual os sujeitos conquistadores, raças superiores, ao se

misturarem com as raças inferiores, sujeitos conquistados, perderiam suas qualidades. Essa teoria também se articulava com a ideia de hereditariedade da degeneração, que ignorava as mazelas sociais, a falta de acesso a condições dignas de vida e à saúde, tampouco as desigualdades produzidas pelo racismo. A teoria da degenerescência, portanto, responsabilizava os sujeitos por transmitirem hereditariamente algum tipo de declínio moral aos filhos. Esse arcabouço teórico também sustentou a criminologia e a construção de padrões de identificação de criminosos (Davenport, 1929). Lima Barreto, ao descrever o manicômio, apresenta quem eram os sujeitos que compunham o local:

Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento (Bosi, 2017, p. 26).

Parece fundamental rememorar o trabalho do psiquiatra Juliano Moreira, não só por ser o precursor da reforma psiquiátrica no Brasil, mas também por refutar a tese de que a população negra seria responsável pela degeneração social, visto que essa teoria não só era pautada em um racismo científico, como não detinha critérios de cientificidade. Aqui, importante frisar, o uso da ciência foi subterfúgio para a validação de preceitos morais, preconceitos e formas de controle.

Basaglia, quando vai falar sobre a produção da loucura, traz a ideia de como a doença mental foi construída como subterfúgio para a exclusão daqueles que são considerados enfermos.

[...] esta objetivação do homem em síndromes, operada pela psiquiatria positivista, tem tido consequências extremamente irreversíveis no doente que – originariamente objetivado e restrito nos limites da doença – foi confirmado como categoria fora do humano por uma ciência que devia distanciar-se e excluir aquilo que não estava em grau de compreender. Todavia, se é verdade que uma análise científica – qualquer que seja o problema do qual se ocupa – representa a pesquisa do fundamento de um fenômeno, uma vez que ele esteja isolado das superestruturas e das ideologias das quais é habitualmente velado, desejando-se afrontar cientificamente o problema do doente mental se deverá, a princípio, colocar 'entre parênteses' a doença e o modo no qual foi classificada, para poder considerar o doente no seu desenvolver-se em modalidades humanas que – propriamente enquanto tal – devemos procurar avizinhar-nos (Basaglia, 1981, p. 310).

Aqui, não se trata somente de questionar a os moldes manicomiais do fazer em saúde, mas também de incidir em discussões que se comprometam em perceber como a anormalidade foi se constituindo como ferramenta política de dominação (Platt, 2014). A “anormalidade” não é um dado natural, mas uma construção sustentada historicamente, que alicerça tanto o fazer psicológico, quanto a exclusão social.

Para Basaglia (1985), quando Fanon percebe

[...] que a relação entre médico e doente (assim como a relação entre branco e negro, ou seja, entre quem detém o poder e que não tem) era sempre uma relação institucional, onde os papéis haviam sido definidos pelo sistema. Sua ação podia chegar, no máximo, até o reformismo, e o perfeccionismo técnico de

uma instituição que oferecia, em troca da confirmação do estado dependente do enfermo, a 'cura' e a reintegração social numa realidade que Fanon definia como 'uma desumanização sistematizada'. A ação terapêutica resultava num ato de aceitação silenciosa do sistema e Fanon não tinha outra escolha senão a revolução, como único lugar, fora das instituições, onde podia agir (Basaglia, 1985, p. 320).

Se a normalidade foi definida também por um saber psicológico que historicamente violentou corpos negros e LGBTQIAPN+, precisamos urgentemente repensar nossos padrões de normalidade. Cabe retomar que a homossexualidade até a década de 70 foi classificada como doença no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais II* (DSM-II) (Aragusuku & Lara, 2020). Embora tenha sido substituída por "*Distúrbio de orientação sexual*" e depois por "*Transtorno de Homossexualidade Egodistônica*" (THE) no DSM-III, conservando uma compreensão patologizante na psiquiatria (Drescher, 2015; Dunker & Neto, 2010). Somente em 1987 a Associação Psiquiátrica Americana (APA) retirou a homossexualidade do manual. Em 1990, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) retira da *Classificação Internacional de Doenças-10* (CID-10) e somente em 1999 o CFP defini como proibida na prática profissional das psicólogas e psicólogos a patologização da homossexualidade.

E com esse histórico faz-se necessário questionarmos, como os parâmetros técnicos da psicologia podem, de fato, escutar sujeitos inseridos numa realidade brasileira profundamente marcada pelo colonialismo, pelo racismo e por relações de dominação?

É no interior das regras institucionais que os indivíduos se tornam sujeitos, visto que suas ações e seus comportamentos são inseridos em um conjunto de significados previamente estabelecidos pela estrutura social. Assim, as instituições moldam o comportamento humano, tanto do ponto de vista das decisões e do cálculo racional, como dos sentimentos e preferências. [...] A desigualdade racial é uma característica da sociedade não apenas por causa da ação isolada de grupos ou de indivíduos racistas, mas fundamentalmente porque as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos (Almeida, 2018, p. 30).

Essa reflexão se torna ainda mais crucial quando pensamos nas políticas de saúde, especialmente a *Política Nacional de Saúde da População Negra* e *Política Nacional de Saúde Integral LGBT*, instituída pela Portaria nº. 2.836 de 2011, que se balizam em princípios que visam findar os processos de discriminação e possibilitar o acesso integral dessa população aos cuidados em saúde. Não basta somente questionar como produzimos psicologia, precisamos também examinar criticamente o que temos produzido e discursivizado, como esse saber circula e quem acessa esses recursos. Seja na divulgação científica ou no desdobramento dessa no âmbito da formação profissional, seja básica ou continuada.

Neste contexto, as redes sociais, como o *YouTube* e o *Instagram*, transformaram radicalmente a relação das pessoas com a saúde. A psicoeducação agora ocorre cada vez mais fora dos espaços tradicionais como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Hospitais, mas essa aparente democratização não significa

necessariamente uma ruptura com velhas hierarquias. A desassistência também se espalha em meios digitais, ou melhor, se as redes sociais são, de alguma forma, a extensão da vida social para diversos sujeitos, o que é dito, como se diz e o que se posta é também vigiável. Ou seja, cria-se um fazer sobre os corpos, como estes devem se comportar e quem tem autoridade para falar sobre saúde.

A pandemia da COVID-19 acelerou dramaticamente essa dinâmica. Lives e aulas remotas se multiplicaram, ampliando o acesso à informação, ou informando aqueles que sempre foram informados, mas talvez diminuindo barreiras geográficas, mas não as de classe. Esse acesso expandiu-se frequentemente reproduzindo as mesmas estruturas excludentes. Quando analisamos a produção de conteúdo em saúde voltado a homens negros gays, por exemplo, percebemos como marcadores como raça e sexualidade ainda são tratados como questões isoladas, não como eixos interseccionais de experiência.

Por isto, este trabalho tem, como objetivo, compreender as percepções de cuidado em saúde de homens negros gays através de uma análise da produção de conteúdo sobre saúde LGBTQIAPN+ e saúde da população negra no *YouTube*. Simultaneamente, busca examinar como a psicologia tem se inserido (ou falhado em se inserir) nas políticas de saúde integral para esses grupos, e que tipo de saberes científicos tem produzido sobre a interseccionalidade dessas experiências. Mais do que mapear conteúdos, trata-se de questionar quais vozes são ouvidas, quais corpos são priorizados e que possibilidades de cuidado estão sendo construídas, ou negadas, nesses espaços digitais que se tornaram tão centrais para a educação em saúde contemporânea.



## 5 Formação social brasileira: Raça e racismo no Brasil

“Desde o início, por ouro e prata  
Olha quem morre, então  
Veja você quem mata  
Recebe o mérito a farda que pratica o mal  
Me ver pobre, preso ou morto já é cultural”.

(Negro Drama – Racionais MC's)

Neste capítulo, farei uma análise histórica e social da formação do Brasil, com foco no processo de escravização de povos africanos e no modo como diferenciou-se de outros “modelos” de escravidão. Também abordarei como esse genocídio foi fundante nas dimensões sociais, políticas e culturais do Brasil e quais foram as suas implicações para a constituição subjetiva da população negra, nas possibilidades de acesso e “inclusão” no cenário social do país. Contudo, é importante situar desde já, que não existiu um processo de inclusão dessa população, mas uma repetida tentativa de extermínio desses corpos como uma forma de limpeza social, o que respinga nos processos migratórios, distribuição de renda, legislação e produção cultural. Partirei do período colonial e escravocrata, passando pela abolição formal da escravidão e pelas presenças e ausências políticas pós-abolição, que perpetuaram a marginalização da população negra. Assim, defendo que o mito da democracia racial, embasado por uma ideologia de branqueamento, alicerçou impossibilidades de acesso e existência da população negra após a abolição formal da escravidão, desde a relação com o trabalho, escolaridade, até o incentivo para a migração europeia com intuito de uma “limpeza social”. Nesse sentido, discutirei como o racismo estrutural é apreendido como

norma social, estruturando a dinâmica social e as possibilidades de vida, especificamente no quesito da saúde.

### **5.1 A cartografia da desumanização: Expansão, tráfico negreiro e as raízes do racismo**

Penso ser fundamental caminhar para a compreensão da formação social do Brasil, ou seja, realizar uma retomada histórica. O que aconteceu no processo político-social que culminou no que a gente vai pensar como escravização de pessoas negras? Por que esses sujeitos? Por que é especificamente a população africana?

Logo, ao remontar teoricamente a organização do cenário histórico desse momento, é necessário refletir sobre o processo de empreitadas marítimas, como os europeus iniciam o acesso a outros espaços e como esse movimento de expansão marítima é um dos pontos iniciais para os contornos do que conhecemos como processo de escravização (Williams, 2014). A expansão marítima europeia foi um projeto estruturalmente vinculado à dominação territorial e à exploração de mão de obra escravizada, consolidando as bases do capitalismo moderno. Embora houvesse interesses econômicos imediatos, Portugal e outras potências europeias operavam dentro de uma lógica mercantil que transcendia a simples troca de mercadorias. Tratava-se, sobretudo, de uma empreitada colonial voltada para a conquista de territórios e a subjugação de povos (Blackburn, 1997).

A Europa, autoproclamado berço da civilização, sustentava-se em uma visão de mundo que hierarquizava seres humanos, legitimando a dominação, o extermínio e o sequestro de populações africanas. Sob a justificativa ideológica de uma “missão

civilizatória” e da salvação religiosa, a violência colonial foi sistematicamente normalizada. Os relatos europeus sobre a África retratavam seus habitantes como povos “não civilizados”, “animaiscos” e “pagãos”, construindo um imaginário que justificava tanto o genocídio quanto a escravização em massa.

Nesse ensejo, me parece importante pensar e distinguir ao que nos referimos ao falar sobre escravização, o que é a condição de escravo e como, no fenômeno de dominação e subordinação dos povos africanos, ela se diferenciou de outros processos e tempos históricos. A escravidão sempre envolveu a desumanização e a negação social do escravizado, independentemente do contexto histórico, sendo um fenômeno que existe e se remonta na história em diversos tempos. Aqui podemos retomar os relatos de escravidão

A Escravidão é de fato a Desigualdade Radical por excelência. Com a Escravidão – principalmente se o escravo estiver sujeito a todos os rigores que a Escravidão potencialmente lhe impõe, ao passo em que neste caso o Senhor estará em pleno exercício de todos os seus poderes e privilégios relacionados à posse do escravo – podemos dizer que este escravo estará privado de tudo, de todos os seus direitos sobre si. [...] a Escravidão sempre se impõe ao escravo, do ponto de vista legal, como uma Desigualdade Radical que política e juridicamente deixa ao indivíduo escravizado muito pouco dos efetivos direitos sobre a sua irreduzível humanidade. A Escravidão, enfim, é potencialmente violenta ao extremo, mesmo que circunstancialmente ocorram abrandamentos (Barros, 2012, p. 58).

Ocorreram processos de escravidão como resultado das disputas territoriais, ou seja, quando um determinado povo ganhava uma disputa territorial, o povo derrotado assumia a posição de escravo, vassalo. Há também relatos de escravidão por dívidas, penhora, a escravização de alguns sujeitos que evitavam dívidas ou de pessoas que tinham dívidas com outras pessoas e agiam na subordinação do corpo de outrem a ser escravizado como forma de pagamento ou até que a dívida fosse paga. A base constitutiva da escravidão nesses casos anteriores não se baseia necessariamente em uma determinada característica física ou explicação biológica e teológica de inferioridade, mas como uma forma de dominação de um povo frente ao conquistador.

É fundamental compreender que não existe uma escravidão “boa” ou benéfica. O ato de escravizar sustenta-se na subordinação de determinados corpos e sujeitos a outros, de modo que a servidão se torna balizadora da própria existência. No entanto, historiadores que estudam a escravidão na Antiguidade e no período moderno destacam uma distinção crucial entre escravidão e servidão comunitária (Finley, 1981).

Enquanto a escravidão transforma o indivíduo em uma mercadoria, reduzindo-o a mera propriedade negociável, a servidão comunitária, ainda que também baseada na desumanização, opera sob lógicas diferentes (Cardoso, 2004). Nesse modelo, o trabalho compulsório não necessariamente implica a alienação total do sujeito, como ocorre no escravismo mercantil; a servidão comunitária muitas vezes está vinculada a estruturas de dependência pessoal ou coletiva, inseridas em relações de poder tradicionais (Bloch, 1987).

O ponto que gostaria de levantar é: o que diferencia a escravização de uma população africana de outros processos de escravização? Como argumentos

falaciosos de “os próprios africanos tinham escravos” foram sendo difundidos e usados como retórica racista para a manutenção de práticas escravistas?

Parece fundamental voltar os olhos para a história africana, uma vez que essa foi singularizada pela racialização, transformando a diferença em hierarquia e justificando a dominação por meio de uma lógica biopolítica (Mbembe, 2017). Para pensar os territórios africanos, um continente, de uma perspectiva geopolítica, é necessário compreender que esses territórios são dotados de significações, modos de organização social, cultural e com divisões próprias do trabalho. Logo, é fundamental nomear esses espaços como territórios diversos, visto que o racismo e o epistemicídio produzidos pela colonialidade insistem em uma homogeneização da África. O discurso do colonizador enuncia uma África como um amontoado desordenado, animalesco e selvagem de gente preta, que existia de maneira desprezível, aguardando que o homem branco os escravize para salvá-los de si mesmos (Mignolo, 2011). É por meio dessa narrativa que são discursivizados os povos africanos antes da diáspora, a colonialidade impôs uma narrativa única que deslegitima as epistemologias e organizações sociais africanas. A falácia do amontoado, que retira essa pessoalização das pessoas africanas, é do próprio colonizador, e o discurso é perpetuado pelos signatários deste pacto.

A composição populacional do continente africano era diversa. Os povos nos diferentes países tinham hábitos próprios e se organizavam em sociedades complexas. Existiam sistemas complexos de organização social em África. O que significa retomar isso? Significa reiterar que, na chegada dos europeus nesse continente, eles nomearam a multiplicidade populacional de um continente, as pessoas que não eram

eles, como uma massa. Nesse sentido, me parece fundamental marcar teórica e politicamente a falácia de um povo único, uma única massa, sem nenhuma especificidade. Pois, quando se fala sobre escravização, é recorrente o discurso que busca afirmar o início da escravidão em África, quando negros escravizavam outros negros, outros africanos. Logo, é sob esse prisma que quero iniciar o pensamento sobre raça, por essa certa descaracterização. Afinal, a hierarquia racial articula-se diretamente à dominação; a racialização é um instrumento de poder que cria e sustenta hierarquias sociais. É justamente quando o homem branco precisa classificar um outro que não é ele, e hierarquizar essa diferença, que vemos a base ideológica que estrutura o início da escravização de africanas e africanos.

A narrativa sustentada pela branquitude no decorrer do tempo histórico, que vai sendo estruturada e estruturando os discursos, é a de que até os próprios negros tinham escravos. O que é uma verdade. O que me parece fundamental a ser diferenciado, sem minimizar os efeitos degradantes da escravidão a todos os corpos submetidos a tal, é que o enunciado se sustenta em uma distorção lógica. É uma disputa de consciência. Descontextualizar a complexidade de uma sociedade, tentando desumanizar quem eram aqueles sujeitos e utilizar esse fato histórico como argumento para legitimar a escravidão formal e a não formal que se estende até os dias atuais, é criminoso. Como alerta Davis (2016), a escravidão moderna foi justificada por meio de narrativas que distorciam as relações sociais pré-existentes em África.

Dessa maneira, é possível dizer que, a partir desse primeiro contato, como forma de lucro e dominação, ou seja, de estruturar uma sociedade a partir de uma mão de obra escravizada, surgem os contornos da escravização dos povos africanos. São

os interesses de uma burguesia no tráfico atlântico e a possibilidade de arrecadação de impostos por parte do Estado que tornam a escravidão e o comércio de escravos a base da expansão mercantil em toda a Europa e em algumas partes da América (Blackburn, 2010).

O que me inquieta e gera reverberações é: o que explica a escolha desses corpos? Parece-me muito bem-intencionado o discurso que considera essa escolha como algo aleatório, que aconteceu ao acaso. O processo de sequestro e escravização de pessoas pretas em África não nos fornece subsídios conceituais suficientes para compreender a complexidade de tal fenômeno. Surgem-me dúvidas: o que levou a ser especificamente esses corpos? E mais, quais são os cenários político e simbólico que legitimam a perpetuação da escravidão mesmo após a abolição formal?

Nesse ponto, busco compreender o que pode ser pensado como base moral estruturante de uma consciência, ou de um inconsciente, que vai dando notícias de como a escravização não é “meramente” uma questão econômica ou uma possibilidade de expansão mercantil. Mas, como exercício de poder, vai sendo atualizado e sistematicamente autorizado no imaginário social como algo benéfico e justificável. Como Foucault (2014) analisa, o poder se exerce não apenas pela força, mas também pela produção de discursos que legitimam práticas sociais.

Um primeiro ponto relevante, que penso ser fundamental para abrir rotas de fuga de um pensamento colonial é a explicação da necessidade de construir tais rotas. Simas (2023) afirma que o Brasil é fruto de um projeto de extermínio, uma violência estrutural contra populações negras, pobres e indígenas, condição para constituição desse projeto de país. Esse processo, que ele denomina “Carrego colonial”, perpetua-

se através de mecanismos de desencantamento: tortura, açoite e a negação sistemática da humanidade desses grupos. E aqui, Simas e Rufino (2018) evocam o termo *Carrego colonial* ancorados na cosmologia dos terreiros, ressaltando que esse fardo não é inerente ao sujeito, mas imposto por estruturas de violência. Logo, pode ser “despachado”, ritualmente desfeito, subvertido. A produção do desencanto, enquanto estratégia do *Carrego colonial*, não se encerra na opressão, ela exige, em contrapartida, a abertura de rotas de fuga. Trata-se de acessar as frestas do sistema para inscrever outras epistemes, despachar as respostas cartesianas e construir processos de celebração da vida. Logo, é nesse sentido que compreendo a necessidade de revisitar a história através de outras cosmologias, leituras, literaturas e performances para poder inventar um outro mundo.

A Europa é a concretude da expansão do cristianismo no mundo. A Igreja Católica detinha um discurso dominante e era a principal instituição de controle social e moral daquela época. Logo, faz-se necessário entender como os discursos vão se constituindo como um estatuto de verdade. Segundo Foucault (2014), é o discurso que produz a realidade social, e cada sociedade elege os discursos a serem validados, colocando-os como estatuto de verdade. Dessa maneira, as violências, como a escravidão, estruturam-se a partir de uma autorização. Há um respaldo suficiente para autorizar esse processo, que construa um simulacro onde as pessoas que escravizavam ou partilhavam da mesma compreensão ideológica sobre esses corpos sustentam simbolicamente seus atos sem culpa.

Um dos alicerces fundamentais para essa operação de poder foi a Igreja Católica e seu monopólio histórico, visto que esta se constituía como um aparelho

ideológico de destaque, um aparelho ideológico significativo. Os intelectuais católicos da época atuavam na reafirmação das hierarquias sociais, uma vez que era a própria Igreja que conferia legitimidade às relações de dependência então vigentes. Essa legitimação tinha como base a herança judaico-cristã, que delineava a ética e os valores sociais, sustentando, assim, a visão de mundo eurocêntrica. A Igreja Católica, pelo poder que exercia, desempenhou um papel fundamental nesse processo, atuando de forma decisiva tanto para a consolidação da escravidão, quanto para a construção do imaginário social sobre a população africana na Europa e no Novo Mundo. Por isso, foi justamente na Bíblia que se buscaram as bases para o discurso da Igreja Católica em relação à legitimação ideológica da escravidão.

O mito de Noé foi utilizado como base de argumento para sustentar uma posição ideológica. Contudo, o mito ultrapassa o conteúdo de sua mensagem. É a partir do que chamam de Teoria Camítica que surgem as primeiras referências sobre o respaldo ideológico dado pela Igreja Católica. Logo, não é a história de Noé enquanto mito, mas como ele foi utilizado como forma de dar significação à realidade concreta. Por isso, retomo sua utilização a fim de compreender como o seu significado constrói e respalda o discurso católico (Roedel & Santos, 2020).

O mito da maldição de Cam narra que, após o dilúvio, Noé planta uma vinha, embriaga-se com o vinho e acaba adormecendo nu em sua tenda. Cam vê seu pai nessa condição e conta a seus irmãos, Sem e Jafé, que então cobrem Noé sem olhar para ele. Quando desperta, Noé amaldiçoa Canaã, filho de Cam, dizendo que ele e seus descendentes seriam “servos dos servos” de seus irmãos (Gênesis, 9:25). Como

Blassingame (1979) observa, essa narrativa bíblica foi instrumentalizada para criar uma hierarquia racial que justificava a escravidão.

Dos três filhos de Noé, constrói-se a explicação mítica para o povoamento da Terra. Sem foi considerado o pai dos semitas. Dentro da etimologia de seu nome, é possível interpretar seu significado como “nomeado” ou “escolhido”. Jafé teria sido o filho que deu origem aos povos indo-europeus, indo-germânicos ou indo-arianos, e o significado de seu nome pode ser relacionado a “luz”, “resplandecência” ou “alvo”. Já Cam tem seu nome associado a significados como “quente”, “queimado” ou “trevas”. Canaã, filho de Cam e neto amaldiçoado por Noé, também possui uma etimologia relevante, frequentemente relacionada a significados como “por baixo”, “embaixo” ou “abaixo” (Pereira Ivo & Jesus, 2019).

Ao analisarmos esse mito e suas explicações, percebemos que Cam e seus descendentes, como Canaã e Cush (outro filho de Cam), são associados ao povoamento de diversos grupos considerados não europeus ou não semitas. Os descendentes de Canaã são relacionados a povos como os mongóis, chineses, japoneses, ameríndios, esquimós e polinésios. Por sua vez, Cush é identificado como ancestral de povos africanos, como etíopes, sudaneses, ganenses, pigmeus, aborígenes australianos e habitantes da Nova Guiné. Portanto, dentro dessa narrativa, temos Sem como o pai dos povos semitas, que são vistos como “nomeados” ou “escolhidos”. Jafé origina os povos europeus e germânicos, frequentemente associados à “luz” e ao “esplendor”. Já Cam e seus descendentes são ligados aos povos não brancos, marcados pela ideia de subjugação ou de estar “por baixo”. Essa divisão

mitológica reflete uma lógica hierárquica que foi utilizada para sustentar discursos racistas e de dominação (Roedel & Santos, 2020).

O discurso religioso, como forma de autorização, foi fundamental para justificar a escravização do povo africano. A partir de uma leitura distorcida da Bíblia, especialmente do trecho de Gênesis sobre a maldição de Cam, sustentou-se a ideia de que os descendentes de Cam seriam destinados à servidão, “os filhos dos seus filhos serão servos”. Essa teoria foi amplamente utilizada para legitimar a escravização dos africanos, um raciocínio que perdurou, sendo retomado ao longo da história, inclusive com o advento do Iluminismo, quando tentativas “científicas” passaram a justificar essa prática (Mills, 2014).

Essa justificativa estava ancorada no discurso ético-moral estruturado pela religião. Foi esse discurso religioso que deu respaldo à ideia de que esses sujeitos, considerados apartados de si, inconscientes ou inferiores, poderiam ser subjugados. É um ponto central para entender como a ética e a moralidade da época foram usadas como ferramentas de dominação e exclusão. Embora a escravidão já existisse em diversas sociedades, incluindo no continente Africano, essas sociedades não se organizavam exclusivamente em torno da escravização. Conforme Meillassoux (1991), a escravidão africana pré-colonial era integrada a sistemas sociais complexos, diferindo radicalmente da escravidão racializada imposta pelos europeus. A “mão de obra” escrava era utilizada para dominação e expansão territorial, mas a estrutura social, política e econômica dessas sociedades não dependia unicamente da escravidão.

Porém, quando observamos a expansão europeia e a escravização de pessoas negras, há uma mudança significativa nesse processo. A partir de uma justificativa

ideológica construída pelos europeus, a escravização de pessoas negras passa a ser central, não apenas como “mão de obra” para o trabalho, mas como o alicerce que organiza toda a sociedade. A escravidão se torna a base da organização social, determinando quem são os escravizados, os que dominam estes e as mobilidades sociais nessa relação de poder. Essa mudança implica em um processo de subalternização e desumanização das pessoas negras, que passa a moldar a estrutura social das colônias. Assim, a escravização não só sustentava a economia, como também definia as dinâmicas sociais e políticas dessas sociedades coloniais.

A escravidão, enquanto elemento histórico, sempre volta à discussão devido à sua complexidade e impacto duradouro nas estruturas sociais, políticas e econômicas. É fundamental compreender que, após o Iluminismo e o advento da modernidade, surgiram tentativas de justificar a escravização de pessoas negras por meio de argumentos que se pretendiam científicos, mas que, na realidade, eram profundamente ontológicos e ideológicos. Como destacou Mbembe (2018), a modernidade europeia construiu uma narrativa que associou a racialização dos corpos negros à inferioridade natural, legitimando práticas de dominação e exploração. No entanto, em um primeiro momento, a justificativa para a escravidão foi pautada em um discurso ético-moral estruturado pela religião. Conforme apontado por Santos (2002), a Igreja Católica desempenhou um papel central na legitimação da escravidão, utilizando argumentos teológicos para justificar a submissão de povos não cristãos.

Posteriormente, desenvolveu-se um segundo discurso, que afirmava que os povos africanos, considerados “selvagens” e distantes da civilização, necessitavam de dominação para que suas riquezas naturais pudessem ser exploradas e organizadas

adequadamente. Segundo essa lógica, esses povos, embora historicamente vinculados a seus territórios, não seriam suficientemente inteligentes ou capazes de administrar tais riquezas de forma produtiva. Essa ideia corrobora com o que Quijano (2005) denominou como “colonialidade do poder”, um sistema global de classificação social baseado na racialização e na hierarquização dos povos, que justificou a exploração colonial e a escravidão.

É importante situar essa discussão em um contexto mais amplo, sem reduzir a escravidão a uma única causa ou agente, como a Igreja Católica ou a religião. A escravidão é um processo histórico multifacetado, que já existia antes da colonização europeia. No entanto, a escravização de pessoas negras representou uma ruptura significativa nesse processo. Em muitas sociedades africanas, a escravidão era uma prática presente, mas não constituía a base única ou central da organização social, política e econômica. Como observado por Fanon (2008), nas sociedades africanas pré-coloniais, a escravidão coexistia com outras formas de trabalho e organização social, não sendo o eixo central da produção econômica. Nessas sociedades, a mão de obra escrava era utilizada como uma forma de dominação e expansão territorial, mas a produção econômica não dependia exclusivamente dela. Havia outras formas de trabalho e organização social que coexistiam com a escravidão.

O que distingue a escravização de pessoas negras no contexto da expansão europeia é a transformação radical no modo como a escravidão foi institucionalizada e justificada. A partir do século XV, a escravidão passou a ser alicerçada em uma ideologia que desumanizava os povos africanos, reduzindo-os a objetos de exploração e subalternidade. Essa justificativa ideológica, construída pelos europeus brancos,

permitiu que a escravidão se tornasse o eixo central da organização social e econômica nas colônias. Como argumentou Davis (2006), a escravidão moderna foi um sistema que reorganizou as relações sociais em torno da exploração racializada, criando uma estrutura de poder que perpetuou a desigualdade. A mão de obra escrava não apenas se tornou a principal forma de trabalho, mas também moldou as dinâmicas sociais, definindo hierarquias, mobilidades e relações de poder. A escravidão passou a determinar quem eram os escravos, quem eram os proprietários de escravos e como as sociedades coloniais se estruturavam em torno dessa relação de dominação.

Portanto, a escravização de pessoas negras no contexto colonial não foi apenas uma prática econômica, mas um sistema que reorganizou as sociedades em torno da exploração e da desumanização. Esse processo criou uma estrutura social profundamente marcada pela desigualdade e pela violência, cujos efeitos persistem até os dias atuais.

## **5.2 Um solo forjado entre lágrimas, sangue e suor: A formação social brasileira e a escravização de corpos pretos**

Podemos compreender que a escravização de povos africanos moldou e balizou o que chamamos de formação social no Brasil. A história brasileira, como é amplamente conhecida, mas que vale a pena retomar, foi marcada pela chegada de indivíduos que, de certa forma, foram “colocados à deriva” por Portugal. Ou seja, aqueles considerados indesejáveis na metrópole, como criminosos e outros sujeitos marginalizados, foram enviados para o Brasil. Essa prática contribuiu para a formação de uma sociedade colonial que, desde sua constituição, foi estruturada a partir de

hierarquias e exclusões. Conforme destacou Sérgio Buarque de Holanda (2016), em *Raízes do Brasil*, a colonização portuguesa no Brasil foi marcada por uma “cordialidade” aparente, que, na realidade, escondia profundas desigualdades e violências.

Além desses grupos, houve também aqueles que vieram ao Brasil com promessas de terras, como os donatários das capitanias hereditárias. Esses indivíduos, que hoje podem ser associados às elites políticas e econômicas do país, descendem diretamente dessas figuras que comandavam o cenário colonial. Outro grupo fundamental para a compreensão da formação social brasileira foram os padres jesuítas, responsáveis pela educação no período colonial. A Companhia de Jesus desempenhou um papel central não apenas na evangelização, como também na construção de discursos que, posteriormente, seriam considerados como os primeiros registros de reflexões psicológicas no Brasil. Um exemplo notável são os sermões do Padre Antônio Vieira, que, embora não sejam propriamente psicológicos no sentido contemporâneo, são frequentemente interpretados como os primeiros esboços de um pensamento que articula questões subjetivas e morais. Como destaca Figueiredo e Santi (2004), a psicologia, como campo de saber, está profundamente ligada ao contexto histórico e social em que emerge, o que explica a forma como esses discursos foram construídos e interpretados.

Retomando o processo de formação social, é importante destacar dois aspectos centrais. O primeiro diz respeito à presença de pessoas negras escravizadas no Brasil, africanos sequestrados de seus territórios de origem, pertencentes a diferentes etnias, culturas e línguas. Essa diversidade não foi acidental, mas sim uma estratégia de

dominação. Como aponta Nascimento (2016), ao retirar dos indivíduos escravizados a possibilidade de manter suas práticas culturais, ritos simbólicos e conexões com suas cosmologias, os colonizadores buscavam desestruturar suas identidades e, assim, facilitar o controle sobre eles. A desumanização e a desconstrução das subjetividades eram mecanismos essenciais para a perpetuação do sistema escravista.

A degradação cultural e a animalização do colonizado, como apontado por Césaire (1978), são mecanismos que reforçam essa dominação. Ao desumanizar o sujeito negro e associá-lo ao mal, ao errado e ao problemático, o colonizador justifica sua opressão e nega ao colonizado a possibilidade de se reconhecer como sujeito de sua própria história. Essa estratégia de dominação cultural e psicológica é corroborada por Stuart Hall (2003), que argumenta que a identidade é um processo construído socialmente e que a negação das identidades culturais é uma forma eficaz de opressão.

O segundo aspecto a ser destacado é a intencionalidade perversa de reunir, em um mesmo espaço, povos que, em seus territórios de origem, eram inimigos ou rivais. Essa estratégia visava impedir a formação de unidades de resistência, uma vez que a diversidade linguística, cultural e histórica dificultava a comunicação e a organização coletiva. A mistura forçada de povos e etnias durante o processo de escravização, como estratégia de dominação, também contribuiu para o apagamento das memórias coletivas, dificultando a preservação das identidades culturais e históricas.

Como observa Fanon (2008), a dominação colonial se sustenta não apenas pela violência física, mas também pela fragmentação das identidades e pela desarticulação das possibilidades de resistência. Ao colocar grupos rivais em uma mesma condição de

escravização, os colonizadores buscavam neutralizar qualquer tentativa de rebelião ou organização. Essa prática é analisada por Quijano (2005) como parte da “colonialidade do poder”, um sistema global de classificação social baseado na racialização e na hierarquização dos povos, que justificou a exploração colonial e a escravidão.

A escravidão, portanto, não foi um sistema ingênuo ou desorganizado. Pelo contrário, como toda política de extermínio e dominação, ela foi se complexificando e se sofisticando ao longo do tempo. Conforme argumenta Mbembe (2018), a escravidão moderna foi um sistema que se reinventou constantemente, adaptando-se às necessidades de controle e exploração do capitalismo colonial. Essa sofisticação permitiu que a escravidão se perpetuasse por séculos, deixando marcas profundas na estrutura social brasileira.

Para compreender a formação social, psíquica, subjetiva e imaginária da sociedade brasileira, é fundamental adentrar no conceito de colonialismo. A escravização de pessoas negras foi o pilar da economia colonial e estruturou a forma como a sociedade brasileira se organizou e se constituiu como nação. O colonialismo, portanto, é um conceito-chave para analisar não apenas a estruturação econômica, mas também as dinâmicas sociais, culturais e subjetivas que moldaram o Brasil ao longo da história. Como aponta Quijano (2005), o colonialismo não foi apenas um sistema de exploração econômica, mas também um projeto de dominação cultural e racial que redefiniu as relações de poder em escala global.

O fato é que a “civilização” dita “europeia”, a civilização “ocidental”, tal como a moldaram dois séculos de regime burguês, é incapaz de resolver os dois principais problemas aos quais sua existência deu origem: o problema do

proletariado e o problema colonial; que essa Europa, submetida ao crivo da “razão”, assim como ao crivo da “consciência” mostra-se indefesa ao se justificar; e que ela cada vez mais se refugia em uma hipocrisia tão mais odiosa por ser cada vez menos capaz de iludir. A Europa é indefensável (Césaire, 2022, p. 161).

Césaire (2022), em seus estudos sobre o colonialismo, argumenta que as violências coloniais não foram concebidas como violências, mas sim como um processo necessário para a expansão da modernidade e do progresso humano. Essa narrativa justificou a escravização e o extermínio de populações inteiras sob a alegação de que tais ações eram essenciais para o avanço científico, tecnológico e civilizatório. No entanto, como destaca o autor, essa é uma grande falácia. As populações europeias enriqueceram às custas da exploração colonial, enquanto as populações negras foram submetidas a todas as formas de violência imagináveis. A escravidão não apenas sustentou a economia colonial, como também perpetuou um sistema de dominação que se estendeu por gerações, já que os descendentes de escravizados continuaram a ser tratados como propriedade e mão de obra barata.

Aimé Césaire (2012) também chama a atenção para os efeitos estruturantes da colonização nas sociedades colonizadas. Ele afirma que o colonialismo moldou as relações econômicas e as estruturas sociais e subjetivas dessas sociedades. No caso do Brasil, por exemplo, a população majoritariamente negra e escravizada foi subjugada por uma ideologia que justificava a dominação como um ato de “salvação”. O mito do branco salvador, como analisa Fanon (2008), foi uma narrativa que legitimou a violência colonial ao apresentar o colonizador como um agente civilizatório,

responsável por trazer desenvolvimento e progresso para povos considerados “atrasados”. Essa ideologia, no entanto, escondia uma lógica de desumanização e extermínio, na qual a vida de populações colonizadas era relativizada em nome de um suposto bem maior.

Césaire (2012) faz uma comparação crucial ao relativizar as violências coloniais. Ele argumenta que, enquanto o Holocausto é amplamente reconhecido como um genocídio, as violências cometidas durante a colonização e a escravidão não são concebidas como tal. Isso ocorre porque as vítimas do colonialismo foram desumanizadas, transformadas em “não-humanos” que serviam como fundamento para a existência do “humano universal”, o sujeito branco europeu.

As ações de Hitler e do hitlerismo ao revelar ao mui distinto, muito humanista, mui cristão burguês do século XX, que ele carrega em si um Hitler recôndito, que Hitler o habita, que Hitler não é o crime em si, o crime contra o sr humano, não é a humilhação do ser humano em si, é o crime contra o ser humano branco, é a humilhação do ser humano branco e o fato de ter aplicado à Europa métodos colonialistas que até ali estavam reservados apenas aos árabes da Argélia, aos cules da Índia e aos negros da África. E é essa grande crítica que dirijo ao pseudo-humanismo: ter por tanto tempo encolhido os direitos humanos, deles ter tido, deles ainda ter uma concepção estreita e parcelada, partidária e parcial, e, em última análise, sordidamente racista (Césaire, 2022, p. 165).

Como afirma Sueli Carneiro (2005), para que o colonizador se reconhecesse como humano, era necessário que o colonizado fosse reduzido à condição de “não-ser”. Essa lógica de desumanização, além de justificar a escravidão, também

estruturou outras formas de violência, como o Holocausto e o genocídio de povos indígenas.

Além disso, Césaire (2022) destaca que o colonialismo produziu efeitos nocivos para as populações colonizadas e para os colonizadores. A banalização da violência e a naturalização da dominação colonial transformaram os colonizadores em sujeitos violentos, cuja subjetividade foi moldada pela lógica da barbárie. A condição do colonizado está situada em um lugar esvaziado de si mesmo. Esse esvaziamento não se refere à ausência de subjetividade, mas à privação imposta pelo processo colonial, que despoja o colonizado de sua memória, história e cultura.

De minha parte, se relembrei alguns detalhes desses hediondos massacres, não foi por satisfação mórbida, mas porque acho que dessas cabeças humanas, dessas colheitas de orelhas, dessas casas incendiadas, dessas invasões góticas, desse sangue que fumega, dessas cidades que evaporam ao fio da espada, não será assim tão facilmente que nos livraremos. Tudo isso prova que a colonização, repito, desumaniza até o ser humano mais civilizado; que a ação colonial, o empreendimento colonial, a conquista colonial, fundada no desprezo pelo nativo e justificada por esse desprezo, inevitavelmente tende a modificar quem a executa; que o colonizador, que para aliviar a própria consciência se acostuma a ver no outro o animal e se adentra para tratá-lo como animal, tende objetivamente a se converter ele próprio em animal. Era essa ação, esse impacto de recuo da colonização, que importava assinalar (Césaire, 2022, p. 39).

O colonizado, na diáspora, torna-se um estrangeiro em seu próprio contexto histórico e cultural, desenraizado de suas origens e impossibilitado de acessar suas referências identitárias. Essa condição de estrangeiridade, como aponta Lélia González (1984), pode ser analisada a partir de textos como *O Infamiliar*, que aborda a figura do estrangeiro como alguém que é, ao mesmo tempo, familiar e desconhecido. González utiliza essa perspectiva para discutir o racismo e a marginalização do sujeito negro, que é constantemente relegado a um lugar de alteridade e exclusão.

A condição de estrangeiridade do colonizado é também orquestrada na imposição de uma diluição social, da impossibilidade de reconhecimento cultural e identitário. Logo, a mestiçagem, opera como uma política concreta de produção da estrangeiridade, um mecanismo de apagamento, branqueamento. Construindo ou recriando as hierarquias raciais, mantendo o sujeito negro em um limbo de pertencimento negado.

### **5.3 Mestiçagem, branqueamento e a tentativa de uma “limpeza social”**

Há uma expressividade a ser considerada na dinâmica do processo escravista no Brasil, tanto na expressão numérica em relação a outros países onde a escravidão ocorreu, quanto no tempo e nos contornos desse processo no país. Nesse sentido, cabe salientar que o sistema escravista no Brasil se organizou estruturando a sociedade brasileira por mais de 400 anos, sendo um elemento constitutivo da dinâmica social brasileira, uma vez que instituiu a forma como a sociedade brasileira foi se formando ao longo dos anos (Moura, 1983).

O passado colonial e escravista do Brasil está profundamente enraizado na formação da nossa sociedade. Esse legado histórico integra a configuração do nosso capitalismo dependente e sustenta a divisão racial do trabalho, além de alimentar o racismo como mecanismo de dominação política sobre as camadas populares e as classes trabalhadoras (Costa, 2017).

A abolição formal da escravatura, em 1888, não representou o fim da dominação racial no Brasil. Entre os séculos XVI e XIX, desembarcaram nos portos brasileiros aproximadamente 4,5 milhões de africanos escravizados. O ápice desse tráfico ocorreu justamente nas décadas finais do regime escravista, em 1888 quando a Lei Áurea foi assinada, o Brasil tinha uma das maiores populações negras do mundo (Brasil, 1888). Pelo contrário, ela foi seguida por uma série de leis e políticas que perpetuaram a exclusão e a marginalização das populações negras. A primeira Lei Geral de Educação de 1827 (Lei nº. 1.331, de 15 de outubro de 1827) estabelecia a criação de escolas de primeiras letras no país todo, contudo, não assegurava ou versava sobre a realidade das pessoas negras escravizadas, tornando-se um mecanismo que definiu, ainda que não legalmente, quem tinha direito ao estudo, excluindo grande parte da população negra.

Já a Lei de Terras de 1850 (Lei nº. 601, de 18 de setembro de 1850) foi criada para regulamentar a propriedade das terras no Brasil. Ao estabelecer uma regulação da estrutura fundiária, foi promulgada no mesmo ano em que se proibiu o tráfico de escravos (Lei Eusébio de Queirós). Nesse contexto, a nova lei restringe as possibilidades de acesso à terra. Ao definir a compra como a única forma legítima de

aquisição de terras, a lei encerra o reconhecimento da posse, que havia sido instituído em 1822 pela Resolução de 17 de julho (Delgado, 2005).

E nesse sentido, faz-se necessário explicitar os motivos pelos quais a Lei de Terras foi uma estratégia perversa, embora eficaz, de construir um imaginário de democracia racial. No decorrer dos anos de escravização das pessoas pretas, aqueles que conseguiram fugir ou que foram alforriados, por vezes abrigavam-se na terra, desenvolviam agricultura, modos de sobrevivência, os quilombos são espaços materiais de resistência de uma população que conquistou liberdade. Contudo, embora sejam aqueles que trabalharam, cultivaram, desenvolveram modelos de organização social e resistência nesses territórios, quando a única forma de ser dono de terras no Brasil vincula-se a necessidade de compra, retira-se a possibilidade que os donos dessas terras reivindicassem sua posse.

Ao regulamentar o acesso à propriedade da terra, a Lei de Terras também auxiliou a perpetuação da colonização e a tecnologia do embranquecimento, utilizando o incentivo à imigração de trabalhadores europeus pobres para atuarem nas lavouras brasileiras (Silva, 2006).

O Código Penal de 1890 existe no Brasil antes mesmo de existir uma constituição. Ou seja, era necessário assegurar deveres e quais seriam os corpos, sujeitos e cultura não permitidos na república do que viabilizar direitos. Essa prática ainda nos acompanha na atualidade, vivemos em um projeto político e societário que prevê como única forma de gestão da segurança pública a criação e nomeação de agentes de segurança, policiais militares, civis, penais e relega a segurança pública a um combate da criminalidade. Mas não questiona a superlotação das penitenciárias, a

morosidade do judiciário para crimes considerados leves ou mesmo sobre a fatia de mercado que o encarceramento em massa produz para alguns setores da sociedade civil. Sem mencionar a escassez das condições básicas de vida digna ou como a criminalidade está intrinsicamente relacionada com esferas do poder público vide grupos de extermínio, milícias, comunidades terapêuticas e outros. A pretensa gestão da segurança pública, que não protege, restringe-se a construir um perfil de criminoso e armar agentes de segurança para perseguir e exterminar esses corpos. Ou seja, parece que de diversas maneiras repetimos o passado, um pouco mais sofisticado, mas como os mesmos alvos.

Logo, o código penal da época partia de uma compreensão de marginalidade e criminalidade profundamente atravessada pela figura do sujeito negro como criminoso. Entre os debates abolicionistas, ganhavam força teorias pseudocientíficas que afirmavam a “incapacidade” dos negros para o exercício da liberdade.

As teses racistas foram habilmente mobilizadas para substituir as correntes da senzala por novos mecanismos de dominação, agora fundamentados não no direito de propriedade, mas em supostas determinações biológicas. Elas estabeleciam uma hierarquia racial rígida, posicionando brancos e negros como grupos radicalmente distintos e defendiam que a mestiçagem, longe de ser uma característica nacional, representava um risco de “degeneração” da população.

Alicerçado em um discurso pretensamente científico, a elite política brasileira associava a população negra a indolência, propensão ao crime, incapacidade para o trabalho livre. Transformando questões sociais, que habitam o imaginário simbólico da branquitude da época, em fatos biológicos. Ou seja, se os problemas dos negros eram

naturais, também seriam imutáveis, justificando assim a impossibilidade de uma cidadania plena.

Essas teorias partiam do pressuposto de uma compreensão de que há diferenças ontológicas entre as raças e em consequência uma hierarquia racial. Onde os brancos ocupam a ponta da pirâmide social e os negros a base. A mestiçagem era vista como um fator de degeneração racial, pois, segundo os teóricos da época, a mistura de raças tão distintas resultaria em uma população física e moralmente inferior. Dessa forma, argumentava-se que os negros e seus descendentes não saberiam viver em liberdade, sendo naturalmente “preguiçosos”, “indisciplinados”, “criminosos” e propensos a vícios. Sem a escravidão para controlar seu comportamento, acreditava-se que eles representavam uma ameaça à ordem social.

As leis de higiene e moralidade no Brasil foram construídas com o objetivo de criminalizar os corpos e as práticas culturais das populações negras. A Lei de Vadiagem, de 1941, criminalizava práticas culturais negras, como a capoeira e as religiões de matriz africana, associando-as à vagabundagem e à criminalidade. Embora não fosse explicitado nessas leis o controle sobre os corpos negros, ao instituir uma lei partindo como premissa a criminalização da pobreza, definindo como vadio aqueles que não tem residência e trabalho fixo, aqueles que estão em situação de mendicância ou que vendem nas ruas ou promovem jogos para ganhar dinheiro, as leis visavam corpos específicos. Não só a população negra foi escravizada, açoitada e morta no decorrer dos anos, mas quando há uma falsa abolição da escravatura, que não tinha o objetivo de libertação, mas interesses econômicos e políticos, aqueles que já não tinham nada, tiveram regulamentado em lei a criminalização de suas possibilidades de

ter algo. Conforme o discurso do deputado McDowell em 1888, que justificava seu voto em favor de uma lei que impedisse a vadiagem:

Votei pela utilidade do projeto, convencido, como todos estamos, de que hoje, mais do que nunca, é preciso reprimir a vadição, a mendicidade desnecessária etc... Há o dever imperioso, por parte do Estado, de reprimir e opor um dique a todos os vícios que o liberto trouxe de seu antigo estado, e que não podia o efeito miraculoso de uma lei fazer desaparecer, porque a lei não pode, de um momento para outro, transformar o que está.

A lei produzirá os desejados efeitos, compelindo-se a população ociosa ao trabalho honesto, minorando-se o efeito desastroso que fatalmente se prevê como consequência da libertação de uma massa enorme de escravos, atirada no meio da sociedade civilizada, escravos sem estímulos para o bem, sem educação, sem os sentimentos nobres que só pode adquirir uma população livre. E, finalmente, será regulada a educação dos menores, que se tornarão instrumentos do trabalho inteligente, cidadãos morigerados, servindo de exemplo e edificação aos outros da mesma classe social (Brasil, 1888, p. 259).

As leis de moralidade tinham como objetivo um extermínio material e simbólico da população que naquele momento compunha majoritariamente a população brasileira. Documentários e estudos antropológicos, como os citados por Schwarcz (1993), mostram como os terreiros de candomblé eram alvos frequentes de batidas policiais, com objetos sagrados sendo confiscados e só devolvidos décadas depois, após intensa mobilização das comunidades tradicionais.

Essas características sociorraciais foram determinantes para que a população negra fosse reduzida à condição de trabalhador-mercadoria, submetida ao modo de produção escravista como sujeitos escravizados. A força de trabalho dos escravizados foi utilizada em diversas funções e espaços ocupacionais, como no extrativismo, na mineração, nos serviços domésticos nas cidades e nas casas-grandes, além do trabalho como escravos de ganho nos centros urbanos, entre outras atividades. De modo geral, o trabalho escravista é um elemento central na história social do trabalho no Brasil.

A abolição da escravatura não foi acompanhada por políticas de reparação ou inclusão social. Ao contrário, as populações negras foram lançadas à marginalidade, sem acesso a trabalho formal, terra ou educação. Enquanto imigrantes europeus recebiam terras e incentivos para a colonização, como no caso dos italianos e franceses, as populações negras foram excluídas desses processos, como destacado por Guimarães (1999). A população negra perde seu espaço no mercado de trabalho formal, o que resulta na instauração e perpetuação de uma condição de pobreza e miséria. Excluídos dos setores econômicos, aos negros foi relegada a ocupação em atividades marginais e informais, trabalhos precarizados. Essa marginalização reforçou ciclos de exclusão social e econômica, limitando as possibilidades de ascensão e integração plena na sociedade (Costa, 2017).

A exploração da força de trabalho dos escravizados no modo de produção escravista está na raiz da divisão racial do trabalho no país. A superação do escravismo e a transição do trabalhador escravizado para o trabalhador livre ocorreram em uma sociedade onde o racismo se consolidou como um fator estruturante das

divisões de classe. Isso permitiu a marginalização e a exclusão da população negra do mercado de trabalho formal e assalariado, relegando-a a ocupações de subsistência e informais, o que reflete as desigualdades raciais que persistem até hoje (Moura, 2020).

Essa dinâmica pode ser compreendida à luz da teoria do “contrato racial”, proposta por Charles Mills (1997). O autor afirma que o contrato social, tal como formulado pelos teóricos clássicos, funcionou, na prática, como um contrato racial, estabelecendo uma hierarquia global baseada na supremacia branca. No contexto brasileiro, é possível observar que o sistema escravista e as estruturas sociais que se consolidaram após a abolição operaram como um contrato racial informal. Nesse acordo tácito, a branquitude foi associada ao poder e ao acesso pleno à cidadania, enquanto a população negra foi sistematicamente excluída dos direitos básicos e relegada a uma condição de subalternidade. A divisão racial do trabalho e a marginalização da população negra no período pós-abolição são exemplos de como esse contrato racial se materializou no Brasil (Mills, 1997).

O racismo no Brasil explicita uma eficácia assustadora comparado aos modelos de segregação dos Estados Unidos e da África do Sul. Enquanto esses países institucionalizaram o racismo por meio de leis, no Brasil, ausência de legislação racializada serviu como mecanismo de exclusão. A falácia da “igualdade perante a lei” instituída pela República, construiu uma fantasia de que se todos são formalmente iguais, quem não “progride” só pode culpar a si mesmo. Essa igualdade abstrata mascara os dispositivos concretos que negam cidadania plena à população negra.

Logo, a herança escravocrata, estruturada no conceito de raças, instituiu uma hierarquização dos corpos e sujeitos. Isso é evidenciado pela tese lusotropicalista e

pela ideologia da mestiçagem, que foram constitutivas para a formulação da chamada democracia racial. A democracia racial, ideologia da mestiçagem, teve grande influência do livro *Casa grande e senzala: A formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal* (Freyre, 2001), constituindo-se como proposta de dominação e controle. Essa ideologia se estruturou também no discurso de “melhorar” a aparência do país.

Construída com respaldo “científico”, propunha medidas políticas para a manutenção da colonialidade. Segundo Freyre (2001), a miscigenação entre os povos indígenas, portugueses e africanos escravizados constituiria a “riqueza” da sociedade brasileira. No entanto, embora o livro seja um documento histórico importante por contextualizar a forma de constituição e organização social da época, bem como as estratégias sofisticadas dos colonizadores para perpetuar a dominação, ele furtou-se de salientar a miscigenação como uma estratégia de extermínio, violência exercida através do estupro de mulheres indígenas e negras:

Com relação ao Brasil, que o diga o ditado: “Branca para casar, mulata para f..., negra para trabalhar”; ditado em que se sente, ao lado do convencionalismo social da superioridade da mulher branca e da inferioridade da preta, a preferência sexual pela mulata. Aliás o nosso lirismo amoroso não revela outra tendência senão a glorificação da mulata, da cabocla, da morena celebrada pela beleza dos seus olhos, pela alvura dos seus dentes, pelos seus dengues, quindins e embelegos muito mais do que as “virgens pálidas” e as “louras donzelas” (Freyre, 2000, p. 36).

Dessa forma, desenvolveu-se como uma ideologia de dominação, que operava diretamente nos valores e potencialidades da população negra (Silva, 2007). As contradições vividas durante o período escravista foram fundamentais para o processo de dominação no Brasil, marcado por uma estrutura hierárquica que moldou as condições de vida e as relações desiguais entre os dominantes (brancos) e os dominados (negros). Essa dinâmica repleta de conflitos e tensões foi impulsionada por diversas formas de resistência dos escravizados, grupo central da sociedade escravista brasileira (Moura, 2020).

Esses embates contradizem a visão de Gilberto Freyre, que defendia a ideia de relações harmoniosas entre as classes antagônicas. Moura, por sua vez, critica a tendência neoliberal de minimizar o conflito e atribuir à classe escravizada uma postura de acomodação, criando uma narrativa em que a convivência com os senhores seria resultado de um pacto ou acordo implícito, no qual as contradições seriam assimiladas e substituídas por uma relação estável e consensual, ainda que não plenamente harmoniosa (Moura, 2020).

A estratégia de branqueamento foi defendida inclusive por homens considerados abolicionistas, que apoiavam o fim da escravidão enxergando as pessoas negras com inferioridade. No entanto, sustentavam a posição de que era necessária uma limpeza social para o desenvolvimento do país, sendo a abolição uma oportunidade para que o sangue caucasiano, com sua vivacidade e saúde, fosse absorvido pela sociedade, promovendo o embranquecimento do povo brasileiro (Corrêa, 2001).

A ideia de que o “problema” racial no Brasil seria resolvido pela mestiçagem, uma vez que o sangue branco purificaria o sangue negro, constitui a ideologia do

branqueamento. Essa ideologia representa a tentativa da branquitude, classe branca brasileira dominante, de embranquecer a população e manter-se na posição de poder estabelecida pela colonização. Logo, a ideologia da mestiçagem não só constitui subjetivamente uma posição de superioridade para pessoas brancas e inferioridade para não brancos, como operacionalizou-se subjetivando a dominação e violência como balizadores das relações sociais, naturalizando a animalização dos corpos não brancos e construindo uma posição de ocultamento das violências.

Dessa forma, a compreensão das questões raciais incide nos processos de subjetivação e perpassa a historicidade das trajetórias que circundam a identidade negra. Assim, pensar o significado de raça no contexto histórico, social e cultural de uma sociedade é fundamental para compreender os processos de constituição subjetiva dos sujeitos negros. Em um país cuja gênese tem como fundamento o tráfico negreiro, a escravidão e o regime servil, esta é uma tarefa que exige deslocamento de escuta. Faz-se necessário subverter a forma como a história do país foi enunciada, escutar aqueles que não foram ouvidos no processo histórico, que tiveram seus discursos subalternizados, considerando o impacto do racismo na constituição de suas enunciações e nas relações que estes vão estabelecer socialmente.

O que se busca trazer com essa reflexão é a compreensão de como aparatos legais, organizacionais e, em alguns casos, até estatais, foram e são utilizados para sustentar processos de dominação e colonização. Perpassando por como esses mecanismos contribuíram para a criação e perpetuação do conceito de raça e, conseqüentemente, do racismo. É fundamental parar de incluir-se passivamente nessa

história e, em vez disso, buscar entender como todo esse cenário histórico produziu o que se chama de raça e racismo.

Entende-se que o conceito de raça, como é conhecido hoje, não tem base biológica. Na verdade, a raça humana, do ponto de vista biológico, não existe, como já foi amplamente discutido. No entanto, o conceito de raça foi construído social e cientificamente para estabelecer diferenças e hierarquias entre grupos humanos. Percebe-se que essa construção foi reforçada por discursos pseudocientíficos, como a radiologia e a antropologia criminal, que buscavam associar características físicas, como o formato do crânio ou a densidade óssea, a comportamentos criminosos ou inferiores (Schwarcz, 1993). A antropologia criminal, influenciada por teóricos como Lombroso (2013), contribuiu para essa lógica, ao associar características físicas a comportamentos criminosos, como base para justificar a criminalização de grupos racializados, especialmente pessoas negras. Ao tomar o grupo sobre o indivíduo, essa lógica ignora as particularidades e reforça a ideia de que certos grupos são intrinsecamente perigosos. Essa operação de poder, que generaliza e hierarquiza, é o que sustenta o racismo como um sistema de dominação e violência. Esses discursos, aliados ao poder ideológico da Igreja como aparelho de controle social, foram eficazes em criar e sustentar a ideia de que certos grupos, especialmente pessoas negras, eram inferiores, menos pensantes ou propensos à criminalidade (Almeida, 2018).

A hierarquização das diferenças, baseada em conceitos pseudocientíficos, serviu para estruturar uma sociedade racializada, na qual a diferença racial foi utilizada como justificativa para a dominação e a violência. Percebe-se que, ao atribuir signos de inferioridade a determinados grupos, criou-se uma valoração que estabeleceu alguns

como mais humanos e outros como menos humanos, como destacou Mbembe (2014) em suas reflexões sobre a desumanização. Essa operação de poder, que hierarquiza e valora as diferenças, é a base do racismo. Entende-se o racismo como um sistema de poder que se estrutura na valoração das diferenças, justificando a inferioridade de alguns sujeitos e, conseqüentemente, a violação de seus direitos, conforme discutido por Almeida (2018). Essa lógica sustenta a ideia de que certos grupos são menos humanos, mais perigosos ou criminosos em potencial. O racismo não é acidente, mas condição funcional do sistema, permitindo assim que o Estado classifique quais vidas merecem proteção e quais podem ser descartadas. Enquanto o biopoder assegura vitalismo para alguns grupos, ele autoriza, por ação e omissão, o extermínio de outros. Os números de mortalidade da população negra no Brasil escancaram essa realidade, os corpos negros são alvos preferenciais das balas. Essa seletividade racializada dão notícias da relação entre racismo e biopoder, tecnologias que, articuladas, produzem hierarquias de humanidade.

O racismo por denegação, como exposto por González (2019), leva à compreensão de que o negro, e tudo que se associa a ele, seria o “resto”, aquilo que não se quer incorporar, algo a ser rejeitado e desprezado. Daí o racismo fica excluído da compreensão e mantém as relações sociais de dominação. Uma hegemonia branca que articula, simbólica e politicamente, as estratégias para que as pessoas negras se neguem a si mesmas, como uma condição para serem aceitas em uma nova organização social.

Essa lógica de negação do negro como “resto” fica intimamente entrelaçada aos mecanismos do biopoder ou do necropoder. Enquanto o Estado racializado “deixa

morrer” corpos negros através de políticas genocidas, a hegemonia branca exige que pessoas negras renunciem a si mesmas para acessar direitos mínimos. Ou seja, há um necropoder que opera simbólico e materialmente.

O racismo por denegação não é apenas simbólico, mas estruturalmente funcional. Ele alimenta a fantasia de que a violência é um “acidente”, enquanto legitima a hierarquia que sustenta o deixar viver e fazer morrer. Assim, anulação imposta às subjetividades negras e o extermínio material de corpos fazem a manutenção de uma ordem (González, 2019, p. xx).

#### **5.4 Necropoder, racismo e subjetivação**

O lugar social destinado às pessoas negras no Brasil e a compreensão sobre esses corpos, vivências e trajetórias, estão atravessados por um projeto societário que tem, desde a construção desse país, o extermínio sistemático desses sujeitos como objetivo. Mbembe (2014) e Bento (2018), ao discutirem a responsabilidade do Estado na manutenção da vida, caracterizam como necropolítica as técnicas sistemáticas desenvolvidas e perpetradas pelo mesmo, racionalmente, para provocar a morte e fazer desaparecer uma população. Nesse cenário, o lugar social destinado às pessoas negras implica modos de subjetivação sustentados na negação de sua humanidade e na impossibilidade de reconhecimento de si (Quijano, 2005).

Nesse sentido, para pensar os contornos do racismo e necropoder nos processos de subjetivação, faz-se necessário retomar a gênese da constituição do Brasil, o sequestro e dominação das pessoas negras escravizadas, a colonização. A escravidão é uma negação sistemática da humanidade, uma estratégia de poder em

que os sujeitos africanos e aqueles que descendem destes não são considerados humanos, são animalizados, coisificados. A desumanização desses corpos sustenta-se em uma concepção, ideia de universalidade, calcada na figura do homem branco como materialidade do universal.

Os impactos desse período histórico são constituintes, estruturais e incidem nas relações sociais e nas subjetividades dos grupos. Ao tomar a Europa como centro do mundo e o homem branco como modelo universal, a criação do conceito de raça é o artifício que sustenta e valida a dominação dos colonizadores sobre os povos colonizados. Esse modelo de universalidade foi estruturante dos processos de dominação e extermínio de toda população que escapasse da noção “universal” de humano (Quijano, 2005).

Sendo assim, o Estado é forjado em uma história de colonização, que não se encerrou com a abolição da escravatura, tornando-se imprescindível analisar as técnicas que hierarquizam e distribuem os corpos e suas possíveis humanidades. O exercício de elencar quais corpos e humanidades serão validadas, logo, passíveis de existir, e quais serão desumanizadas, logo, exterminadas, constitui-se como fundamental para compreender os impactos do racismo (Almeida, 2017).

Quando analisamos a história, fica perceptível que a disciplina e o extermínio não se contradizem complementam-se. O dispositivo racial, ao associar-se ao biopoder, otimiza sua função, enquanto a racionalidade científica legitima a inferiorização, o Estado opera a materialidade da morte. O Estado cria a concepção de homeostase social porque elimina os corpos que julga ameaçadores à sua ordem.

González (2019), ao pensar as estratégias de racismo nos países latino-americanos, enfatiza a experiência prática dos sujeitos como um processo de denegação, fenômeno que ocorre de forma distinta em países de origem anglo-saxônica, germânica e holandesa, onde há uma concepção de negritude vinculada ao sangue, ancestralidade, considerando os sujeitos como negros pelo fato de terem sangue “negro” correndo em suas veias. Assim, por exemplo, no Brasil, o racismo configura-se como processo denegado, uma estruturação no campo do imaginário social que tem como objetivo criar a ideia de uma homeostase social, em que a busca do sujeito por se aproximar de um ideal branco configura-se como algo individual. Há uma recusa de reconhecimento da existência do racismo, o que resulta em uma violência psicológica perpetrada subjetivamente, submetendo sujeitos negros a situações de subordinação através da hierarquização das diferenças e da denegação da colonialidade (González, 2019; Maldonado-Torres, 2016; Quijano, 2005).

Logo, os processos de subjetivação da população negra no Brasil e o reconhecimento das identidades envolvem um movimento de reconhecimento do grupo étnico-racial, do processo histórico, cultural e das relações estabelecidas no contato com os outros. Dessa forma, conceituar o que são identidades negras pressupõe compreendê-las como um processo que extrapola as questões genotípicas e fenotípicas, mas uma identificação dos sujeitos com sua cor de pele negra, traços físicos e ancestralidade, a produção de sentidos singulares em que as pessoas negras se identificam (Alves, 2021; Schucman, 2010).

Reconhecer-se negro diz respeito a uma posição política e ideológica, tendo em vista as ideologias da mestiçagem e branqueamento que foram empreendidas no

Brasil. A estratégia de branqueamento sustentava-se na posição de que era necessária uma limpeza social para o desenvolvimento do país, dessa forma, a abolição seria uma oportunidade para que o sangue caucasiano fosse absorvido pela sociedade a fim de embranquecer o povo brasileiro (Corrêa, 2001). Configurou-se como uma estratégia de dominação que possibilita a manutenção das posições de poder estabelecidas pela colonização, mantendo o exercício diário de dominação, através da hierarquização das raças (Alves, 2021; Quijano, 2005).

Conforme concebido por Carneiro (2023), as relações raciais no Brasil constituem um campo de saber, um espaço onde se articulam conhecimento, poder e processos de subjetivação. Como campo de saber, esse dispositivo opera como uma máquina de produção discursiva, impulsionada pela vontade de conhecer. No contexto da racialidade moderna, essa dinâmica teve (e ainda tem) como objetivo central classificar e definir o “Outro”, uma figura construída pelo projeto colonial. A segunda dimensão desse dispositivo é a constituição de um domínio de poder, que se reproduz com base nas racionalidades e hierarquias legitimadas por esses saberes.

González (2019), ao construir o conceito de racismo por denegação, afirma que o negro, e tudo que se associa a ele, seria considerado como resto, aquilo que não se quer incorporar, na subjetividade, na cultura, nas relações, algo a ser rejeitado, desprezado. Uma ideologia que fica excluída da cadeia simbólica, não é compreendida subjetivamente e, em consequência, é negada socialmente, embora se estruture na dinâmica das relações e faça a manutenção da dominação. Sendo a raça uma característica utilizada como forma de classificação e hierarquização dos sujeitos, um instrumento de dominação mediador das relações, um sustentáculo para a relação de

dominantes e dominados. Este conceito articula-se como princípio de dominação, uma vez que o colonialismo instituiu a Europa como centro do mundo, poder hegemônico, e as populações colonizadas, que possuíam características diferentes, foram subalternizadas, excluídas do conceito de humano (Mbembe, 2014; Quijano, 2005).

Dessa forma, cabe considerar que uma hegemonia branca articula, subjetiva e politicamente, através da ideia de hierarquização das raças, estratégias para que as pessoas negras neguem a si mesmas, a negação de si mesmo torna-se uma condição de sobrevivência, que perpassa a subjetivação. Uma vez que os sujeitos negros são sistematicamente violentados e inferiorizados, em face da exaltação da branquitude, esses passam a se inferiorizar, subjetivando sua existência, características e cultura como inferiores. A dominação é subjetivada como normal, há uma naturalização do não reconhecimento de si, esses sujeitos não podem identificar-se com suas características (Alves, 2021; Quijano, 2005).

A memória é sustentáculo central nesse cenário. Kilomba (2019), em *Memórias da Plantação*, desenvolve o conceito de “fantasma” a partir da psicanálise, argumentando que o colonizado não consegue enterrar seus mortos simbolicamente, pois não tem acesso às suas memórias coletivas e históricas. Essa impossibilidade de elaborar o luto, tanto individual quanto socialmente, gera uma subjetividade marcada pela presença de fantasmas que assombram a identidade do colonizado. Kilomba afirma que a negação do direito à memória é uma estratégia colonial que perpetua a dominação, pois impede que o sujeito colonizado reconstrua sua ancestralidade e, conseqüentemente, sua projeção de futuro. No que concerne à forma como a sociedade brasileira lidou com seu passado escravista, observa-se não apenas a

dificuldade de acesso à própria memória histórica, mas também a resistência em reconhecer os crimes desse período.

A relativização colonial, como discutido por Césaire (1978), é um fenômeno que se manifesta na tentativa de subverter a memória coletiva, há uma tendência social em minimizar ou esquecer os horrores da escravidão e da colonização, relegando-os a um passado distante e desconectado do presente. Essa relativização contribui para a manutenção das estruturas de dominação, pois impede que o colonizado reconheça e enfrente as violências históricas que o constituíram.

Um exemplo prático dessa degradação da memória pode ser observado na nomeação de descendentes de pessoas escravizadas, que muitas vezes carregam sobrenomes associados aos senhores de escravos. Esses nomes, que deveriam representar a ancestralidade e a identidade familiar, tornam-se marcas da dominação colonial, perpetuando a subjugação simbólica do colonizado.

A condição de estrangeiro, portanto, é uma marca indelével do colonizado, que nunca pertence plenamente ao contexto em que está inserido. Essa marginalização é reforçada por mecanismos culturais, sociais e políticos que negam ao colonizado o direito à memória, à ancestralidade e à identidade. Como aponta González (1984), o racismo e a colonialidade se sustentam nessa degradação da cultura e da história do sujeito colonizado, que é constantemente relegado a um lugar de exclusão e alteridade.

O que se busca trazer com essa reflexão é a compreensão de como aparatos legais, organizacionais, estatais e simbólicos, foram e são utilizados para sustentar processos de dominação e colonização. O objetivo é entender como esses

mecanismos contribuíram para a criação e perpetuação do conceito de raça e, conseqüentemente, do racismo.

Há um processo histórico de negação, inferiorização e aniquilamento da população negra que se inicia por meio da colonização, mas perpetua-se nas relações sociais e estratégias de controle do Estado. Os corpos, características e cultura dessa população foram negados, e o branqueamento foi naturalizado como possibilidade de existência em um mundo que se constitui para o homem branco. O conceito de raça e racismo foram fundamentais para a perpetuação da dominação, pois colocam os sujeitos negros como responsáveis pelo racismo que sofrem, pela negação histórica que foi subjetivada e reproduzida como natura (Fanon, 2020; Ortegá, 2018).

Observa-se que um dos mecanismos importantes para a perpetuação do racismo é a generalização, a sub-representação e a hiper representação de pessoas negras. A generalização ocorre quando se toma o indivíduo pelo grupo, atribuindo características de um a todos, como bem explicou Fanon (2008) ao discutir a objetificação do sujeito negro. A generalização ignora a individualidade e constrói a ideia de que um grupo é uma representação geral do indivíduo.

A generalização do grupo sobre o indivíduo ocorre quando características ou ações de um indivíduo são atribuídas a todo o grupo ao qual ele pertence, ignorando-se as particularidades e nuances de cada pessoa. Esse mecanismo é um dos pilares que sustentam a estrutura do racismo, juntamente com a sub-representação e a hiper-representação de pessoas negras.

No que diz respeito à sub-representação positiva, observa-se que as contribuições históricas, culturais e científicas das populações negras são

sistematicamente apagadas ou minimizadas. Não se costuma destacar que as populações negras escravizadas possuíam conhecimentos complexos e organizações sociais avançadas, nem que trouxeram contribuições significativas. Da mesma forma, ignora-se a existência de uma filosofia negra, que é sistematicamente organizada e possui uma longa tradição. Essa sub-representação positiva reflete-se na negação da humanidade e das potencialidades das pessoas negras, reforçando estereótipos que as colocam em posições de inferioridade.

Por outro lado, a hiper representação de pessoas negras ocorre em contextos negativos, como na associação com a criminalidade, na superlotação do sistema carcerário e na construção de uma imagem de perigo ou ameaça. Essa hiper representação é violentamente reforçada pela mídia, pelos sistemas de justiça e pelo imaginário social, que retratam as pessoas negras como corpos dóceis, passíveis de dominação, violação e captura. Essa dualidade entre sub-representação positiva e hiper representação negativa estrutura a operação de poder que sustenta o racismo, como apontado por autores como Almeida (2018) e Mbembe (2014).

## **6 Homossexualidade e masculinidades: (im)Possibilidades e lugares**

*“E tão próximos que um podia sentir o cheiro do outro:*

*o de Raul, flor murcha, gaveta fechada;*

*o de Saul, colônia de barba, talco”.*

(Aqueles Dois – Caio F. Abreu)

Neste capítulo, abordarei as teorias sobre masculinidades negras, explorando como raça, gênero e sexualidade se interseccionam e produzem formas de marginalização. Utilizarei os trabalhos de bell hooks, Patricia Hill Collins e Robert Connell e James Messerschmidt para discutir como as masculinidades negras são construídas em oposição às masculinidades hegemônicas brancas. Partindo do conceito de interseccionalidade, busco compreender como esses marcadores sociais impactam as experiências de saúde dos homens negros gays, destacando a dupla impossibilidade de existência que esses indivíduos enfrentam.

### **6.1 Sexualidade, homossexualidade a produção subjetiva**

Antes de iniciar uma discussão sobre a homossexualidade, é fundamental compreender as questões referentes a sexualidade e como esta foi compreendida no correr histórico. O que me faz buscar Foucault (2021) e sua construção sobre o conceito de “dispositivo da sexualidade”. Como apresentado, é por meio desse dispositivo que a sexualidade é produzida, organizada e disciplinada.

Ao construir o conceito de dispositivo, Foucault (2014) buscou marcar o que considera como um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas

administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Ou seja, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. É o dispositivo e ele mesmo a rede que se estabelece entre esses elementos. Ele se configura como uma trama, uma rede de relações que se estabelece entre esses elementos.

Dessa maneira, pode-se compreender o dispositivo da sexualidade como um conjunto de práticas discursivas que têm o objetivo de controlar as experiências e os saberes sobre a sexualidade. O dispositivo pode ser entendido como uma estrutura que, em um dado momento histórico, tem a função principal de responder a uma necessidade. Ou seja, em diferentes períodos, a partir de contextos diversos, surgem discursos e práticas que buscam atender às exigências sociais, políticas ou morais. Ao definir sob a ótica da moralidade aquilo que deve ser praticado, incide na constituição subjetiva dos sujeitos e nas possibilidades de um saber/viver sobre o próprio corpo e sobre as formas de prazer.

Ao começar a analisar os dispositivos de produção da sexualidade, Foucault (2021) percebeu que o sexo, e por extensão a própria vida, tornaram-se focos principais da ação de um poder disciplinar. Esse poder não se limitava a regular comportamentos individuais, mas visava normatizar a conduta da espécie humana, além de controlar, manipular, incentivar e monitorar microfenômenos, como as taxas de natalidade e mortalidade, as condições sanitárias das grandes cidades, o fluxo de infecções e contaminações, a duração e as condições da vida, entre outros.

A proposta de apresentar uma história da sexualidade nos últimos três séculos destaca a repressão do discurso sobre o sexo, ao mesmo tempo em que surge a propagação de discursos que resultam na criação de uma ciência sexual (*scientia*

*sexualis*). Essa ciência vai, gradualmente, diversificar e condenar as formas de sexualidades consideradas não naturais. Além disso, desenvolve-se uma nova concepção de poder, que passa a ser associada à repressão, mas que também exerce uma provocação disfarçada. Ao final, tenta-se libertar o sexo, ou a ideia que fazemos dele, da opressiva escravização social, revelando que essa tentativa nada mais é do que um mecanismo de poder astuto, destinado a nos prender em sua própria trama.

A partir do século XIX, o objetivo deixou de ser apenas disciplinar as condutas, passando a ser também a implementação de uma gestão planejada da vida das populações. As proibições, o poder repressivo e a produção subjetiva dos discursos são campos investigativos que receberam contribuições fundamentais de Foucault (2021). Ao analisar como o poder, exercido sobre a loucura e a sexualidade, elevou certos discursos ao status de verdade, Foucault (2021) examinou a psiquiatria e a sexologia ao longo da história.

Através da imagem da moral vitoriana, Foucault (2001) inicia sua análise, destacando uma sociedade que, desde meados do século XVIII, vivia a sexualidade permeada por hipocrisia, silêncio e restrições. O modelo de família conjugal promovia o silêncio e limitava-se à função reprodutiva, com o único objetivo de procriação. Tudo que escapava desse modelo era negado e relegado ao estado de não-dito. As sexualidades consideradas “erradas” eram desmoralizadas e atribuídas a espaços que gerassem retorno econômico, em uma época de Revolução Industrial, onde a mão de obra era amplamente explorada e não se deveria gastar energia com prazeres.

Foucault (2021) compreendia que, nas sociedades ocidentais, ao longo dos séculos, o sexo foi vinculado à busca da verdade, especialmente a partir do

cristianismo. A prática da confissão e o exame da consciência centralizaram a sexualidade na vida das pessoas. Nas sociedades cristãs, o sexo passou a ser algo que deveria ser examinado, vigiado, confessado e transformado em discurso. Podia-se falar sobre sexualidade, mas apenas para restringi-la. Seu foco estava em entender os mecanismos que, ao moldar a sexualidade de uma certa maneira, provocam efeitos de repressão e sofrimento.

Então, Foucault (2021) propõe a sexualidade como um conjunto de efeitos produzidos nos corpos, comportamentos e relações sociais, gerados por um dispositivo inserido em uma tecnologia política complexa. A difusão desse dispositivo resulta em uma separação de classes, pois o elemento repressor interfere na organização social de maneira a criar distinções entre diferentes grupos. A sexualidade, portanto, é uma construção que envolve não apenas questões morais e éticas, mas também técnicas e práticas, relacionadas ao cuidado de si.

Essa construção da sexualidade, como observada por Foucault (2021), é mediada por jogos de verdade e regras de conduta, refletindo uma constante interação entre normas sociais e práticas individuais. Para os gregos antigos, o ato sexual era visto de maneira positiva, integrado ao conceito de prazer e equilíbrio. Já para os cristãos, a sexualidade passou a ser associada ao pecado e à moralidade, levando à exclusão de atitudes consideradas desviantes, como a infidelidade, a homossexualidade e a falta de castidade. Assim, a partir dessa visão cristã, surgiu um discurso que pregava a abstinência, a rigidez moral e o respeito à interdição, sujeitando o indivíduo a uma disciplina baseada nos preceitos cristãos sobre o sexo.

Foucault (2014) buscou pensar a temática a partir de três pontos.

Primeiramente, questionou as práticas discursivas e como os conhecimentos se formaram e evoluíram, desde os estudos sobre reprodução até os aspectos comportamentais. Em seguida, analisou os sistemas de poder que regulam as práticas sexuais, estabelecendo regras e normas sustentadas por instituições como as educacionais, médicas, religiosas e judiciárias. Por fim, interpretou como os indivíduos passam a avaliar suas próprias condutas, sentimentos, sensações e prazeres, reconhecendo-se como sujeitos desse campo de estudo, a sexualidade.

Na Grécia Antiga, a homossexualidade era amplamente aceita e fazia parte de rituais de formação, nos quais mestres e seus discípulos se envolviam em práticas sexuais em busca de sabedoria (Foucault, 2007). Nesse contexto, as práticas de cuidado de si, que Foucault (2007) descreve, estavam profundamente ligadas ao corpo e à atenção voltada para ele, influenciando diretamente as práticas sexuais. Ao contrário das instituições de controle que surgiram na Idade Média, como a Igreja no século IV, os gregos não possuíam uma estrutura repressiva, mas uma concepção mais livre e natural da sexualidade.

Na sociedade grega, os homens podiam escolher livremente seus parceiros sexuais, independentemente do gênero, já que a homossexualidade era legalmente permitida e amplamente aceita. A única restrição social dizia respeito aos relacionamentos entre homens de idades muito distintas, pois a passividade sexual em um homem adulto era malvista, dado que ele deveria já possuir uma formação moral e sexual. A homossexualidade tinha um papel importante na pedagogia, sendo parte da relação entre o mestre, mais experiente e sábio, e o aprendiz. Dentro da sociedade, a

homossexualidade estava também ligada à corte, caracterizando-se como uma relação de amor aberta, sem a regulação de uma instituição. Já o casamento era visto como algo restrito e menos nobre, comparado a essas relações mais fluidas e pessoais.

Ao explorar o conceito de moral, Foucault (2001) propõe duas possíveis interpretações: a moral como um conjunto de regras e valores de conduta apresentados aos indivíduos por meio de diferentes dispositivos prescritivos, e o comportamento real dos indivíduos em relação a essas regras e valores impostos. Embora exista uma tensão entre essas duas abordagens, há também uma semelhança, que é a necessidade de um modo de conduzir-se. Nesse contexto, as práticas assumem grande relevância, pois colocam o sujeito moral como responsável por suas próprias ações, independentemente da instituição à qual pertença.

Essa influência atinge todos os indivíduos, independentemente de serem heterossexuais ou homossexuais. A concepção de sexualidade adotada segue um modelo fálico, no qual o prazer sexual está intimamente relacionado ao ato sexual, especialmente à penetração. O dispositivo da sexualidade exerce um poder e sustenta-se por este poder, capaz de atribuir ao sexo uma verdade sobre o indivíduo, pois, por meio dele, é possível acessar as profundezas do ser.

É no âmbito do dispositivo da sexualidade que a homossexualidade é historicamente construída. Foi por volta de 1870 que as ciências médicas começaram a tratá-la como um objeto de análise, marcando o início de uma série de intervenções e novos controles. Simultaneamente ao crescente interesse médico pela homossexualidade, começaram a surgir, dos próprios sujeitos homossexuais, formas

de expor sua realidade e a verdade sob sua própria perspectiva, recontando suas histórias.

Logo, esses sujeitos passaram a ver essa análise de seus desejos como um desafio, reagindo com resistência e criando outros discursos sobre si mesmos, especialmente por meio da literatura. Essa resistência é fundamental para a afirmação dos movimentos homossexuais, mas de uma forma que não se alinhe com a institucionalização imposta pelo dispositivo da sexualidade.

Contudo, se o corpo e a sexualidade se rebelam por meio de sua própria exposição, ampliando e reconstruindo os discursos sobre o sexo e sobrecarregando a sociedade com uma sexualidade excessiva, o poder retorna e ajusta essa resistência aos seus próprios discursos. Como um “contra-efeito”, o discurso da liberdade sexual é cooptado, torna-se mercadoria e passa a ser consumido, lucrando-se com o que anteriormente era um discurso de revolta (Foucault, 2001).

A homossexualidade, dentro da tradição judaico-cristã ocidental, historicamente foi e em certa medida ainda é considerada um “pecado abominável”, um ato criminoso ou uma transgressão moral (Mott, 2003). Essa percepção enraizada ajuda a explicar a persistência do preconceito e da violência contra pessoas LGBTQIA+ na sociedade brasileira.

Logo, me parece fundamental compreender que as sexualidades não podem ser reduzidas a categorias rígidas ou analisadas como sistemas fechados e homogêneos. Como destaca Parker (2002), não faz sentido interpretá-las a partir de modelos estáticos e pré-determinados, como se fossem entidades isoladas, passíveis de comparação ou enquadramento em padrões fixos. Pelo contrário, as identidades e

práticas sexuais são fluidas, dinâmicas e profundamente marcadas por contextos sociais e históricos.

Essa visão desafia a ideia de que a diversidade sexual pode ser simplesmente catalogada ou contrastada de forma binária, reforçando, em vez disso, a necessidade de uma abordagem mais aberta e menos normativa. Afinal, como aponta Parker (2002), tentar enquadrar as sexualidades em modelos rígidos não apenas empobrece sua compreensão, como ignora as múltiplas formas como elas se manifestam e se transformam ao longo do tempo.

A atração afetivo-sexual entre indivíduos do mesmo gênero é um fenômeno histórico presente nas mais diversas sociedades, longe de ser uniformemente condenado ou patologizado. No entanto, como aponta Costa (2004), foi apenas no século XIX, sob a influência do pensamento médico-legal e higienista, que emergiu a categoria do “homossexual” como uma figura desviante. Essa construção discursiva serviu como contraponto ao modelo de masculinidade burguesa, reforçando uma divisão binária entre heterossexualidade (normativa) e homossexualidade (antinormativa).

Nesse processo, a sexualidade deixou de ser compreendida como um espectro diverso para ser medicalizada e enquadrada em classificações rígidas. Segundo Costa (2002), essa estrutura não apenas patologizou relações homoafetivas, mas também consolidou uma hierarquia sexual que persiste, em certa medida, até os dias atuais. A naturalização histórica desses discursos demonstra como normas sociais são fabricadas, e não inatas, reforçando a necessidade de desconstruir tais paradigmas para se pensar a sexualidade em sua pluralidade.

## 6.2 Masculinidades hegemônicas, raça e não-lugar

Pensar em masculinidades implica compreender as relações de poder inerentes aos lugares que os homens ocupam, nas relações sociais constituídas a partir desses corpos, nas práticas sociais e no processo histórico.

A masculinidade hegemônica está enraizada na esfera da produção, na arena política, nas práticas esportivas, no mercado de trabalho. E, em todas estas esferas, o discurso impulsionador das práticas dos homens tem como fundamento a competição, a busca insaciável pelo sucesso, pelo poder. E é neste ponto que a masculinidade deve ser provada, e, tão logo isso ocorre, é questionada, tornando necessário que seja novamente provada: sua construção é constante, implacável e inatingível (Bento, 2015, p. 88).

São as práticas dos homens nas relações de gênero que implicam dominação, marginalização e cumplicidade. Estruturas de gênero atravessam a economia, o Estado, a família e a sexualidade, perpassando subjetivamente esses corpos (Ayllón González, 2020; Separavich & Canesqui, 2013).

O conceito de masculinidade começou a ser pensado nas últimas décadas, influenciado pelos movimentos feministas e LGBTQIAPN+, visando compreender o homem para além do conceito hegemônico, que institucionaliza sua experiência e performances como algo da ordem natural, paradigma de normalidade (Connell & Messerschmidt, 2013).

Nesse contexto, emerge a concepção de masculinidade, relacionada às posições que os homens ocupam e às relações sociais estabelecidas entre as classes

dominante e subalterna. Esses movimentos buscam compreender como as performances de gênero, embora articuladas às concepções da cultura e aos locais sociais destinados a esses sujeitos, estão diretamente relacionadas a uma questão de poder e dominação (Madrid, 2016).

Connell e Messerschmidt (2013) afirmam que, desse padrão de práticas, surge o conceito de masculinidade hegemônica, considerada como a forma padrão e legitimada de ser um homem, prescindindo de cumplicidade e normatização, com a qual todos os homens se adequem a partir dela. Um padrão de práticas sociais e culturais em que o homem branco heterossexual define a ordem social.

O conceito de masculinidade hegemônica restringe-se a algumas masculinidades e deve ser entendido na interseccionalidade entre gênero, raça e classe, pois não se estende a todos os homens. A masculinidade hegemônica e as experiências de poder são sustentadas em uma masculinidade universal, branca, pertencente às classes dominantes, o que não inclui homens negros, gays e da classe trabalhadora. A hegemonia, segundo Madrid (2016), caracteriza-se pela dominação e controle das mulheres e de outros homens, excluindo as masculinidades consideradas não hegemônicas do controle sobre as relações sociais.

Ser um homem negro nessa sociedade é carregar no corpo a marca da violência, que se arrasta desde a colonização e é reproduzida cotidianamente. Nesse sentido, faz-se necessário pensar que esses homens que se constituem em um universo pautado por “categorizações” binárias de gênero, inscritos em valores e crenças que negam a multiplicidade e diferenças sexuais, estão diretamente

subordinados às relações de poder e dominação, sujeitos subjugados a processos de violência (Bento, 2018).

O imaginário social constrói e reproduz a imagem do homem como dominante, atribui ao masculino virilidade e força, e esta é performada, remontada como violência, dominação, reafirmando seu poder e garantindo o status de dominador, submetendo e suprimindo mulheres, homens gays, negros (Bento, 2018).

Para os homens negros, que tiveram suas identidades violentadas, uma vez que não carregam em seus corpos o marcador social de humanidade, branquitude, os locais de existência se dão na via do não pertencimento, um espaço que não se constitui para que sua negritude e masculinidade existam. Remontando a colonização que não teve fim, o corpo é tomado como animalesco, fragmentado, hipersexualizado, um corpo abjeto. Logo, as possibilidades para esse corpo se constituem somente enquanto a função que ele ocupa (Almeida, 2017).

a colonização opera impondo aos colonizados, por meio de práticas institucionais que se baseiam em pressupostos morais, religiosos, científicos, acadêmicos, filosóficos, políticos, sociais etc., um conjunto de regras que busca reproduzir, nos corações e almas dos colonizados, as lógicas que movem a sociedade colonizadora. [...] A mensagem colonial é clara: 'seja o que for, mas não seja o que você é'. 'Isso é errado!' 'A única alternativa é você se tornar o que nós somos'... 'vamos lhe ensinar a abrir mão da sua cultura, mas não vamos lhe acolher em nossa sociedade, pois, por mais que queiramos obrigá-lo a ser como nós, somos completamente diferentes' (Fernandes, 2019, pp.13–14).

Esses corpos estão atravessados por uma hipersexualização. Ao mesmo tempo em que estão sub-representados, há uma negação da humanidade que exalta uma virilidade animalesca. Assim, esses sujeitos são inferiorizados e relegados ao perigo, à desordem, a um corpo violento (Morcillo, 2020).

Identities masculinas subalternas [são lugares] da contradição entre sistemas de poder diferentes – a estrutura das classes, o sistema dimórfico dos gêneros, as práticas e discursos racializantes – [que] se [combinam] interseccionalmente, [na produção de] novas diferenças, desigualdades e vulnerabilidades (Pinho, 2004, p. 66).

Esta performance é sustentada nas representações de subalternidade, periculosidade e virilidade, que definem como esses homens devem desempenhar seus papéis e como estes não podem ser excedidos para além do local ao qual lhes foi destinado (Fanon, 2020).

O racismo e a classe estruturam-se interseccionalmente como operadores de dominação, subordinando masculinidades não hegemônicas, criando configurações sobre o que é e pode ser um homem negro, e como esses sujeitos serão lidos socialmente. O racismo, enquanto operação simbólica, está vinculado ao exercício de poder de uma classe com vantagem estrutural, branquitude, não é sobre um sujeito em sua individualidade, mas sobre uma forma de existir, os benefícios estruturais de um grupo minoritário demograficamente, que usurpa do esforço de uma maioria (Schucman, 2010).

Nesse sentido, as experiências de homossexualidades dissidentes, em corpos que não carregam o ideal de humanidade, são atravessadas por estratégias sistêmicas de violência.

### **6.3 Homossexualidades e negritude: Ser um homem negro gay**

Discorrer sobre homossexualidade significa explorar uma história em constante construção, destacando como os valores culturais, moldados ao longo da história por uma normatividade heterossexual, influenciam as formas de existir e se relacionar com o mundo. Em outras palavras, abordar as homossexualidades é mergulhar na sexualidade pelo viés não hegemônico, a partir das experiências marginalizadas que surgem em contextos sociais marcados pela diferença entre homens e mulheres, bem como nas relações de poder e dominação que essa binaridade instaura.

Desta forma, a sexualidade humana perpassou os campos das definições e categorizações em diversas épocas, por propósitos diversos, sejam eles para compreender o desejo e suas manifestações ou para instituir o que era ou não considerado aceitável à conduta moral religiosa. Nesse sentido, entende-se que as definições sobre sexualidade serviram, em determinado aspecto, como estratégia para dominação e controle social dos indivíduos.

A homossexualidade ou as homossexualidades estão inseridas nesse contexto uma vez que, na atualidade, negam os padrões considerados normais pela heteronormatividade e inserem a dúvida no imaginário social; seria um “vir-a-ser” materializado, que institui o questionamento sobre quais fatores levam os sujeitos a serem homossexuais (Trevisan, 2018).

Nesse sentido, os fenômenos que não se encaixam no modelo atribuído ao normal, heteronormativo, geraram pesquisas ao longo da história. Em 1952, a homossexualidade foi inserida como desordem no DSM pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1952). O termo “homossexualismo” foi proposto com o intuito de transferir do meio jurídico para o médico essa faceta da sexualidade (APA, 1952). A homossexualidade, como doença, só foi retirada do DSM em 1973, após diversos movimentos em organização na promoção de debates e manifestações públicas que culminaram na despatologização. Embora a homossexualidade tenha sido retirada do DSM e a OMS tenha retirado o sufixo “ismo” da palavra, descaracterizando a mesma como doença, a homossexualidade permanece como uma expressão da sexualidade que abjeta, uma expressão desviante, prática marginal fora da curva (Fry & Macrae, 1983).

A homossexualidade se estabelece no imaginário social em dois aspectos distintos; ora não é vista como sexualidade, seria a materialização de uma “perversão”, uma aberração; em outra medida, instaura-se a dúvida sobre o que levaria alguém a ser homossexual. Nesse sentido, compreendida como sexualidade, há o medo do vir-a-ser (Trevisan, 2018).

Como não há uma noção da construção da sexualidade e a heterossexualidade é considerada como natural e compulsória, o desviante se constrói como a materialização da possibilidade. Paira no imaginário social a possibilidade do “vir-a-ser” sustentada na “indefinição” do que forjaria uma homossexualidade e, conseqüentemente, uma fantasia de que a sexualidade possa ser dissolvida ou modificada.

Uma vez que a homossexualidade não é vista como normal, os sujeitos que reivindicam uma heterossexualidade compulsória negam a mesma como via “natural” de expressão sexual. Sendo assim, a homossexualidade é um constante “vir-a-ser”, ao contrário da heterossexualidade, que tende a ser vista como um processo esperado.

As definições e categorizações podem ser anseios sociais para o enquadramento daquilo que é incômodo, visto que, quando se fala sobre categorizações sexuais, a necessidade de definição não está direcionada às experiências heterossexuais, mas às homossexualidades (Trevisan, 2018). Cabe salientar que há um risco em conceber a homossexualidade por modelos que legitimem sujeitos e práticas “socialmente” reconhecidas, como a representação única do homem gay. A imagem social do homem gay sem trejeitos considerados femininos pertencente a camadas socioeconômicas privilegiadas, performando comportamento socialmente aceito, na medida em que se afasta do estereótipo social destinado aos homens gays.

Conforme Fry (1982), na compreensão das estratificações que delineiam o universo das homossexualidades, o autor defende que há diferentes modelos de estratificação sexual entre homens gays. O hierárquico, conforme o autor, refere-se ao binarismo macho/bicha, que opõe heterossexuais e gays ativos, contra gays passivos. Uma ideia de que o homem gay ativo, ao performar a dominância estaria superior a bicha, que performaria nesse modelo uma posição de passividade.

Ou seja, uma concepção valorativa das homossexualidades atreladas não só aos papéis sociais atribuídos aos gêneros, como essa classificação parece de alguma forma instituir que há possibilidade de existência para os homens gays só é tolerada se esta não for afeminado. Ao analisar uma revista da década de 1980 sobre homens

gays, os autores demonstram como de alguma maneira a renúncia de tudo que se refere ao universo feminino em homens gays foi a tônica pelo qual organizou-se as experiências.

Nesse sentido, a presença em corpos masculinos de comportamentos socialmente considerados adequados para mulheres é vista como uma espécie de desvirtuamento moral, quando não uma patologia passível de intervenção médica. Desde que esses homens efeminados compreendessem que tais manifestações refletem uma fixação na figura da mãe e uma conseqüente negação da figura do pai, eles poderiam ser 'curados' pela psicanálise. Ao que parece, somente um movimento de aproximação da figura paterna esboçado por esses sujeitos os tornaria naturalmente viris e discretos e viáveis como homossexuais (Lopes, 2011, p. 176).

Encaixar-se no papel do gay afeminado é negociar socialmente uma existência que de saída será considerada sem prestígio e que deve ser reprimida. Afinal aquele que não quer sofrer das diversas violências sociais constituídas pela masculinidade hegemônica, não pode fugir dos preceitos impostos para a masculinidade. Não performar a masculinidade dentro dos padrões de virilidade esperados ao homem, ou seja, ser afeminado, implica aos corpos afeminados um marcador que os denomina como algo negativo, que deve ser rejeitado.

[...] o afeminado está relacionado ao passivo (e muitas vezes, também, a toda a comunidade gay) e não é visto como uma característica positiva. Muito pelo contrário, é tido como defeito, como algo a ser evitado e é considerado como

base na seleção do parceiro. Ou seja, a negação de ser afeminado ou a sua exclusão influenciam na aceitação por parte do outro (Almeida, 2011, p. 14).

Ser um homem negro gay demarca aos sujeitos uma dupla impossibilidade, sendo duplamente desviante, que se arrasta por séculos e pode ser verificado desde os primeiros contatos europeus com o continente africano, pautados no medo. Interpretados pelo viés da animalização, do comportamento sexual desenfreado que nos remete aos estereótipos circulantes nos territórios da diáspora nas Américas.

Notadamente podemos fazer referência à construção da imagem do Mandingo, ou "*Black bucks*", que, segundo a historiadora Suzane Jardim, era definido como o negro indomável, de institutos sexuais perigosos [...]. Esses sujeitos habitam, portanto, muitas vezes, entre a criminalização e a hiperssexualização, que são muitas vezes faces da mesma moeda manipuladas no discurso genocida e micropolítico (Paiva, 2019, p. 167).

Sobre essa dupla impossibilidade, que neste texto incluo a questão racial, Lopes (2002), afirma que na história da homossexualidade enquanto área de estudos foi fundamental recuperar que esta não era algo novo, mas figurava a história da humanidade. Nesse sentido ele afirma que é possível compreender que no século XIX a homossexualidade passou por um triplo tabu e por isso a necessidade de retomar a história:

um tabu triplamente negado no século XIX pelo catolicismo (pecado), pela ciência (patologia) e pelo Estado (crime). Tratava-se de afirmar os afetos entre pessoas do mesmo sexo, como experiência comum na história da humanidade,

empenho complementar aos estudos sócioantropológicos de mapeamento da sociedade contemporânea (Lopes, 2002, p. 21).

Nesse sentido, faz-se necessário pensar que esses sujeitos que se constituem em um universo pautado pela binaridade de gênero, inscrito em valores e crenças patriarcais, em que as diferenças sexuais entre homens e mulheres implicam diretamente em relações de poder e dominação, estão duplamente subjugados a processos de exclusão e violência, bem como impossibilitados de existir. Ao masculino, no que tange o discurso social, espera-se virilidade e força, que é performada diversas vezes como violência e reafirmada por meio da dominação.

Para esses sujeitos, homens negros gays, que tiveram suas identidades violentadas, uma vez que não performam masculinidades conforme os padrões normativos de gênero esperados para o masculino, não carregam em seus corpos os marcadores sociais da existência, como a branquitude. A sociabilidade LGBTQIAPN+ se dá na via do não pertencimento. O corpo é tomado como animalesco, fragmentado, hipersexualizado, um corpo abjeto, a existência e valoração desse homem estão vinculadas ao seu pênis, que é inversamente proporcional à sua inteligência e humanidade. Logo, a tolerância sobre esse corpo se constitui somente enquanto a função que ele ocupa na satisfação sexual do homem branco (Fanon, 2020).

Os homens negros gays estariam para o mundo gay branco como corpos que possibilitam o desvio da norma, o escape para o “mundo marginal” (Lima & Cerqueira, 2007). Dessa forma, a relação com homens negros, para os homens brancos, seria uma transgressão à norma social, visto que essa relação se constitui com o objeto desviante, subumano, animalesco, proibido.

Cordeiro (2019) quando vai analisar relatos de homens gays negros em aplicativos de relacionamento, traz o seguinte fragmento que corrobora pra minha compreensão:

O diálogo mostra a abordagem de um *gay* branco que envia duas fotos para o membro do grupo, um *gay* negro, resultando no seguinte episódio virtual racista:

– Membro do Afrodengo: Desculpa! Mas não curti. Boa Sorte. – Gay branco: *Thanks!* A minoria é você. Abraços. – Membro do Afrodengo: Minoria ou não, estou no meu direito e se não gostou de ouvir um não, da próxima vez poupe o tempo alheio expondo uma foto sua. Boa noite! – Gay branco: Você nem está nos padrões, desculpa a sinceridade, beleza? Na verdade, você não é nada agradável de rosto, nem de corpo, mas falei com você somente pra ver se tinha um picão. Abraço, príncipe (Cordeiro, 2019, pp. 103–104).

A problemática do homem negro é sua negrura, sendo considerado pelo homem branco como não humano, pois não pertencem a ele o que é considerado como civilidade, liberdade, igualdade e poder. O que pensando no universo de homens gays não há diferenciação, os gays brancos enquanto signatários do contrato racial, beneficiam-se da possibilidade de não se pensarem, não serem racializado e desumanizar os sujeitos que não são ele (Mills, 2023; Schucman, 2014).

Quando Mott (2005) fala sobre como os colonizadores buscaram em África a possibilidade de experimentar suas sexualidades sem preocuparem-se com as normas regulatórias de orientação sexual e gênero, ela afirma que a desumanização dos corpos com quem tinham relações sexuais era fator balizador nas relações, sempre

tomando o corpo do outro como possibilidade de desvio e de forma que essa relação fique escondida.

Sendo assim, essa vivência é subalternizada, pois não há para esses homens a possibilidade de pertença ou mudança na esfera social dominante, suas vozes e existências não assumem o status de humanidade (Fanon, 2010). Ser negro é ser uma ideia, algo que o homem branco nomeou e que só existe a partir do homem branco, ou seja, uma existência condicionada ao desejo deste que se estrutura não somente pela visão dele acerca do homem negro, mas da autoimagem que o homem negro constrói sobre si mesmo, pautada em uma relação que remonta à colonização. É por meio do que o colonizador concebeu sobre o homem negro, colonizado, que este se percebeu no decorrer da história.

No caso brasileiro, marcado pela posse dos corpos racializados, a sexualidade, a mestiçagem e a racialização parecem caminhar juntas, formando a identidade nacional como uma 'estrutura de conjuntura', marcada pelo abuso e pela reificação subordinante da alteridade, ao mesmo tempo como objeto de desejo e de controle social. Não existe, poderíamos dizer, desejo fora da história e não existe história sem conflito e sublevação. A história das relações raciais como relações miscigenadas parece solidária à história da construção dos paradigmas da sexualidade nacional vista, como bem apontou Parker, como marca da identidade brasileira representada em inúmeros objetos da cultura, da pornografia *gay* internacional à novela das sete. Passando, naturalmente, pelos escritos acadêmicos (Pinho, 2004, p. 103).

Logo, a homossexualidade, nesse cenário no qual o sujeito ocupa um espaço criado pelo homem branco, permeado por valores, símbolos e cultura impostos pelo mesmo, é duplamente subjugada. Há um espaço cultural que legitima a homossexualidade na via da branquitude, suas crenças e normas, o que objetifica e coloniza a vivência dos homens negros gays por uma heteronormatividade branca. Dessa forma, o homem negro não é visto tal qual é sujeito, mas como idealização fetichizada do racismo. O corpo do homem negro é levado para o trabalho ou torna-se sexuado, em local onde o desejo homossexual é pautado na branquitude, os fragmentos desse corpo se constituem como via de prazer, construído para o sexo, para a satisfação de um desejo branco (Pinho, 2004).

Dado que as vivências dessa afetividade foram pautadas por um processo que retira desses homens a humanidade, é possível compreender que as possibilidades de afeto e amor estão atravessadas por aspectos sociais. O racismo funciona como balizador das possibilidades de existência e relações que esses sujeitos estabelecem entre si e com outros homens. Há um sofrimento ético-político vinculado às formas como a sociedade institui a determinados corpos, identidades e sujeitos, um sofrimento subjetivo visto que implica a esses algo que extrapola a violência real e simbólica. O sofrimento se assenta em um processo em que esses sujeitos passam a subjetivar a ordem social, construindo sobre si aspectos que os desqualificam, invalidam, levando a um estatuto de verdade que, devido ao pacto narcísico da branquitude, que denega o racismo, os impossibilita de elaborar. O sujeito tem seu sofrimento, fala e existência negados (Carreteiro, 2003).

Na construção do imaginário ocidental, o homem negro não é homem; antes, ele é um negro. A masculinidade negra foi construída como a representação do perigo, a materialidade de uma ameaça, uma vez que desvela o medo cultural do negro no temor psíquico ocidental, que hiperrepresenta e hiperssexualiza esses corpos, a partir de um ideal de virilidade e violência (Fanon, 2020). O homem negro é animalizado, reproduzido, servil, destituído de humanidade, em oposição ao homem branco, que é a razão, o corpo correto, o humano (Almeida, 2017).

Logo, que lugar é possível ocupar enquanto homem negro gay? A nós, quais possibilidades de existência são permitidas? E se as possibilidades de existência passam necessariamente pelos processos de cuidados, quando, onde, em quais medidas podemos buscar e receber cuidado?

Pensando esses aspectos, o capítulo seguinte tem como objetivo articular minhas compreensões sobre a DSS; como compreendo que as formas de gerir saúde impactam diretamente o SUS em seus princípios de equidade e integralidade, produzindo mortes que não fazem parte do projeto societário em curso. Busco também articular como as políticas em saúde, atravessadas pelo desmantelamento do SUS e pelo racismo sistêmico podem constituir desassistência como proposta de cuidado.

## **7 Determinação social da saúde e projeto societário**

*“[...] Meu amigo Raul Santiago sempre diz que, a gente pede educação, o Estado entende polícia; pede economia, o Estado entende polícia; pede cesta básica, o Estado entende polícia”.*

(Manso, 2020)

Neste capítulo, busco explorar os impactos do racismo e da homofobia nas experiências de cuidado em saúde dos homens negros gays. Inicialmente, parto de uma compreensão de saúde atrelada à realidade material, entendendo-a como um campo amplo e em constante diálogo com as condições de vida. Apresento as concepções sobre saúde, determinação social e marcadores sociais que fundamentam a escrita deste trabalho. Analiso a organização das políticas de saúde, perpassando as políticas de saúde da população negra e política de saúde LGBT. Ao adentrar a formulação dessas políticas, em constante diálogo com a história e a estruturação do SUS, tenho como objetivo discutir como o desmantelamento das políticas de saúde e o avanço da privatização constituem-se como uma necropolítica.

### **7.1 Determinação social da saúde (DSS): Disputas e projetos**

A DSS emerge como um campo teórico e prático que busca compreender os processos de saúde e doença a partir de uma perspectiva histórica, social e política. Diferentemente de abordagens biomédicas que reduzem a saúde a fatores biológicos individuais, os DSS propõem uma análise crítica dos modos de produção e reprodução

da vida, destacando como as desigualdades sociais, econômicas e políticas influenciam as condições de saúde das populações (Breilh, 2013).

A saúde está intrinsecamente ligada a um conjunto de experiências sociais que permeiam as dimensões subjetiva e afetiva. A organização da vida cotidiana, a dinâmica social, o território, as expressões culturais e religiosas, bem como os processos produtivos e reprodutivos do trabalho. Portanto, a saúde não apenas envolve questões individuais sobre a vida dos sujeitos e seus corpos, mas está diretamente ligada à história e às condições de vida, relacionando-se aos processos de produção e reprodução da vida social (Samaja, 2000).

As condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade constituem a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição que os indivíduos ocupam socialmente serve de fundamento para a sua própria saúde. É evidente a disparidade nos riscos ambientais ou físicos aos quais os indivíduos estão diariamente expostos, seja em seu ambiente de trabalho, seja em sua residência e entorno, conforme sua posição social (Pettres & Ros, 2018).

Nesse contexto, retomo a compreensão da DSS, fundamentada no modelo histórico-social latino-americano, que concebe saúde-doença como um processo influenciado por fatores sociais, modos de produção, classes sociais, renda, atividade laboral e pela forma como cada sociedade e cultura constrói e valoriza as diferenças religiosas, de orientação sexual, gênero e raça. Conforme conceituada por Breilh (2013, p. 14), é uma “categoría que desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir”.

Ou seja, uma ferramenta que possibilita compreender os processos de saúde e doença em uma relação indissociável com o contexto histórico, o modo de produção e as classes sociais, permitindo a compreensão dos fenômenos a partir de outras dimensões, como os impactos advindos das atividades laborais, a reprodução da força de trabalho – todos articulados à dimensão histórica (Arredondo, 1992).

A concepção sobre saúde advinda do pensamento latino-americano, alicerçada em um modelo histórico-social, estava comprometida com a transformação da realidade concreta e das condições de vida, na compreensão das relações entre estrutura social e acometimentos em saúde. A saúde coletiva e a medicina social têm suas bases fundamentadas no pensamento latino-americano sobre saúde, pois rompem epistemologicamente com a concepção de uma saúde que não seja construída coletivamente (Arredondo, 1992).

O binômio saúde-doença é um construto que, ao mesmo tempo em que possui uma dimensão biológica, apresenta indissociavelmente uma dimensão sociopolítica. Assim, compreender os processos e a construção de uma concepção de cuidado em saúde implica romper com uma visão individualista (Laurell, 1982). Dessa maneira, o estado de saúde de um sujeito ou população não pode ser dissociado de um contexto macro, uma vez que interfere na estruturação das políticas públicas de saúde, nos sujeitos contemplados por essas políticas e no projeto societário empreendido pelo Estado.

No es completa la acción por la salud humana, sin integrarla a la lucha por la defensa de la vida en la madre naturaleza, [...] no es adecuado y viable para la salud colectiva en el plazo mediato, enfocar todas nuestras operaciones con un

sentido antropocêntrico solo en la promoción y defensa de la vida humana, sin proteger y ampliar la reproducción de la vida en la naturaleza (Pettres & Ros, 2018, p. 10).

Nesse sentido, é relevante retomar a concepção de Baró (1983) sobre o poder, considerando-o um objeto social utilizado pelo Estado na gestão do “bem comum”, distribuído entre os membros da sociedade para a execução e manutenção das normas estabelecidas pelo sistema dominante. Em outras palavras, articulado ao conceito de ideologia em Marx, se a classe dominante detém o poder material, ela também é responsável por determinar os pensamentos predominantes em um dado momento histórico. Assim, as ideias e concepções sobre os temas de uma época estão diretamente relacionadas a como essas ideias são produzidas e regulamentadas por uma classe social (Martins, 2003).

Retomando que a compreensão sobre saúde é atravessada por uma dimensão política e uma relação direta com os interesses de setores sociais. Ao pensar a DSS na epidemiologia crítica, Breilh (2013) afirma que a saúde é um campo em disputa, um espaço de lutas, onde diferentes atores sociais disputam a definição do que é considerado prioritário, legítimo e eficaz no âmbito das políticas de saúde. Essa disputa não se restringe ao campo técnico-científico, mas envolve também questões ideológicas, econômicas e políticas, que influenciam diretamente a distribuição de recursos e a organização dos serviços de saúde. Isso se dá pelo fato de constituir uma possibilidade de avaliação de projetos societários, de implementação, dos fracassos e sucessos das políticas sociais.

Contrastando com a abordagem da OMS, que adota o modelo de Determinantes Sociais para entender como as questões sociais impactam o processo de saúde dos indivíduos, a interpretação atual dos DSS reflete uma abordagem positivista. Essa abordagem acaba perdendo a dimensão dialética entre o social e o biológico, reduzindo os dados epidemiológicos a uma análise individualizada que se concentra nos indivíduos, em detrimento do coletivo. Em contrapartida, a DSS propõe uma análise dialética, que articula os processos macroestruturais, como o capitalismo e a colonialidade, com as experiências concretas de vida e saúde das populações.

Através da perspectiva dos DSS, há uma sucessiva atribuição de responsabilidade aos sujeitos sociais por suas condições, tanto de vida quanto de saúde, sem considerar devidamente a mediação entre essas condições e a maneira como a sociedade as produz. As doenças permanecem a ser abordadas sob uma perspectiva clínico-biológica, onde as causas são consideradas como fatores sociais isolados, mantendo-se à margem de um embasamento teórico mais amplo sobre a sociedade (Pettres & Ros, 2018). Além disso, ela perde a dimensão histórica e social ao não contextualizar os determinantes em processos estruturais mais amplos. “La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación estructural ligada a la lucha de los movimientos sociales, no la transformación de ‘riesgos’ aislados, o ‘factores determinantes’ ” (Breilh, 2013, p. 110).

A implementação do SUS no Brasil, que apesar de ser um avanço significativo no sentido da universalização do acesso à saúde, é a materialização dos desafios estruturais relacionados ao subfinanciamento, à fragmentação dos serviços e à

persistência de práticas clientelistas e privatistas (Paim et al., 2011). Analisar o SUS pelo prisma da saúde coletiva, considerando os atravessamentos políticos em sua implementação e continuidade, é compreender as recorrentes tentativas de que este seja cooptado por interesses neoliberais, que buscam mercantilizar a saúde e transformá-la em um negócio lucrativo, em detrimento do direito à saúde como um bem comum.

Portanto, as dimensões individual e coletiva na compreensão da saúde estão dialeticamente relacionadas, considerando que os sujeitos são seres sociais inseridos em uma coletividade. Suas necessidades individuais de saúde têm uma dimensão que também se configura como necessidade de outros sujeitos (Stotz, 2003). Nesse sentido, é possível compreender que a posição que os sujeitos ocupam na estrutura social interfere na explicação sobre uma situação de saúde e na forma como os cuidados serão abordados. Assim, os problemas de saúde podem ser legitimados ou não, e estratégias específicas são construídas em resposta a essas posições sociais.

## **7.2 A “desassistência” como uma ferramenta de fazer morrer**

Diversos fatores contribuem para uma variação mais ou menos acentuada de incidência de doenças e agravos em uma população, de forma que a ocorrência dessas não acontece de maneira homogênea. Os dados epidemiológicos vêm demonstrando uma diferença na incidência de doenças e agravos entre homens e mulheres e estudiosos em gênero vêm apontando que essas disparidades sugerem a necessidade de uma compreensão aprofundada das construções sociais de

masculinidade e de como estas impactam as experiências de saúde dos homens (Falcão, 2016).

As doenças e agravos, advindas da desassistência em saúde, não são um fenômeno aleatório, mas resultado de políticas que priorizam interesses econômicos em detrimento do direito à saúde. A desassistência pode ser entendida como uma forma de violência estrutural, que nega o acesso a serviços básicos de saúde a populações marginalizadas, como negros, indígenas, LGBTQIAPN+ e pessoas em situação de pobreza.

Se o Estado brasileiro se estrutura na perpetuação da colonialidade e mantém as violências históricas em sua organização, a quem são destinados os direitos à saúde? Quais corpos são considerados humanos pelo Estado? Embora o Estado tenha o dever constitucional de garantir o direito à saúde por meio de políticas de seguridade social, para certos corpos, populações e territórios, como os corpos pretos, o Estado se revela como um agente produtor de morte, perpetuando a destruição. O racismo institucional origina-se de um paradigma interpretativo da realidade, que analisa as práticas discriminatórias para além dos discursos individuais, abarcando outros fenômenos que vão além do indivíduo. Ele se constitui como organizativo da realidade material, culminando em políticas que perpetuam iniquidades históricas alicerçadas na cor, cultura, origem étnica ou raça (Cardoso, 2023).

Utilizando a noção de biopolítica, Foucault (1976) compreende que, a partir do século XVIII, o poder passou a se exercer não somente com a repressão, mas também através da gestão da vida. Logo, ele compreende a biopolítica como o controle dos corpos e da população, através de mecanismos como a regulamentação da saúde, a

educação e a higiene. Porém, Foucault (2007) também salienta que o poder sobre a vida implica necessariamente o poder de deixar morrer.

Em contrapartida, a necropolítica seria uma radicalização da biopolítica, na qual o poder de deixar morrer se torna explícito e sistemático. Mbembe (2014) afirma que, considerando a colonialidade e o avanço neoliberal, o fazer morrer, a gestão da morte é uma estratégia fundamental de controle social. A desassistência em saúde, nesse sentido, é uma forma de necropoder que opera pela omissão e pela negligência, produzindo mortes que são ao mesmo tempo invisíveis e evitáveis.

O conceito de necropolítica, desenvolvido por Achille Mbembe (2014), oferece uma lente potente para compreender como o Estado gerencia a vida e a morte de suas populações. Mbembe afirma que, em sociedades marcadas por desigualdades profundas, o poder soberano se manifesta na capacidade de decidir quem pode viver e quem deve morrer. A necropolítica opera por meio de tecnologias de controle que incluem a violência direta, a exclusão social e a negligência sistemática.

O *Atlas da Violência de 2019*, ao incluir dados específicos sobre homicídios contra a população LGBTQIAPN+, baseia-se em informações do Disque 100 e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Cerqueira et al., 2020). Entretanto, esse relatório aponta a necessidade de aprimoramentos na coleta de dados em Saúde e Direitos Humanos, notando a ausência desses dados na Segurança Pública e destacando a urgência dessas questões evidenciada desde o relatório de 2019, ainda sem solução em 2021 (Cerqueira et al., 2021).

Portanto, ao considerarmos como a história de uma população foi marcada por sequestros, violências, extermínio e silenciamento, quais parâmetros podemos

estabelecer para definir um sujeito saudável? Quando as estatísticas indicam que, em 2021, em 84,1% das intervenções policiais que resultaram em morte, as vítimas eram homens, adolescentes e jovens pretos, qual é o papel da segurança pública no processo de saúde?

Os números mais elevados de óbitos entre homens que se autodeclararam pretos e pardos, em comparação com os da raça branca, sugerem que a raça pode ser considerada como um fator determinante na distribuição desigual das condições essenciais para a saúde. Torna-se essencial compreender como os marcadores sociais da diferença implicam em lugares sociais e configuram experiências de desproteção social para determinados corpos e “humanidades” na dinâmica social. Além do risco exacerbado de morte violenta intencional, a população preta no Brasil apresenta indicadores graves de saúde, com maior incidência de doenças e agravos; logo, não há como discutir masculinidades negras e saúde sem trazer questões que são fundantes quando vamos pensar vida, morte e adoecimento: as formas como o racismo, o machismo e a homofobia atravessam os corpos de homens negros gays.

A necropolítica se apresenta também na desassistência à saúde, como uma forma de fazer morrer. A impossibilidade de acesso a serviços básicos, a precarização do trabalho em saúde e a omissão do Estado diante de crises sanitárias são expressões de como a necropolítica atua no fazer morrer de mortes evitáveis. Essas práticas não são acidentais, fazem parte de um projeto político em curso, que normaliza a morte de certos grupos, especialmente aqueles corpos categorizados como menos humanos.

### **7.3 Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**

A *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra* (PNSIPN), instituída em 2009 pelo Ministério da Saúde, representa um marco no reconhecimento das desigualdades raciais como DSS no Brasil. Esse marco se constitui pela luta histórica dos movimentos negros organizados e da sociedade civil, mas também como materialização das contradições do capital, que, de alguma maneira, tenta mitigar ou mascarar os processos de exploração com a falsa ideia de direitos.

Nesse sentido, cabe retomar Behring e Boschetti (2011), que afirmam o risco de se tomar a análise das políticas sociais como algo unicamente composto pela pressão social ou somente como iniciativas estatais para garantir a hegemonia. As autoras ressaltam como ambas as visões constroem uma concepção idealizada de Estado, como uma instância apolítica, harmoniosa, e retiram a contradição intrínseca do Estado como espaço de disputa e mediação de interesses conflitantes no capitalismo.

Esses enfoques não são, em si, equivocados, pois as políticas sociais assumem de fato essas configurações. Mas são insuficientes e unilaterais porque não exploram suficientemente as contradições inerentes aos processos sociais e, em consequência, não reconhecem que as políticas sociais podem ser centrais na agenda de lutas dos trabalhadores e no cotidiano de suas vidas, quando conseguem garantir ganhos para os trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital (Behring, 2011, p. 37).

Sob essa perspectiva, a política social deve ser analisada em seu movimento concreto, considerando suas múltiplas determinações, contradições e mediações históricas. Como destacam Behring e Boschetti (2011), trata-se, portanto, de apreender

a dinâmica dialética entre política social e as expressões da questão social, entendendo que ambas se transformam dialeticamente no curso das lutas de classe e das crises do capital.

Nesse sentido, a política social não é um “dado” ou uma concessão benevolente, mas um terreno de disputa, cujos limites e possibilidades estão condicionados pela correlação de forças entre capital e trabalho. Ao analisar este documento, é fundamental compreender que ele emerge em um contexto histórico específico, no qual as lutas do movimento negro e a acumulação de evidências científicas sobre iniquidades em saúde resultaram na construção de um horizonte que compreenda e tente sanar as disparidades raciais na saúde. Se o racismo, enquanto ferramenta ideológica, está entremeado na sociedade e conseqüentemente atravessa as relações sociais, a desassistência em saúde em um contexto populacional de maioria preta é a materialidade deste como uma política de morte.

Partindo desse lugar, onde sou sujeito pesquisador e sujeito objeto de pesquisa, utilizo as compreensões sobre DSS, os escritos das teóricas e teóricos pretos que discutiram o sujeito negro a partir da psicanálise e das contribuições marxianas, buscando compreender como e se é possível articular a criação e lacunas da política de saúde integral da população negra com a desassistência em saúde. De antemão, penso ser fundamental informar que a hipótese levantada nessa análise se centra na defesa do SUS como política fundamental para o cuidado integral em saúde, contudo, sem negar como o desfinanciamento e a disputa da iniciativa privada constituem-se como gargalos e fatores que inviabilizam a efetivação da PNSIPN.

A PNSIPN não surge no vazio, mas como resultado de um longo processo histórico de evidências sobre as desigualdades raciais em saúde, que são produzidas e reproduzidas no bojo do Estado. Logo, é possível compreender inicialmente a PNSIPN como uma síntese das contradições de um sistema de saúde universalista em sua formulação (o SUS) e, de outro, uma sociedade estruturalmente racista que reproduz iniquidades mesmo em políticas públicas concebidas como universais. Embora tenha sido aprovada em 2006 pelo Conselho Nacional de Saúde, o órgão que regula as políticas de saúde no Brasil, só em 2008 o Ministério da Saúde editou a Portaria nº. 992, obrigando o SUS a seguir essa política. Ainda assim, a política não era efetivada, não saiu do projeto. Somente em 2010, tornando-se lei e entrando no *Estatuto da Igualdade Racial*, é que a política começa a ser implementada no SUS.

Penso ser importante salientar que as políticas de saúde não precisam de lei para serem implementadas no Brasil; uma portaria e a aprovação do Conselho são suficientes para que sejam colocadas em prática em todo o sistema. Ou seja, a PNSIPN, mesmo com todos os trâmites formais cumpridos, seguiu e segue sendo ignorada. E por que isso acontece? Porque a implementação da política é o reconhecimento de que o racismo vulnerabiliza a saúde da população negra, é a afirmação pública de uma desproteção social. Implementá-la seria um passo real para reduzir desigualdades ou, minimamente, construir mecanismos de cuidado.

Como observa Werneck (2016), o racismo opera como um DSS, produzindo vulnerabilidades específicas e limitando o acesso da população negra a serviços de qualidade. Neste sentido, a PNSIPN representa um avanço, ao reconhecer explicitamente o racismo como DSS, quando o documento menciona que “as

iniquidades em saúde são resultadas de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras” (Brasil, 2011, p. 08). Esta afirmação demonstra uma assimilação, ainda que parcial, do conceito de DSS, ao situar as desigualdades raciais em saúde no contexto mais amplo das relações sociais desiguais.

Cabe ressaltar que a PNSIPN parte do conceito de DSS, o que, nesse processo de doutoramento, compreendo não ser um conceito que consiga abarcar a histórica social da produção de cuidados em saúde na América Latina, especificamente no Brasil, visto que, em sua assimilação pela OMS, desconsidera os processos produtivos e reprodutivos do trabalho como fatores fundantes da realidade social.

A PNSIPN representa um marco fundamental na luta por equidade no SUS, uma vez que essa política propõe uma transformação profunda na forma como o SUS opera, exigindo o enfrentamento das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional que persiste nos serviços de saúde. Um dos pilares centrais dessa política é a implementação efetiva da vigilância em saúde com recorte racial. No entanto, aqui nos deparamos com um paradoxo: para combater as iniquidades, precisamos primeiro enxergá-las, e é justamente nesse ponto que o racismo institucional se manifesta de forma mais perversa.

A subnotificação do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde não é um problema meramente técnico, mas sim uma manifestação do racismo estrutural (Cruz & Oliveira, 2021). Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2022) revelam que, no sistema de vacinação de rotina, apenas 7% dos registros contêm informação racial completa. Essa lacuna estatística reproduz o apagamento sistemático de dados sobre

grupos racializados (Almeida, 2018). Esse apagamento atravessa desde a coleta de dados nas unidades básicas até a consolidação das estatísticas nacionais, comprometendo a capacidade de planejamento de políticas públicas.

Conforme o *Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra* (Brasil, 2022), em 2021, pessoas negras representaram 60% dos 5.000 óbitos por tuberculose registrados no país. Esses números demonstram como a desigualdade racial se traduz em piores indicadores de saúde. Os dados epidemiológicos revelam padrões preocupantes: demonstram que as taxas de sífilis gestacional apresentam prevalência significativamente maior entre mulheres negras; no que diz respeito ao acesso ao pré-natal, mostram que mulheres negras e indígenas são justamente as que menos atingem o patamar mínimo instituído pela OMS (Gomes & Pereira, 2022). Ou seja, os dados sistematizam como os grupos prioritários encontram-se no contexto do acesso à saúde e podem direcionar recursos de forma mais equitativa nos diferentes níveis de atenção.

Do ponto de vista jurídico-institucional, a produção desses dados cumpre a Portaria nº. 992/2008, que estabelece a obrigatoriedade da coleta e da análise de informações com recorte racial no SUS. Embora seja lida muitas vezes como um exercício burocrático, o preenchimento configura-se como condição fundamental para o planejamento de ações que, de fato, enfrentem as iniquidades raciais no sistema de saúde (Werneck, 2016).

Enquanto política pública universal, o SUS enfrenta o desafio constante de transformar seus princípios teóricos em ações concretas que alcancem, de fato, toda a população. E quando falamos da saúde da população negra, em sua maioria SUS-

dependente, a distância entre o que está previsto nas políticas e o que chega às unidades de saúde evidencia um paradoxo do nosso sistema de saúde. Embora complexo, o planejamento no SUS segue uma lógica democrática: inicia-se nas conferências municipais de saúde, buscando que os usuários possam apresentar suas demandas, até chegar à esfera nacional.

O trabalho produzido nas conferências deve se materializar nos Planos Municipais de Saúde, onde as necessidades específicas de cada território deveriam estar dispostas. Contudo, os números revelam que poucos municípios brasileiros mencionam explicitamente a população negra em seus planos. Essa invisibilidade nos instrumentos oficiais de planejamento tem consequências diretas na alocação de recursos e na implementação de políticas.

Uma vez que não há uma provisão orçamentária organizada, assume-se que as ações que deveriam mitigar a desproteção social da população negra, se forem desenvolvidas, serão à mercê da boa vontade dos gestores. E considerando os dados sobre morbimortalidade dessa população no Brasil, os índices de adoecimento e o histórico escravista, haverá boa vontade? Retomo: quais corpos são passíveis de comoção? Quem são os humanos que precisamos manter vivos? O resultado é um sistema que é preconizado universal enquanto teoria, projeto, mas na realidade da prática, constrói barreiras que impedem o acesso da população negra aos serviços de saúde. Ou seja, reproduz as dinâmicas de extermínio tal qual vemos acontecendo desde a abolição formal da escravatura.

As políticas que definiram a República, embora não mencionassem diretamente a população negra, foram criadas justamente para limitar o acesso à vida digna dos

recém-libertos no pós-abolição. Essa reflexão me leva a questionamentos: o SUS, inegavelmente democrático em seus princípios de acesso universal à saúde, ainda falha em garantir assistência adequada à população negra.

O planejamento do SUS é construído de forma democrática e descentralizada, mas esbarra numa realidade social marcada pelo racismo, seja nos corpos que sofrem diariamente os efeitos do ódio racial, seja nas estruturas que perpetuam essa violência. Diante desse cenário, qual seria a saída? Enquanto alguns buscam nossa morte e tentamos sobreviver, o Estado segue sistematicamente articulado para nosso extermínio. Quem ganha essa disputa? Ou melhor, existe sequer uma disputa? Educação em saúde? Formação de novos profissionais? Comprometimento ético-político com os direitos humanos? Pelos fatos, estamos perdendo há séculos.

#### **7.4 Análise dos fundamentos da política**

Ao examinar os princípios e diretrizes da PNSIPN, percebo uma tentativa de articular o universalismo do SUS com o reconhecimento das especificidades da população negra. O documento afirma que a política está “orientada pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social” (Brasil, 2011, p. 09), demonstrando uma preocupação em alinhar-se com os fundamentos do SUS enquanto incorpora a perspectiva racial. Para compreender esse processo, faz sentido retomar a origem do SUS e seus princípios constitucionais.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, após mais de duas décadas de ditadura militar, onde não só houve um massacre que ceifou diversas vidas nesse regime de morte, como o desmonte e retrocesso nos campos da educação, economia e

seguridade social. É justamente como parte da seguridade social que o SUS é materializado como uma política pública, preconizando a universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 1988). Isso significa que a Constituição Federal define que é dever do Estado e direito de todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica, o acesso à saúde.

Ele é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com uma organização baseada em redes de atenção. Apesar de representar um marco histórico significativo e ser modelo de sistema para outros países, o SUS enfrenta desafios estruturais desde sua criação. A defesa pela mercantilização da saúde, a focalização de políticas e a descentralização sem garantia de financiamento adequado (Behring & Boschetti, 2011) representam um risco ao caráter universalista preconizado pelo sistema.

Enquanto os usuários, trabalhadores e movimentos sociais em defesa da saúde como direito lutam pela consolidação do sistema, é possível observar, sem grandes surpresas, que o Estado que institucionalizou o SUS como direito passa a adotar medidas que fragilizam sua operação. À primeira vista, pode parecer contraditório, se analisarmos a efetivação do SUS como uma benesse do Estado, mas se considerarmos os avanços do capitalismo e sua dinâmica de mercantilização da vida, o subfinanciamento e incentivos à privatização fazem parte de um sistema que concretamente existe na contradição e de projetos societários antagônicos; de um lado, há quem entenda a saúde como direito, de outro, quem a reduz à lógica do mercado.

Esse processo reflete não apenas contradições inerentes às políticas sociais no capitalismo, mas demonstra o caráter mutável dos projetos em disputa. Onde opera a

dinâmica que melhor atende os desígnios do mercado, ainda que esse processo implique a precarização da vida para a classe trabalhadora, a noção de direito conquistado não se sustenta.

A noção de equidade, central na política, é particularmente relevante. Como argumenta Batista (2005, p. 15), “a equidade em saúde requer o reconhecimento das diferenças e a implementação de ações diferenciadas para alcançar a igualdade de resultados”. A PNSIPN parece incorporar esta compreensão quando estabelece como marca “o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde” (Brasil, 2009, p. 31). A PNSIPN estabelece como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS” (Brasil, 2009, p. 32). Este objetivo é ambicioso e necessário, mas sua implementação enfrenta desafios estruturais.

As estratégias propostas incluem desde a coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação até a formação profissional antirracista e o fortalecimento da participação social. Particularmente relevante é a Portaria nº. 344/2017, que torna obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários do SUS. Como demonstra Travassos (2020, p. 460), “a desagregação de dados por raça/cor é condição necessária, mas não suficiente, para o enfrentamento das iniquidades raciais em saúde”.

Há um avanço significativo na política a partir do reconhecimento do racismo institucional no SUS. O documento afirma que “o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa

população aos serviços públicos de saúde” (Brasil, 2009, p. 24). Esta afirmação corrobora os achados de Goes (2020), que demonstram como o racismo institucional se manifesta no atendimento diferenciado, na menor oferta de procedimentos e na maior mortalidade evitável entre pacientes negros.

O documento apresenta uma compilação extensa de dados que evidenciam as desigualdades raciais em saúde (Brasil, 2009). Dentre os mais relevantes, destacam-se:

Acesso aos serviços: “A proporção de pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses é maior entre as pessoas brancas (74,8%) do que entre pretas (69,5%) e pardas (67,8%)” (p. 15). Saúde materna: “Das 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas” (p. 16). Doenças crônicas: “A hipertensão é mais alta entre os homens e tende a ser mais complicada em negros, de ambos os sexos” (p. 11). Violência: “Em 2012, 56 mil pessoas foram assassinadas no Brasil. Destas, 30 mil são jovens entre 15 e 29 anos e, desse total, 77% são negros” (p. 21).

Os dados são fundamentais para a compreensão da dinâmica violenta na qual a população preta encontra-se exposta, abarcando uma desproteção que se estende em todo curso da vida em processos de adoecimento múltiplos. Parece fundamental compreender que, embora exista um compilado significativo no que diz respeito aos dados sobre a população, me parece que, ao debruçar-se sobre os mecanismos de desproteção que corroboram para a construção desse processo de desassistência, não são tematizados conforme necessário.

Há uma materialidade dos dados que se expressa na realidade cotidiana da população negra: estamos nas matérias de jornais, nos programas policiais, nos obituários; corporificamos as notícias de extermínio e violência de uma forma substancialmente expressiva. Ou seja, há que se pensar, enquanto política, quais os mecanismos históricos, políticos e sociais construíram o cenário atual, mas, além disso, o que possibilita que essa violência, que não é recente, permaneça se repetindo, reeditando e expandindo em outros campos e espaços da vida. Ao que parece, seja no ponto de vista da origem da política ou da compreensão histórica dos processos de opressão, não há uma discussão que adentre radicalmente sobre as violências, como situa Behring (2011):

Não se trata, então, de estabelecer uma linha evolutiva linear entre Estado liberal e o Estado social, mas sim, chamar atenção para o fato de que ambos têm um ponto em comum: o reconhecimento de direitos sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo (Behring, 2011, p. 63).

Me inquieta pensar se, de alguma maneira, não seria a desassistência em saúde fruto de um processo histórico, como já mencionado aqui, um braço sofisticadamente bélico do Estado? O capitalismo, ao se desenvolver sob contradições inerentes à sua estrutura de classes, não apenas engendra crises econômicas, mas também instrumentaliza formas de opressão que atuam como um mecanismo de divisão e superexploração da força de trabalho.

Como Marx (1985, tomo II, p. 286) afirma, “a violência é a parteira de toda velha sociedade que está prenhe de uma nova; ela mesma é uma potência econômica”. Nesse sentido, o racismo não é um mero resquício ideológico, mas uma ferramenta

material que consolida hierarquias necessárias à acumulação capitalista. O Estado burguês, ao intervir para administrar essas contradições, reproduz e institucionaliza o racismo, seja através de políticas repressivas, seja pela naturalização da marginalização de grupos racializados.

Se há uma proposta de cuidado que não cuida, uma estratégia de acesso que não viabiliza acesso, uma concepção de saúde que não propicia a saúde, ou seja, que se estrutura na falha ao não pensar justamente as especificidades da saúde, há que se pensar se essa política, que é fundamental e importante, ao ser esfacelada seja na aplicabilidade, na ponta, na gestão ou no gerenciamento do dinheiro público, não acaba por constituir um caminho de fantasia. Dessa forma, a desassistência não é acidental, mas estrutural, articulando-se dialeticamente com as demandas expansivas do capital, que requerem tanto a disciplinarização da classe trabalhadora, quanto a manutenção de uma reserva de mão de obra subjugada e fragmentada.

Quero dizer que, se os objetivos da política não se cumprem, ou melhor, se a própria obrigatoriedade da política permanece como uma luta cotidiana dos usuários e gestores que compreendem sua importância, me parece que é possível inferir que, simbolicamente, há um imaginário que compreende como desimportante a garantia da manutenção das nossas vidas. Em outras palavras, há um sintoma social que, à medida que não é dito, passa em ato para as diversas formas de impossibilitar a execução da política.

## 7.5 A política de saúde da população LGBTQI+

O movimento organizado em defesa dos direitos LGBTQI+ no Brasil ganhou força no final da década de 1970, com o surgimento de grupos como o Somos, que inicialmente focavam nas políticas de enfrentamento à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Posteriormente, organizações como o Grupo Gay da Bahia e o Triângulo Rosa ampliaram as reivindicações para incluir direitos civis. Na década de 1990, a criação da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) marcou um avanço nas lutas específicas da população trans.

As conquistas legais começaram a se materializar nos anos 2000, quando o governo federal passou a incorporar demandas do movimento LGBTQI+ em suas políticas. Em 2004, foi instituído o *Programa Brasil Sem Homofobia*, com o objetivo de combater a discriminação (Brasil, 2004). Três anos depois, garantiu-se o direito à adequação corporal para pessoas trans e, em 2011, a união estável homoafetiva foi reconhecida. Neste mesmo ano, a Portaria nº. 2.836 estabeleceu a *Política Nacional de Saúde Integral LGBT*, assegurando diretrizes para atendimento no SUS (Brasil, 2011).

Dois marcos globais merecem destaque: em 1990, a OMS retirou a homossexualidade da CID-10, e em 2019 fez o mesmo com a transexualidade (OMS, 2019). Essas mudanças refletem uma importante evolução no reconhecimento dos direitos LGBTQI+.

Contudo, os dados revelam que as conquistas legais não se traduziram plenamente em igualdade na prática. Mulheres lésbicas ainda enfrentam atendimento médico precarizado, com menor solicitação de exames essenciais (Venturi & Bokany,

2006). A violência contra a população LGBT+ permanece alarmante: em 2021, foram registrados 316 casos de mortes violentas, mantendo o Brasil como o país que mais assassina pessoas trans no mundo (ANTRA, 2021).

Estes dados evidenciam como a identidade de gênero e a orientação sexual continuam sendo DSS, exigindo políticas públicas mais efetivas para garantir os direitos conquistados e avançar na redução das desigualdades. A política nacional de saúde integral da população LGBT está alinhada aos princípios constitucionais estabelecidos na constituição de 1988, que garante a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamentos do Estado Democrático de Direito (Brasil, 1988, art. 1º). Reforça o compromisso com os objetivos previstos no artigo 3º, que inclui a promoção do bem de todos, livre de preconceitos de qualquer natureza, como origem, raça, sexo, cor, idade e demais formas de discriminação (Brasil, 1988).

O reconhecimento de que a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero incidem na DSS, logo, compreende como esses marcadores atravessam diretamente os processos de sofrimento e adoecimento entre a população LGBT+. A LGBTQIAPN+fobia geram barreiras nas possibilidades de vida em todas as esferas dos sujeitos, e não é diferente no processo de saúde, que perpetua desigualdades e violações de direitos. Por essa razão, a Portaria nº. 2.836/2011 foi instituída para assegurar, ainda que na realidade o assegurar não seja garantido, no âmbito do SUS, uma abordagem integral e equitativa, combatendo a discriminação e garantindo atendimento digno a essa população (Brasil, 2011).

O objetivo geral da política é promover a saúde integral da população LGBT, eliminando o preconceito institucional e fortalecendo os princípios do SUS:

universalidade, integralidade e equidade. Isso significa não apenas ampliar o acesso, mas também qualificar o atendimento, considerando as especificidades dessa população. Além disso, a política estabelece 24 objetivos específicos, que detalham ações para enfrentar as desigualdades dentro do sistema de saúde, desde a formação de profissionais até a coleta de dados epidemiológicos que contemplem as demandas LGBT+.

Como primeiro eixo, fica estabelecida a criação de mecanismos de gestão para promover equidade no SUS, com atenção especial às demandas específicas da população LGBT+, considerando fatores interseccionais como raça, etnia, território e outras vulnerabilidades sociais. O segundo objetivo central visa ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde, assegurando atendimento qualificado e resolutivo que respeite suas particularidades. Essa premissa ressalta um desafio histórico: o preconceito institucional permanece como principal obstáculo que impede o acesso pleno da comunidade LGBT+ aos serviços de saúde, prejudicando significativamente a continuidade do cuidado.

O terceiro objetivo direciona esforços para qualificar a rede do SUS através de duas estratégias complementares: a educação permanente dos profissionais de saúde e o estímulo à produção acadêmica sobre questões relacionadas a minorias sexuais e de gênero. Paralelamente, o quarto objetivo enfatiza a necessidade de aprimorar os sistemas de informação em saúde, com destaque para a coleta, processamento e análise de dados desagregados sobre a população LGBT+, incluindo recortes étnico-raciais e territoriais. Essa sistematização de informações não só reconhece a existência dessa população no sistema de saúde, como possibilita a adequação dos serviços às

suas reais necessidades, desde o acolhimento – que deve incluir abordagem sensível sobre identidade de gênero e orientação sexual – até a oferta de procedimentos específicos.

As diretrizes da política se organizam em seis eixos fundamentais. O primeiro prioriza o respeito aos direitos humanos, com foco no combate ao estigma e à discriminação – fatores que historicamente excluíram a população LGBTQ+ dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Este eixo engloba o enfrentamento a todas as formas de violência (homofobia, lesbofobia, bifobia, transfobia), reconhecendo seu impacto direto no processo saúde-doença. O segundo eixo defende a articulação intersetorial, promovendo a cidadania através da integração com políticas de educação, trabalho e segurança pública, já que as questões de saúde LGBTQ+ exigem abordagem que transcende o âmbito estritamente sanitário.

O terceiro eixo trata da inclusão da diversidade, incorporando as especificidades populacionais tanto na formação profissional, quanto no desenvolvimento de políticas para grupos vulneráveis, beneficiando não apenas a população LGBTQ+, mas também outras minorias. O quarto eixo concentra-se no enfrentamento à violência, buscando eliminar a homofobia e outras formas de discriminação no âmbito do SUS, com potencial de gerar transformações sociais mais amplas.

O quinto eixo dedica-se especialmente às necessidades da população trans, implementando ações e serviços para alívio do sofrimento relacionado à inadequação identitária (corporal e psíquica), incluindo os processos transexualizadores. Por fim, o sexto eixo trata da disseminação de informações, garantindo transparência sobre direitos, qualidade da atenção e estratégias de enfrentamento à discriminação em

todos os níveis de gestão do SUS. Essa estrutura demonstra como a política busca abordar de forma abrangente os múltiplos desafios que impedem o acesso equitativo da população LGBT+ aos serviços de saúde, propondo soluções que vão desde a qualificação profissional até a produção de conhecimento e o combate estrutural à discriminação.

Em sua sétima diretriz, estabelece a inclusão obrigatória de temáticas sobre orientação sexual e identidade de gênero nos processos de educação permanente do SUS, abrangendo desde profissionais de saúde até conselheiros e lideranças comunitárias. Essa medida busca superar uma das principais barreiras no atendimento: a falta de compreensão sobre conceitos básicos que, frequentemente, leva a situações constrangedoras e discriminatórias, afastando justamente aqueles que mais necessitam dos serviços. A política complementa essa formação com a oitava diretriz, que determina a produção contínua de conhecimento científico e tecnológico para melhorar as condições de saúde específicas da população LGBT+, reconhecendo que essa produção acadêmica, originária principalmente das universidades, é fundamental para embasar as práticas profissionais. A nona diretriz reforça a importância da participação social, ao garantir espaços de representação para o movimento organizado LGBT+ nos conselhos e conferências de saúde.

No âmbito das responsabilidades institucionais, o Ministério da Saúde assume um papel central ao coordenar a implementação nacional da política, apoiando estados e municípios no desenvolvimento de ações locais e promovendo a pactuação através da Comissão Intergestores Tripartite. As competências ministeriais incluem, ainda, o desenvolvimento de estratégias específicas para a garantia dos direitos reprodutivos,

com atenção especial a situações sensíveis, como o pré-natal de homens trans, que enfrentam estigmas particulares no sistema de saúde.

A política prevê ações integradas de saúde mental voltadas a adolescentes LGBT+, além de atenção específica à população privada de liberdade e vítimas de violência doméstica, sexual e social – grupos que demandam abordagens especializadas. Para a população trans, são estabelecidos protocolos clínicos detalhados, que abrangem desde terapia hormonal até procedimentos cirúrgicos, como mastectomia e histerectomia, sempre com base em evidências científicas. A vigilância e prevenção da violência contra LGBT+ ganham destaque como eixo estratégico, assim como a incorporação de recortes étnico-raciais e territoriais nos materiais de formação profissional.

Nos níveis estadual e municipal, a política se concretiza através da elaboração de planos de ação adaptados às realidades locais, da pactuação nas Comissões Intergestores Bipartites e da efetiva inclusão dessas diretrizes nos planos de saúde regionais. A educação permanente surge como eixo transversal, garantindo que os conteúdos sobre saúde LGBT+ sejam incorporados na formação contínua dos profissionais, enquanto as práticas educativas ampliam o conhecimento sobre direitos e serviços disponíveis. O apoio aos movimentos sociais completa esse ecossistema, fortalecendo a capacidade de articulação e controle social por parte da própria comunidade LGBT+. Essa estrutura integrada demonstra como a política busca transformar princípios em práticas concretas em todos os níveis do sistema de saúde.

## 8 Resultados e discussões

Dos 12 canais analisados, atrelado ao critério de ter ao menos um vídeo que falasse sobre saúde articulado as experiências pessoais entraram para a o corpus final da pesquisa 6 canais: **Adodi** – Jeovane; **Muro pequeno** – Murilo; **Guardei no Armário** - Samuel Gomes; **Spartakus** – Spartakus; **Renan Wilbert** - Renan Wilbert; **Jean Fontes** - Jean fontes.

Considerando que os canais acima adequavam-se aos critérios estabelecidos para inclusão, passei para a etapa de seleção inicial dos vídeos a serem analisados. Utilizando os mesmos descritores de “saúde” e “cuidado e saúde” realizei a catalogação de todos os vídeos que a plataforma apresentava como resultado para essas buscas.

No canal **Adodi**, utilizando o descritor “saúde”, a plataforma apresentou 33 vídeos, enquanto com o descritor “cuidado e saúde” foram encontrados 4 vídeos. No canal **Muro pequeno**, com o descritor “saúde”, foram encontrados 120 vídeos, e com o descritor “cuidado e saúde”, 5 vídeos. O canal **Guardei no armário**, conforme resultados com o descritor “saúde”, tinha 59 vídeos, e, usando o descritor “cuidado e saúde”, 3 vídeos. O canal **Jean Fontes**, em relação ao descritor “saúde”, apresentou 15 vídeos, e, quando utilizado o descritor “cuidado e saúde”, foi encontrado somente 1 vídeo. No canal **Spartakus**, com o descritor “saúde”, foram encontrados 35 vídeos, e com o descritor “cuidado e saúde”, somente 1 vídeo. Por fim, no canal **Renan Wilbert**, em relação ao descritor “saúde”, foram encontrados 97 vídeos, e com o descritor “cuidado e saúde”, apenas 1 vídeo.

Após catalogar todos os vídeos que apareceram como resultados nas buscas dos descritores, realizei uma primeira seleção que tinha como objetivo catalogar todos os vídeos que tivessem no título ou na descrição temas sobre saúde e cuidados em saúde. Dessa forma, os seguintes números: **Adodi** (14 vídeos), **Muro pequeno** (11 vídeos), **Guardei no armário** (21 vídeos), **Jean Fontes** (6 vídeos), **Spartakus** (6 vídeos) e **Renan Wilbert** (23 vídeos).

Feita a seleção dos vídeos que contivessem no título ou na descrição temas sobre saúde ou cuidados em saúde, realizei a uma última seleção para inclusão no corpus final de análise. Dessa forma, assisti todos os vídeos selecionados, buscando compreender se estes tinham como foco experiências, percepções ou vivências em saúde que fossem atreladas às histórias pessoais dos youtubers ou seja, que versassem sobre temáticas em saúde e a experiência enquanto homens negros gays.

### **Um exercício de mergulho: Padrões corporais o Eu, o Nós e os fragmentos de memórias**

Esse processo de mergulhar em mim mesmo, buscar memórias, impressões e formas de cuidado em saúde é estranho. Por falta de uma palavra diferente, vou denominar aqui como “estranho”, porque, de alguma maneira, eu vou buscando, vasculhando as coisas das quais me lembro, mas ao mesmo tempo me pego pensando como o correr da vida me faz não olhar as especificidades. Trabalho cotidianamente com o discurso, com a fala, com memórias de pessoas, reconheço e admiro a importância do recordar, como ato fundamental para construir outros mundos possíveis, mas, ao me pensar como sujeito, percebo a tarefa árdua do lembrar,

principalmente de um recordar focado. Assim como a difícil tarefa de tentar – o que não é simples nem garantido – distinguir o quanto dessas memórias são recordações da vida prática, ou construídas por mim mesmo, ao tempo em que tento, de alguma forma, olhar para elas com olhos de agora, olhos de quem se permite conhecer, não analisar, ao menos não de imediato.

Quando penso nos processos de cuidado em saúde, algumas coisas iniciais vêm à minha cabeça. Acho que, em determinado momento da minha história, as questões de saúde estiveram muito relacionadas a um saber médico e à ideia de que eu precisava ir ao médico por questões específicas, como alergias e problemas respiratórios, embora hoje compreenda a importância dos chás que minha avó fazia quando eu passava por algum processo de adoecimento. Das visitas recorrentes ao “TiOtonho” para que ele pudesse me benzer, as cinzas no corpo depois do carnaval, água benta guardada em casa ou fluidificada, enfim. Hoje compreendo e reconheço que os cuidados em saúde foram amplos, diversos, passaram pelo processo do saber médico, mas foram atravessados ao mesmo tempo pelos saberes dos meus mais velhos. No exercício de reunir essas memórias, recordo-me da função de tantas ervas que figuraram a minha história de vida e das quais aprendi desde muito cedo as funções. O chá de boldo para problemas de estômago, chá de funcho para melhorar a digestão, erva cidreira para acalmar, “favaca” para pulmão cheio, tosse, resfriado e combinado com o chá de alho e gengibre. Mel com açafraão para melhorar a garganta, gemada para fortalecer no meio ao adoecimento. A medicina tradicional, não biomédica, que se construiu na oralidade dos que me antecederam e foi atravessando

as gerações, foi e permanece sendo cuidado fundamental para a minha saúde. Seja ela do campo fisiológico ou mesmo espiritual.

Cabe localizar que minha família (aqui me refiro à minha mãe e ao meu pai) mudava-se com frequência, por questões de trabalho do meu pai. Morei em alguns estados do país com climas muito diferentes, e o último estado em que vivi, dos cinco aos nove anos, talvez o período da infância do qual tenho mais recordações, foi justamente onde minhas síndromes respiratórias se tornaram mais problemáticas, se é que posso dizer assim. Nesse momento, pensando em serviços de saúde, lembro-me de fazer exames de rotina, consultas ao médico, ao pediatra e ao dentista. Existia essa dinâmica de saúde muito articulada a uma ideia de atendimento médico.

Especificamente em relação a vacinas. Sempre que fazíamos viagens de férias, semestralmente para a cidade dos meus pais, eu ia ao posto de saúde para tomar vacinas e atualizar meu cartão vacinal. Lembro-me de ver meu cartão de vacina, aquele azulzinho, que tenho até hoje. Esse processo sempre foi muito natural na minha vida.

Talvez esse seja um divisor de águas significativo nas minhas experiências em saúde e na minha vida, enquanto sujeito, pois é na transição da infância para a adolescência que meu corpo passa a ser colocado como um corpo errado. Meus pais me levaram a um pneumoalergista (ou algo assim) e lá, ao discutir minhas questões respiratórias, o médico disse que eu estava gordo. Ele usou a expressão: “Tem que colocar o guri no campo para correr”. Esse momento inaugurou a relação que construí com os cuidados em saúde e com meu corpo por um longo período da vida, porque ali meu corpo passou a ser um problema, proibido, que precisava ser visto e ajustado.

Não sei até que ponto isso era de fato cuidado, mas meu corpo foi lido como inadequado.

Essa transformação de uma condição de saúde em um veredito sobre meu corpo, sob o pretexto de um cuidado médico, é precisamente a hipocrisia que o youtuber Renan Wilbert denuncia em seus vídeos. A suposta preocupação com a saúde se revela como uma ferramenta de julgamento.

*Não é gordofobia. Eu falo porque eu me preocupo com a sua saúde. Se preocupa com a saúde do gordo? Nenhuma. Vamos parar de mentir. Pelo menos seja honesta. Assuma que você é uma pessoa gordofóbica (Renan Wilbert).*

Esse é um momento significativo porque o peso se tornou um marcador central na minha história. A obesidade me acompanha desde o início da adolescência e sempre foi um fator de sofrimento e violência. Nunca foi tratada como um adoecimento, mas como uma vergonha, algo que dependia exclusivamente do meu esforço, ou da minha falta de esforço. Era vista como desleixo, falha moral, algo que me colocava como culpado, nunca como alguém que carecia de cuidados específicos para lidar com uma doença. Essa marcação temporal delineou minha relação com o cuidado do corpo, pois a saúde passou a ter uma conotação de “peso”, no duplo sentido da palavra.

Aprendi a odiar meu corpo muito cedo. Aprendi que era um corpo errado, que não deveria existir como existia. A obesidade nunca foi entendida como uma doença crônica que precisava de acolhimento, escuta ou tratamento humanizado. Em vez disso, era um estigma que chegava antes de mim em qualquer consulta médica. Podia

estar com uma unha machucada, mas o médico se sentia no direito de me lembrar que precisava emagrecer.

Esse discurso também estava presente na minha família, que tem ligação com a área da saúde, tenho tios que trabalharam como técnicos em enfermagem. A obesidade era um tema constante: tios me ligavam quando o Globo Repórter falava sobre riscos da obesidade infantil, me davam revistas com matérias sobre alimentação saudável. Antes de qualquer cumprimento afetuoso, alguém já me lembrava de que eu estava gordo e precisava emagrecer. Minha obesidade existia antes de mim.

Essa constante patrulha e a associação da gordura a uma falha moral ignoram a complexidade da experiência, tratando o corpo gordo de uma forma que jamais seria aplicada a outras condições de saúde. Encontrei ressonância da minha história também nos vídeos do youtuber Renan Wilbert, quando questiona em seu argumento:

*se a gordura fosse de fato uma doença, o tratamento social seria o ódio e a exclusão?*

*Gente doente tem que ser infeliz, porra! É claro que não! Você tá com câncer. Claro que câncer é uma merda. Você vai viver infeliz por causa do câncer. Só vai piorar essa situação. [...] se ele, vamos supor ele já sendo doente, você ainda vai querer deixar ele deprimido, vai querer excluir ele, deixar ele triste [...]. Você vai fazer piada com um deprimido, Você vai fazer piada com alguém que tem câncer (Renan Wilbert).*

Outro fato importante, embora tenha “virado” um vídeo específico somente em um canal, diz respeito a adequação ou inadequação aos critérios de beleza e padrões corporais. No canal ADODI há vídeos específicos em que o youtuber vai falar da

relação com o próprio corpo, de como não se compreende dentro de um padrão corporal esperado ao mundo gay e que não ter esse corpo foi por muito tempo motivo de muito sofrimento. Relato semelhante é encontrado no canal Spartacus, sobre as inseguranças como próprio corpo e a importância de amar o corpo e Muro Pequeno ao falar sobre corpos padrões. No canal de Renan Wilbert, o youtuber tematiza as questões referentes aos padrões estéticos e de beleza no mundo gay, mas constrói também uma discussão importante sobre a gordofobia enquanto um problema de saúde, que produz sofrimento.

E sobre a gordofobia, que Renan cita em seus vídeos, sendo ele o único homem gordo dos canais me leva a retomar também as próprias experiências em saúde e como a gordofobia foi algo que atravessou minha história de vida. Boldrin (2024) ao apresentar que em sua pesquisa ouviu diversas vezes que a obesidade é algo ruim para tudo dentro do hospital, apresenta como os corpos gordos são vistos na dinâmica hospitalar por diversos profissionais de saúde e sempre como um problema. A autora traz uma discussão sobre como foram construídos os padrões de normalidade e como eles atravessam as possibilidades de cuidado dos corpos gordos, algo que os vídeos de Renan trazem em recorrência. Desde a problematização sobre a patologização dos corpos gordos nos processos de saúde, mas também de como os discursos disfarçados de preocupação com saúde operam em uma lógica de censura, repulsa e desprezo com esses corpos.

Nesse sentido, há que se questionar não só a correlação direta entre a obesidade enquanto problema, um olhar negativo sobre uma doença. Quanto como a dinâmica moralizante dos discursos em saúde impactam diretamente não só o acesso

e adesão ao tratamento, como as reais possibilidades de um processo de cuidado. E por último, como esses mesmos discursos moralizantes e normativos estão alicerçados em compreensão reducionistas sobre a saúde, algo que fica visível na compreensão de como iniciou-se a parametrização de peso ideal nos debates em saúde.

Em um esforço para diminuir o risco, os analistas que trabalhavam com companhias de seguros analisaram os números e descobriram que os segurados que estavam consideravelmente fora da faixa média de relação peso/altura representavam maior risco de mortalidade. E numa época em que a grande maioria dos assalariados eram brancos e do sexo masculino, o resultado foi que os dados sobre homens brancos de classe média em idade ativa formaram a base das primeiras tabelas de 'peso normal' da América (Strings, 2019, p.188).

Ao falar sobre a importância de compreender que o corpo do outro não é algo que diz respeito aos comentários de outras pessoas, ele fala sobre gordofobia:

*A gordofobia não vai fazer gordo girar magro, vai até fazer umas pessoas tentarem bariátrica. Mas se a gente for ver a taxa de falha de cirurgia bariátrica, pessoas que engordam depois da cirurgia é muito alto. Se a gente for ver a quantidade de dieta que está errado, basicamente toda dieta dá errado. Então, assim, ninguém está virando o magro por causa de gordofobia. A pessoa emagrece quando ela tá afim de emagrecer, se o biotipo dela permite que ela emagreça. E seu comentário não tá ajudando, seu comentário só está tornando a realidade da pessoa pior, então não seu comentário sobre gordo. A doença não justifica qualquer ação gordofóbica sua ou da sociedade.*

*Eu nem entro muito nesse papo de saúde, porque a gente sabe que essa conversa de que todo gordo é doente é uma grande desculpa para disfarçar a gordofobia, porque existem pessoas doentes e saudáveis sendo gordas e magras. É gordo, não tem que ficar passando recibo da própria saúde para ninguém. Mas mesmo que todo gordo fosse doente, é assim que se trata uma pessoa doente. Você olha, fala, você é doente porque você tem um corpo que não é saudável. Eu tenho direito de também fazer sua mente ficar cagada, de acabar com a sua saúde mental.*

*Eu tenho um amigo que tem uma pasta cheia de print de mensagens horrorosas de Grindr, de Scruff, de growler, de todos esses aplicativos, inclusive de growler, que teoricamente era para ser o aplicativo para urso e é coisa bem pesada. Uma pessoa com quem ele nem mandou um oi, uma pessoa para quem ele nem deu uma curtida, simplesmente se acha no direito de mandar uma mensagem dizendo que achou ele feio, dizendo que ele deveria emagrecer falando da saúde dele como se fosse um médico. Inclusive, se você é médico e a pessoa não é seu paciente nem te pediu nenhuma opinião, você não tem que ficar se metendo também (Renan Wilbert).*

Essa proposta de “cuidado” em saúde que utiliza o terror e o estigma como ferramenta de intervenção clínica em nada aproxima-se de um espaço onde a obesidade é tratada como uma doença crônica e que precisa de atenção e cuidados, algo que Boldrin comenta:

Assim, entendo que as falhas do cuidado que atravessam o itinerário terapêutico de pessoas gordas é um aspecto fundamental para compreender o acesso à

saúde, que, vale reforçar, é atravessado pelos julgamentos morais e por lógicas de auto responsabilização; mais do que isso, tais falhas do cuidado modulam a relação entre obesidade e fator de risco. O ponto que defendo aqui é bastante claro: a falha no cuidado produz o risco (Boldrin, 2024, p186).

Esse cenário é fundamental para entender como minha história com a saúde foi construída. Lembro-me de ir ao psicólogo naquela época, e essa ida estava diretamente relacionada ao desejo familiar de que eu emagrecesse. Também me recordo de consultas médicas atreladas exclusivamente ao processo de emagrecimento, sempre centradas na minha obesidade. É interessante retomar isso, pois, nesse momento, no que diz respeito à minha saúde mental, existir no ambiente escolar era um processo contínuo de adoecimento, angústia, violências.

Um adolescente preto, gay e gordo, um alvo não só fácil como repleto de marcadores do que deve ser exterminado. Nos meus piores pesadelos, a escola sempre é um cenário. Ser um adolescente preto e gay em uma escola pública que nunca se preocupou em me proteger foi terrível. Ao mesmo tempo, chegar em casa e contar que era humilhado pelos colegas, “viadinho”, “baleia” e outros nomes que felizmente eu não me recordo, era algo que parecia impossível. Como buscar auxílio, ajuda, conforto contra a homofobia em um espaço onde eu sempre recebi cuidado e segurança, mas para a permanência disso, a minha orientação sexual precisava ser escondida?

A violência contínua, que visa corrigir ou apagar o corpo que sou, ilustra a total ineficácia e a crueldade da gordofobia como suposta ferramenta de mudança. O

objetivo não é o emagrecimento, mas a humilhação, o preconceito não leva à transformação, mas apenas ao sofrimento.

A homofobia, o racismo e outras violências que se reproduzem no chão da escola é fator adoecedor e preocupante. Cursei o ensino fundamental e médio em um momento pós Lei n. 10.639/2003 e nunca tive, em nenhuma das disciplinas, o tema da história da África, a contribuição dos afrodescendentes para a construção do Brasil ou das afrobrasilidades.

A temática racial restringia-se unicamente ao processo de escravização da população negra. Trago essas informações para problematizar também a convivência, a isenção e conseqüentemente a cumplicidade assentada no silêncio, com que meus professores tiveram no decorrer dos meus anos escolares. Eu nunca fui defendido, poucas vezes consegui pedir ajuda, mas mesmo nos momentos em que a violência era explícita, nada foi feito.

Essas questões são significativas porque me fazem refletir: quando, pela primeira vez, a questão racial se tornou relevante nos meus cuidados em saúde? Visto que ela figurava grande parte do meu adoecimento. Quando o fato de ser um homem negro foi considerado por um profissional que me atendia, interferindo ou implicando um olhar diferenciado? Como esse processo de saúde-doença seria diferente dentro da saúde da população negra, considerando iniquidades, acesso a cuidados e os princípios de integralidade e equidade do SUS, princípios que também estão articulados na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?

Nesse ponto, fui me afastando cada vez mais dos serviços de saúde. Na minha história, saúde sempre foi um lugar de culpabilização e terror em relação a esse corpo,

um terror nunca explicado, uma espécie de “cuidado” disfarçado que nunca foi, de fato, cuidado. Hoje, como um homem adulto obeso, compreendo a obesidade como uma doença crônica, envolvendo fatores fisiológicos, sociais e comportamentais, além de estar ligada a uma indústria alimentícia que a promove como estratégia de consumo. Sei que seu acompanhamento exige abordagem multidisciplinar, considerando a realidade de vida do sujeito, suas possibilidades (ou impossibilidades) de escolha alimentar e um tratamento verdadeiramente humanizado. Essa compreensão me mostra que seu tratamento não só demanda todos esses fatores, mas, principalmente, que qualquer cuidado em saúde para doenças crônicas requer humanização.

Há uma situação em específico, talvez a única em que a questão racial emergiu como tema relevante no meu atendimento: estava na cidade dos meus pais, não me lembro a minha idade exata, embora recorde já não morar lá, o que significa que tinha mais de 19 anos, e precisei ir ao pronto-socorro. Não me recordo qual era a minha queixa inicial, mas minha pressão estava alta na triagem.

Ao entrar no consultório, o médico repetiu a aferição já normalizada, e então, pela primeira vez, ouvi algo sobre saúde da população negra. Ele mencionou nossa predisposição à hipertensão, recomendando acompanhamento, devido a históricos familiares e agravos associados à população negra. Sugeri monitorar a pressão na UBS e marcar consulta com clínico geral. Na época, não compreendi plenamente, mas hoje consigo concatenar um pouco melhor essas ideias, no melhor jargão lacaniano, o sentido veio a posteriori. Meu avô paterno morrera de infarto (era hipertenso e diabético), e minha avó também tinha problemas cardiovasculares, ambas pessoas negras. Ou seja, eram agravos fisiológicos ligados à população negra – algo que, pela

primeira vez, me foi dito ali, e que foi determinante na mortalidade de meus familiares negros. Nunca alguém havia falado sobre isso.

A questão racial foi negligenciada em toda a minha trajetória de saúde (e na educação). Quais são as especificidades do cuidado com corpos negros? Por que precisamos de atenção às nossas vulnerabilidades raciais? Essas perguntas, que hoje faço como pesquisador e homem negro na área da saúde, só surgiram quando entrei na universidade e comecei a estudar os processos de cuidado em saúde, ainda assim, pouco tematizados.

### **As pessoas morrem de medo de falar: Saúde, estigma e sorologia**

“Sei que você compreende.

Sei também que, para os outros, esse vírus de *science fiction* só dá em gente maldita. Para esses, lembra Cazuzo: ‘Vamos pedir piedade, Senhor, piedade pra essa gente careta e covarde’.  
De alguma forma absurda, nunca estive tão bem”.

(Pequenas Epifanias – Caio F. Abreu)

Dos seis canais em que me aprofundi e centrei as observações para a pesquisa, somente dois deles não traziam vídeos com temáticas que versassem saúde atrelada a IST. Refiro-me aos canais Spartacus e Jean Fontes. Os demais canais, nos vídeos em que falavam especificamente sobre saúde, foi possível compreender que estes estavam atrelados a duas temáticas, saúde mental, aqui correlacionada aos termos/temas como autoconhecimento, autocuidado, autoamor, amor-próprio, saúde

emocional, ou vídeos que versavam sobre ISTs, ao falarem sobre termos/temas como sorofobia, sexualidade sem tabus ou quando sai a camisinha.

No canal Renan Wilbert, há um vídeo intitulado *O assunto que GAYS têm MEDO de falar*, no qual o youtuber fala sobre como a sorofobia vai construindo um processo que coloca em risco as pessoas.

É muitíssimo provável que esse vídeo tenha um engajamento muito baixo, um número muito baixo de visualizações, mas ainda de likes. E é bem provável que tenha poucos comentários, porque é um assunto que as pessoas fogem.

*As pessoas morrem de medo de falar sobre HIV, de se informar sobre o HIV e esse medo que as pessoas têm, esse tabu que a gente coloca sobre o tema de HIV e AIDS é um dos principais motivos pelos quais a gente ainda tem tanto problema com esse vírus e com essa doença (Renan Wilbert).*

De fato, o assunto parece ser evitado, e eu diria que não só por gays. E como antecipado por Renan, o vídeo não teve grandes repercussões, considerando que o canal dele tem 11 mil inscritos, e que o vídeo foi publicado em 3 de julho de 2020, período em que canais como o dele ainda tinham um público considerável. Assim, as métricas parecem baixas: 668 visualizações e 17 comentários, conforme dados do Social Blade, que também apresenta que a média de visualizações dos vídeos dele é de 2.181.

A discussão sobre IST/HIV nos outros canais é menos diretiva, embora também esteja presente. No canal *Muro pequeno*, Murilo Araujo conversa com outro youtuber, Gabriel Estrela, sobre a temática do HIV/AIDS.

*Rolou a polêmica aí com o chamado Clube do Carimbo, que era a prática de alguns caras que estavam querendo infectar pessoas propositalmente com HIV. Só que aí essa aqui é uma prática tipo bizarra, né? Foi se desdobrando em um monte de coisa. As pessoas começaram a achar que toda pessoa que faz sexo sem camisinha é um carimbador. E aí, nesse pacote começaram não só estigmatizar as pessoas que fazem sexo sem camisinha, como todo mundo que tem HIV como uma possível bomba relógio pronta a te infectar a qualquer momento. E a gente precisa repensar um pouquinho dessas coisas, focar bastante, já passou da hora de fazer isso, porque essa notícia volta de tempos em tempos. Alguém lança ela de novo e ela volta a circular (Muro pequeno).*

*Mas é importante aqui a gente parar de estigmatizar pessoas. Se uma pessoa opta por fazer sexo sem camisinha, a gente não pode tratar essa pessoa imediatamente como uma suicida ou como uma homicida que quer infectar todas as outras pessoas. Primeiro, porque não necessariamente essa pessoa tem HIV, né? Segundo, porque isso que você tá falando. Existem outras possibilidades de prevenção aí envolvidas na história (Muro pequeno).*

No canal *Guardei no armário*, há uma série de 5 vídeos, chamada Sexualidade Positiva, na qual ele traz um convidado para discutir sobre as suas experiências e percepções como uma pessoa vivendo com HIV. Há também um outro vídeo com o youtuber dono do canal, *Bicha Nagô*, sobre sorologia.

Embora Samuel Gomes, o responsável pelo canal e um homem negro gay não fale sobre a questão do HIV, o foco dos dois vídeos são outros dois homens que ele convida para falarem de si. Penso ser oportuno trazer o relato do Enzo:

*A gente morava próximo de um centro de testagem. Os meus amigos que moravam comigo, eles foram no posto, fizeram o teste e aí voltaram pra casa. [...] E aí eu fui no outro dia com a minha irmã para fazer o teste. Em momento nenhum eu tinha pensado que poderia dar positivo. Eu fui fazer o teste porque eu fazia frequentemente o teste. Eu fazia de seis em seis meses e aí eu estava na sala de espera e a enfermeira começou a chamar várias pessoas que tinham feito o teste depois de mim. E aí foi quando, antes dela me chamar, virou uma chave assim de eu acho que eu estou com HIV. E aí na hora que me chamaram, não foi a enfermeira que me chamou, foi a psicóloga. Então eu entrei na sala dela já sabendo o que ia ser a conversa, aquele silêncio ensurdecedor. Assim eu não falava uma palavra e ela não falava nenhuma palavra também. Até que a psicóloga me chamou e aí eu entrei no consultório e tal, ela me deu a notícia e eu não consegui esboçar nenhuma reação. Assim, eu fiquei pum parado e aí ela já meio que deu a indicação dos quais passos eu precisaria dar (Guardei no armário).*

*A falta de informação sobre HIV, sobre qualquer outra IST Coloca a gente nesse lugar de medo e no imaginário social. Quando se fala sobre a AIDS, a gente está muito atrelado ainda aos anos 80, das pessoas morrendo e tudo mais. As pessoas ainda morrem em decorrência de AIDS, mas não dá para negar que houve um avanço (Guardei no armário).*

Penso ser possível compreender que a temática das ISTs está presente no conteúdo dos canais e que trazem discussões e informações interessantes e importantes. A aposta, ao que parece, de todos os youtubers em questão, é que falar

sobre o assunto, fundamental para que circule informação, diminua o estigma e seja possível um tratamento dos sujeitos, o que corrobora com Vasconcelos (2019) quando discute os dados sobre HIV e AIDS.

A análise rasa e equivocada que frequentemente é feita desses números é a de culpabilização das populações que apresentam as altas prevalências, quando, na verdade, todo o universo acadêmico e científico mundial que estuda HIV entende que elas são as vítimas de uma epidemia que é mediada por fenômenos sociais (Vasconcelos, 2019, s./p.).

Richard Parker afirma que a homossexualidade passa a ser colocada dentro do debate público principalmente a partir da epidemia de AIDS nos anos 80, ou seja, é num período epidêmico que uma orientação sexual entra no debate público. Ou seja, o estigma foi construído na medida em que AIDS e homossexualidade tornam-se aspectos considerados inerentes.

Nos Estados Unidos, por exemplo, os “grupos de risco” eram chamados de “os quatro H”: hemofílicos, haitianos, homossexuais e usuários de heroína. No entanto, quando dados de outras regiões (como África e América Central) começaram a surgir, percebeu-se que o perfil epidemiológico era diferente, em alguns lugares, a prevalência era maior entre mulheres, sem relação com uso de drogas ou atividade homossexual (Gomes et al., 2011).

A produção acadêmica relacionada ao HIV/AIDS demonstrava uma preocupação com o estigma social, algo que era pensado justamente sobre a diferença de transmissão nos diferentes continentes e como esses fatores de diferença construíram uma forma de exclusão. Existia um medo sobre a possibilidade de a testagem

compulsória criar uma distinção estigmatizada, um grupo inferior e discutia os riscos dessa discriminação para a vida das pessoas (Mac Rae, 1987).

A preocupação com o estigma corrobora com Herbert Daniel, da ABIA, que introduziu o conceito de “morte civil” dos doentes de AIDS e com Terto Junior (1999), que analisou a transformação da soropositividade de condição médica para identidade política nos anos 1990.

AIDS chegou ao Brasil com caráter de “peste anunciada”, vinculada, naquele momento, a grupos marginalizados, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis, prostitutas, michês e travestis, agrupados na categoria de “grupo de risco”. Estes formavam, nesse sentido, “espécies”, no sentido empregado por Foucault, ao discutir a construção da homossexualidade enquanto fenômeno clínico. Essa nova “espécie” foi aglutinada na categoria clínica de “aidético”. São estes grupos que a nossa sociedade sempre caracteriza ou associa a este tipo de doença, porque são pessoas marginalizadas pela própria sociedade devido ao modo de vida que essas pessoas levam (Pelucio, 2007, p. 127).

Paralelamente, com a identificação do vírus, passou-se a falar em “comportamento de risco” isso levou a questionamentos sobre o conceito de “grupo de risco”. A ideia era que a AIDS não estava restrita a determinados grupos, mas era uma doença infecciosa transmitida por contato próximo com secreções humanas, via sexual, compartilhamento de agulhas, transfusão de sangue ou transmissão vertical (mãe-filho).

As políticas públicas e pesquisas já apresentavam que a vulnerabilidade à infecção não está restrita a grupos específicos. O *Manual do Multiplicador*

*Homossexual* (Brasil, 1996) já alertava que tanto homens gays quanto heterossexuais podem contrair o vírus, sendo o fator determinante a exposição a fluidos corporais. Essa perspectiva ampliou-se no *Guia de Prevenção* (Brasil, 2002), que abordou os riscos biológicos e comportamentais da infecção, independentemente da orientação sexual. Os dados presentes no *Plano de Enfrentamento* (Brasil, 2007) complementam essa visão ao revelar que, paradoxalmente, homens homossexuais tendem a adotar medidas preventivas com maior frequência que heterossexuais, incluindo uso consistente de preservativos e realização regular de testes.

O conceito de vulnerabilidade possibilita ampliar a concepção para além do comportamento de risco. Ao buscar sínteses conceituais e diretrizes práticas para transformar dimensões comportamentais, sociais e político-institucionais. O que é central nessa definição é relacionar as diferentes susceptibilidades de indivíduos e grupos populacionais a agravos à saúde e suas consequências, desde sofrimento até limitações e morte.

Primeiro, é importante destacar que se trata de sínteses conceituais, ou seja, o quadro da vulnerabilidade estabelece um diálogo entre diferentes saberes, sempre com foco em diretrizes práticas. É um conceito pragmático, criado para desenvolver recursos que permitam intervenções efetivas. Esse problema é entendido em três dimensões interligadas: (1) a individual (nossas práticas), (2) o contexto em que essas práticas ocorrem e (3) o modo como serviços e políticas de saúde atuam nesse cenário. A ideia é pensar essas três dimensões conjuntamente, sintetizando quadros conceituais voltados para a prática e já considerando programas e serviços não como meros receptores de demandas, mas como parte de uma realidade que precisa ser

compreendida. Inclusive, programas e serviços de saúde podem, eles mesmos, produzir vulnerabilidade (Ayres, 2022).

Nesse sentido, é importante compreender que vulnerabilidade não é uma essência das pessoas e não é sinônimo de fragilidade, mas uma condição relacional, ligada à organização das relações sociais. As pessoas podem estar vulneráveis em certas situações, a determinados agravos, e essa condição pode mudar ao longo do tempo. Por isso, para entender esse cenário é fundamental compreender quais ações, tornam as pessoas mais suscetíveis, o território em que estão. Ou seja, é preciso considerar as relações de gênero, relações raciais, econômicas e geracionais para compreender padrões de comportamento e exposição (Ayres, 2014).

E atrelar aos saberes científicos, também os saberes de quem é afetado, pois estes podem compreender o cotidiano que pode estar gerando a situação de vulnerabilidade. A síntese desses saberes ajuda a entender a realidade concreta e uma possibilidade de avaliação inclusive dos serviços e se estes estão promovendo cuidado ou desassistência (Ayres, 2009).

O SUS, com seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, é um exemplo dessa abordagem. Ele reconhece que as necessidades de saúde exigem ações diversificadas e articuladas, sempre em diálogo com os saberes das comunidades. Um bom cuidado não é apenas técnico, mas afetivo e construído coletivamente. Construir condições para que as pessoas, refletindo sobre suas realidades possam transformar coletivamente os contextos sociais que ampliam sua vulnerabilidade. O cuidado em saúde deve integrar saberes técnicos e práticos,

valorizando a intersubjetividade e os afetos que permeiam as relações cuidadoras, potencializando os positivos e mitigando os negativos.

Por isso, penso ser importante compreender como os cuidados, educação e prevenção em saúde foram se organizando nos serviços, de forma que se articulavam na reprodução e na ampliação dessa concepção que estigmatiza as populações LGBTQIAPN+. Ainda que a literatura traga evidências de que essa compreensão, em termos científicos, já foi superada.

Ou seja, podemos compreender que na atualidade ainda há no imaginário social uma correlação quanto à compreensão sobre IST e sua prevalência na população LGBTQIAPN+, principalmente quanto ao estigma do HIV e da . A literatura, em estudo realizado por (Souza, 2022; Unids, 2007) corrobora ao afirmar que ainda prevalece uma vinculação histórica de entre HIV/ AIDS aos “grupos de risco” e em especial homens gays, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e pessoas trans.

Ao que parece, pensar saúde da população LGBTQIAPN+, na perspectiva dos vídeos encontrados, restringe-se à ideia de sexo ou saúde mental, ou seja, à ideia de que essa população somente necessita de cuidados em serviços específicos, o que não é uma verdade.

O perfil epidemiológico da AIDS trouxe evidências de que estava configurava uma ameaça à população em geral e de que havia uma tendência à heterossexualização da AIDS (Parker, 1994), tendo sido resgatada a partir das análises que apontaram a concentração da epidemia brasileira (Brasil, 2000; Fonseca & Bastos, 2007; Malta et al., 2010; Veras et al., 2014).

Nesse ponto, inclusive, acho importante destacar minha experiência como alguém que faz acompanhamento e usa PrEP. Sempre digo que estar no Centro de Testagem é um processo de produção de angústia. Poucos espaços de cuidado em saúde me colocam em uma posição tão angustiante quanto aquele. Embora compreenda que culturalmente fui ensinado a temer falar e compreender ISTs e que esse temor é algo que dá notícias sobre o funcionamento da sociedade em relação à sexualidade, acredito que há também uma série de elementos no local que frequento que alimentam essa sensação.

O primeiro deles talvez seja a própria equipe, as pessoas que estão ali. E aqui faço um apontamento para afirmar que, com esse relato, não estou culpabilizando esses sujeitos. Entendo que são trabalhadores da saúde, submetidos à precarização do trabalho. No entanto, essas falhas no cuidado não podem ser desassociadas de questões estruturais. A menção a trabalhadores da saúde submetidos à precarização do trabalho e a uma realidade onde o sistema de saúde público foi terceirizado para instituições de cunho religioso é central. Esse cenário colide frontalmente com os princípios do SUS, como a integralidade, a equidade e a laicidade. Um sistema de saúde que deveria ser universal e pautado pelo acolhimento integral pode, sob uma gestão privada e com vieses ideológicos, priorizar metas quantitativas em detrimento do cuidado universal, tornando a experiência do paciente dependente da “sorte” de encontrar um profissional acolhedor o que vai na contramão da política: “Art. 7º, Inciso II. integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990, s./p.).

Os estudos de Lelis et al. (2012) trazem relatos de discriminação sofrido por parte de profissionais de saúde, enfermeiros, médicos, atendentes o que impacta o acesso aos serviços de saúde e culmina em risco da interrupção do tratamento ou de adiamento dos cuidados. Esse estudo, corrobora com o que vivencio e com relatos de amigos que fazem acompanhamento da PrEP no mesmo ambulatório. Nas conversas informais, há relatos de indisponibilidade de alguns médicos em tirar dúvidas, realizar encaminhamentos ou mesmo sugerir a interrupção da PrEP devido a alguma prática sexual específica, como *gouinage*<sup>2</sup>.

Não foi incomum que ao iniciar o acompanhamento pessoas tenham me indicado por buscar um profissional com quem me identifique, que nos relatos de outros pacientes seja alguém educado, disponível e que não só atenda no ambulatório, mas também no serviço privado. Pois, segundo as regras do serviço não é possível ao paciente mudar de médico, logo, corre-se o risco de o médico do dia seja alguém considerado grosseiro e para isso buscar alguém que atenda particular, mas também no serviço, possibilita ter o receituário para buscar medicação. E fazer o acompanhamento de forma externa com alguém que promova cuidado.

Nesse sentido, é importante retomar como o acolhimento faz parte das diretrizes da Plano Nacional de Humanização, que deve acontecer a todo momento, por todos os profissionais do serviço. O acolhimento nessa concepção é concebido como uma postura ética que implica a escuta dos seus sujeitos e o reconhecimento desses no processo de saúde e adoecimento.

---

<sup>2</sup> Refere-se a um tipo de prática sexual que não envolve necessariamente a penetração, com foco na exploração do corpo e na busca de prazer através de outras formas de contato físico e estímulo.

Outro elemento importante é a organização do espaço, a disposição das coisas, a fachada. Há uma recepção com cadeiras enfileiradas, enquanto os consultórios ficam ao lado. As fileiras de cadeiras ficam em frente à porta principal, é a primeira visão que se tem do local ao adentrar o portão. Essa organização do espaço vai na contramão do que é proposto na Política Nacional de Humanização, a partir da ambiência, que compreende o espaço físico como parte do processo de cuidado (Brasil, 2013). Nesse sentido, compreendendo que o espaço de cuidado é também social, profissional e da construção de laços, ele precisa ser seguro, confortável e acolhedor aos usuários, familiares e profissionais de saúde.

Curiosamente, mesmo com o fim da pandemia da COVID-19, é muito comum que grande parte das pessoas que esperam nessa fila estejam de máscara, ainda que nesse local não se faça consulta eletiva ou tenha pronto atendimento.

Os médicos pedem para que o paciente, ao sair, deixe a porta aberta; chamam o paciente sentados detrás de suas cadeiras; entre cinco e dez minutos a consulta termina, e a pessoa segue para a farmácia pegar a medicação. Recordo-me de ouvir um casal, que estava sentado na fileira na minha frente, comentar sobre um detalhe que eu nunca observei. Ambos eram jovens, tinham aparentemente vinte e poucos anos, e um deles diz: “se a pessoa passa com os remédios de caixa ela tem HIV. Se são só frascos é porque usa PrEP”. Desde dia, comecei a observar como há, de fato, a diferença entre medicações, algumas são entregues na caixa e outras somente os frascos, há quem leve sacolas, bolsas, mochilas na retirada da medicação, mas em vários casos não levam. Passei a compreender como, de alguma maneira, parecia existir uma espécie de distinção entre os usuários, entre aqueles que fazem

acompanhamento da PrEP ou dos que fazem tratamento para HIV. O que me coloca a refletir sobre a posição LGBTQIAPN+ frente à sorofobia.

Passei a perceber alguns detalhes naquele espaço, como os comentários que ouvia e uma certa tendência a não existir conversas, todos focados em seus celulares ou livros. Por vezes, a sensação é de que aquele espaço coloca os sujeitos em uma posição de vigilância, principalmente por parte dos usuários: quem é esse outro? O que ele faz aqui? Qual é sua sorologia?

Há poucas informações e ações sobre educação em saúde. Os cartazes disponíveis são majoritariamente sobre horários de exames e coletas, com raras campanhas educativas. No entanto, há um cartaz específico no mural falando sobre transmissão intencional do HIV, citando artigos que a tipificam como crime. O cartaz me faz retomar como a concepção individualizante ainda está presente no contexto em IST/AIDS. A PNSILGBT compreende que faz parte das estratégias dos serviços elaborar e apoiar a produção de materiais educativos e de comunicação adequada às especificidades da população LGBT sobre temas de interesse para a sua saúde.

Logo, a ausência de materiais educativos sobre prevenção e a presença de um cartaz sobre crime mostram uma falha nesse objetivo específico. Isso evidencia que, mesmo com uma política existente, a sua implementação no serviço de ponta é falha, o que impacta não só na repetição do estigma, mas também na impossibilidade de acesso a informação.

A existência da prevenção combinada<sup>3</sup>, onde há o uso de camisinha, troca de agulhas para usuários de substâncias psicoativas, controle rigoroso de bancos de

---

<sup>3</sup> “É uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos

sangue trouxe também uma responsabilidade individual excessiva. Como a transmissão estava ligada a práticas comportamentais as pessoas infectadas passaram a ser culpabilizadas. Como se o fato de elas terem a informação sobre como e quais práticas transmitiam o vírus fosse suficiente para que elas mudassem as condições em que elas se expunham.

Há condições estruturais que favorecem ou dificultam os comportamentos de proteção, partindo da compreensão de proposta por Ayres (2022) busca-se repensar e compreender como organização estrutural pode interferir na possibilidade das pessoas se protegerem (Ayres, 2022).

Nesse ponto penso ser importante questionar: a que concepção de saúde essas informações remetem? Qual o objetivo dessa informação? Nessa falta de comunicação efetiva, nesse silêncio que transmite inadequação, há um não dito que remonta a uma culpabilização. Chama-me atenção que exista tão pouca informação sobre prevenção, educação e promoção em saúde, mas que exista um cartaz sobre transmissão dolosa do HIV, destacado. Amaral et al. (2018) demonstra que embora fundamental as informações sobre HIV/AIDS na diminuição do estigma, a forma como são feitas apresenta falhas em sua estruturação política, de forma que não realizadas e articuladas com modos outros de propor cuidados, ela torna-se falha.

Isso me faz questionar: como ainda enxergamos as pessoas vivendo com HIV? Como olhamos para quem busca os centros de testagem? E mais adiante por que continuamos atrelando a homossexualidade a serviços específicos, como se fossem a única demanda dessa população?

---

sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus” (Brasil, 2017, p .18).

Vejam, quando entendemos que não existem grupos de risco, mas um sistema de vulnerabilidades, fica explícito como essa ideia de “grupo” não só sustentou a revitimização de homens gays durante a epidemia de AIDS, como também legitimou discursos de ódio, religiosos, baseados em punição e maldição. E, de alguma forma, esse imaginário ainda se faz presente nos modelos de atendimento direcionados a essa população. Seffner e Parker (2016) mostram como a ideia de transgressão as normas é algo que no imaginário social está diretamente relacionado a vulnerabilidade dos sujeitos. E como há uma concepção de que homens gays, foram mais infectados pela epidemia por uma “escolha”, aqui uma concepção da homossexualidade como escolha, em transgredir a norma.

Outro fato interessante é como esse processo se reproduz em outras esferas do cotidiano. Recordo-me de uma aula de Psicologia em Saúde, quando questionei os atravessamentos a partir de uma perspectiva interseccional. Conversando com os alunos sobre raça, gênero, orientação sexual, classe, dentre outros marcadores sociais, um aluno, um homem negro e gay, comentou sobre sua experiência em uma consulta com médico. Curiosamente, embora eu esperasse que ele falasse sobre racismo, homofobia e os cuidados de maneira ampla, sua resposta reforçou e ampliou a minha forma de pensar os processos de cuidados em saúde.

Ele relatou que se sente extremamente violentado pela homofobia nos serviços de saúde, especialmente em uma consulta médica de rotina. Ao solicitar exames para ISTs, o médico questionou o porquê do pedido. Ele informou que seria para manter sempre em dia, pois ele realiza os exames anualmente.

Após o pedido, ele relata que o médico o olhou de uma maneira diferente, a qual ele refere-se “aquele olhar, que a gente percebe um julgamento” e perguntou sua orientação sexual. Ele respondeu e, então, o médico iniciou uma série de perguntas inadequadas, em um tom que o culpabiliza: “Mas você fez algo que não devia?”, “Tem muitos parceiros?”, “Por que quer esses exames?”. É possível compreender como a ideia de que a vida sexual sem um relacionamento estável passa a ser um elemento constituinte no processo de estigmatização da promiscuidade conforme também estudos como o de Scanavino e Abdo (2010) ou o de Barbosa e Koyama (2008) e o Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS (GEP/AIDS) e também a associação entre juventude, promiscuidade e HIV como apresentado nos trabalhos de Passerino (2013).

Ou seja, ainda há profissionais de saúde que partem do pressuposto de que IST's são um tema restrito a um “grupo específico” (Felsher et al., 2021; O'Rourke et al., 2021; Willie et al., 2021) E que devemos falar somente com esse grupo, ou seja, caso os pacientes não pertençam ao que o médico considera como grupo de risco, algo superado na literatura, estarão “ílesos”, não serão abordados aos pedidos e informações, como se fossem imunes ao adoecimento. Quando a testagem entendida como uma forma de prevenção dentro da política deveria ser realizada em todos os sujeitos.

A Portaria nº. 2.836/2011, institui a PNSILGBT que tem como objetivo principal, Promover a saúde integral da população LGBT, consolidando a gestão e as práticas de atenção no SUS, para o enfrentamento das desigualdades e a garantia do acesso à saúde, de forma integral, humanizada e de qualidade,

contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação (Brasil, 2011, s./p.).

Ou seja, o oposto do que é vivenciado demonstrando a persistência do estigma e da discriminação, evidenciando uma lacuna profunda entre a política formulada e a sua implementação no cotidiano dos serviços.

Nesse ponto, e pretendo trabalhar um pouco mais no decorrer das análises, penso ser importante retomar a discussão sobre desassistência em saúde, que é algo que venho trabalhando ao olhar a saúde atravessada por uma necropolítica.

Compreendo que ao se constituir uma saúde pública e uma formação de profissionais que não pensam a promoção das iniquidades atravessadas pelos marcadores sociais. Frente ao processo de produção de morte das populações, em um cuidado em saúde que não parece cuidar, faz necessário retomar os conceitos do sus de universalidade, integralidade e equidade para repensar as propostas de cuidado.

Aqui proponho um diálogo com (Freire, 1996) para pensar as dinâmicas do cuidado. Freire (1996) em Pedagogia da autonomia vai abordar a solidariedade enquanto uma perspectiva democrática, ao compreender a importância de pensar uma ética universal do ser humano, que perpassa a construção de autonomia e se coloca como transgressão a ética do mercado. Para ele a solidariedade enquanto prática democrática, é o que nos possibilita construir uma sociedade, uma força coletiva. “A solidariedade social e política de que precisamos para construir a sociedade menos feia e menos arestosa, em que podemos ser mais nós mesmos, tem na formação democrática uma prática de real importância” (Freire, 1996, p. 23).

Nesse sentido, a solidariedade social enquanto fazer democrático, é o que nos possibilita criar laços entre as pessoas, laços de cuidado, mas que estão sempre atravessados por uma questão política. E aqui, penso a importância de um cuidado ativo, com vistas a consciência e autonomia, pautado em uma decisão ético-política que tem como horizonte uma mudança radical do mundo e que só é possível de ser pensada e produzida se considerada na coletividade.

O saber alicerçante da travessia na busca da diminuição da distância entre mim e a perversa realidade dos explorados é o saber fundado na ética de que nada legitima a exploração dos homens e das mulheres pelos homens mesmos ou pelas mulheres. Mas, este saber não basta. Em primeiro lugar, é preciso que ele seja permanentemente tocado e empurrado por uma calorosa paixão que o faz quase um saber arrebatado (Freire, 1996, p. 71).

O conceito de cuidado nessa perspectiva inerente à condição humana, que perpassa as relações afetivas, sociais, culturais e políticas. Que extrapola o conceito de cuidado em saúde dentro de uma perspectiva biomédica, mas atrela-se a ideia de um cuidado ativo como proposta de solidariedade social. Um estar com outro enquanto apoio e suporte para a vida em sociedade. Construindo um “imaginário sobre o cuidar, a solidariedade em torno dos cuidados e a disponibilidade para estar com o outro” como “constitutivos das ações de manutenção da vida” (Contatore et al., 2017, p. 560).

É nessa perspectiva, de pensar o sujeito e os processos de cuidado, a partir de uma concepção de emancipação e autonomia, que passamos a próxima categoria para discutir os projetos de saúde, saúde mental e o avanço do neoliberalismo.

**“A gente sabe que essas coisas fazem mal pra gente, mas isso não necessariamente leva a gente a tomar uma atitude de cuidado [...]”: A individualização do sofrimento, autocuidado e os projetos em saúde**

Nos vídeos em que falavam especificamente sobre saúde, foi possível compreender que estavam atrelados a duas temáticas, saúde mental, aqui correlacionada aos termos/temas como *autoconhecimento*, *autocuidado*, *autoamor*, *amor-próprio*, *saúde emocional* e por diversas vezes atravessada por marcadores sociais de raça, gênero, orientação sexual e classe.

Foram considerados, nesta análise, todos os canais elencados como escopo dessa pesquisa: **Adodi** – Jeovane; **Muro pequeno** – Murilo; **Guardei no armário** – Samuel Gomes; **Spartakus** – Spartakus; **Renan Wilbert** – Renan Wilbert; **Jean Fontes** – Jean fontes. No canal **Adodi**, os vídeos auxiliam na produção de diálogos com essa categoria são: *Academia por “saúde”: Quando o coronavírus encontra o racismo, morando sozinho em tempo de coronavírus*. Em relação ao canal **Muro Pequeno**, os vídeos são: Saúde Mental na universidade #Nãoénormal; Racismo, saúde e autocuidado; Pra não viver sentindo dores; Por que eu sumi por que eu voltei; O autocuidado como exercício diário em parceria com Tylenol; O ano em que eu saí da terapia; 5 práticas de autocuidado para a quarentena. No canal de **Renan Wilbert** os vídeos foram: A importância do setembro amarelo; Autoconhecimento porque e como devemos praticar; interseccionalidade na luta LGBT; LBGTs e saúde mental; Saúde mental o ano todo.

Em relação ao canal **Guardei no armário** os vídeos foram: Devo me tratar passando no psiquiatra; O plano A é matar a gente de depressão; O que aconteceu

comigo na quarentena; Série: sexualidade positiva; Me chamavam de vera verão; Ser negro no Brasil, um recorte sobre existir; No canal **Jean Fontes**, os vídeos encontrados são: Mas, e o racismo existe; Como lidar com falhas e frustrações; Tristeza ou depressão: Ficar triste é normal; Saúde mental da população negra; e no canal **Spartacus** foram: O problema de problematizar: sobre cancelamento, perfeição e saúde mental; Desintoxicação Urbana – autoconfiança, Autocuidado e autoconhecimento.

Busco o conceito de sociogenia, apresentado por Fanon (2020) em *Pele negra, máscaras brancas*, para pensar a subjetividade numa dupla dimensão: psíquica e social. Ao compreender que não há experiência individual desconectada das estruturas coletivas, o sofrimento e a construção subjetivas dos sujeitos são sempre atravessados por relações de poder.

Dessa forma, compreender que o racismo é um produtor de adoecimento, uma violência sistêmica que gera iniquidades em saúde e impacta diretamente as possibilidades de vida dos sujeitos negros é fundamental para pensar as perspectivas de saúde em disputa, os processos e as práticas de cuidado. A PNSIPN é um instrumento muito importante que reconhece o racismo institucional como um elemento que configura práticas que aumentam a desvantagem e o risco para os grupos étnico-raciais nos serviços de saúde.

Ao reafirmar os princípios do SUS, de universalidade, integralidade, equidade e descentralização, conforme disposto na Lei nº. 8.080/1990, a política tem como foco a construção de um conjunto de estratégias para a compreensão da população negra em sua integralidade, considerando os sujeitos como agentes ativos e fundamentais para a

construção de respostas às suas necessidades, bem como reconhecendo o racismo como produtor de iniquidades. Assim, opera com vistas à promoção da saúde integral da população negra.

É fundamental retomar a política para demarcar que é na perspectiva de uma promoção da saúde integral para a população negra que articulo as análises dessa categoria. Inclusive compreendendo que, alinhado ao objetivo XII da PNSIPN<sup>4</sup>, pensar os atravessamentos do racismo na saúde da população negra é a efetivação de um de seus objetivos.

Logo, compreendendo o racismo como um produtor de adoecimento que gera sofrimentos simbólicos e materiais, pois delimita as possibilidades de existência dos sujeitos, as condições de acesso aos cuidados e, sistematicamente, mata a população negra, seja através de agravos à saúde, nas restrições de acesso à cidade, nas condições de vida digna, nas impossibilidades de sonhar e, conseqüentemente, nos índices de morbimortalidade.

Discutimos os atravessamentos psíquicos e biológicos do racismo na singularidade de cada sujeito. É crucial entender que a violência racial, enquanto questão de saúde, é também produtora de desassistências. Quando impede o acesso a serviços, inviabiliza direitos e, sobretudo, compromete a própria possibilidade de permanecer vivo.

Não se trata, portanto, de um problema individual, mas de um projeto de aniquilamento sistêmico, que exige repensar a saúde tanto do ponto de vista dos cuidados, quanto dos parâmetros que a definem.

---

<sup>44</sup> XII - Fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

O racismo se estrutura pela produção simbólica e social de uma inferioridade da população negra, que se atualiza e se repete à medida que é legitimada pela sociedade. Nesse sentido, será suficiente considerar apenas a inviabilidade do acesso aos serviços de saúde ao analisarmos o racismo como produtor de adoecimento? Estar exposto ao racismo desde o nascimento, conviver com essa violência ao longo da vida e ter que construir saídas para sobreviver não é, em si, fator de adoecimento? Permanecer vivo em um sistema racial que orchestra e executa nossas mortes não seria a materialidade do adoecimento?

Aqui, não defendo a ideia de que pessoas negras, LGBTQIAPN+ ou outras maiorias sociais são “doentes”, distinção fundamental a ser destacada. Questiono: quais parâmetros são considerados ao se pensar os processos de adoecimento? Se desconsiderarmos o racismo como um adoecimento sistêmico e social, não estaremos fadados a construção de narrativas culpabilizantes, em que aqueles que sucumbem, desistem ou não conseguem criar formas de existência são vistos como fracos? Paralelamente, não estaríamos hipervalorizando e, ao mesmo tempo, desconsiderando o sofrimento de quem resiste, muitas vezes a um custo altíssimo?

O racismo é uma tecnologia de poder material desde a escravidão. Não apenas por desmembrar comunidades africanas, sequestrar, escravizar e impor uma ressocialização perversa, mas também por lançar esses sujeitos em uma sociedade que negava a eles qualquer correspondência com a humanidade<sup>5</sup>. A impossibilidade de se reconhecer, pertencer, foi construindo enquanto processo subjetivo a internalização

---

<sup>5</sup> Para uma análise aprofundada sobre o processo de desumanização da população negra, cf. Frantz Fanon, *Pele Negra, Máscaras Brancas*; Aimé Césaire, *Discurso sobre o Colonialismo*; Abdias Nascimento, *O Genocídio do Negro Brasileiro*; Saidiya Hartman, *Cenas de Sujeição*; e Achille Mbembe, *Necropolítica*.

da inadequação e o autorreconhecimento como “não pessoa” como um fator balizador na dinâmica social.

Com o fim formal da escravidão, não houve reparação, não houve revisão do passado ou construção de outras possibilidades de futuro<sup>6</sup>. O racismo que sustentou três séculos de escravismo não foi abolido, sofisticou-se. Lima Barreto (2017), em *O Cemitério dos Vivos*, em uma de suas descrições sobre o hospício, constrói uma metáfora que ainda organiza o Brasil; os corpos negros abandonados em vida, gritando sem serem ouvidos, estão condenados a uma morte em vida, ou seja, o sujeito é socialmente morto, ainda que permaneça fisicamente vivo. Nesse sentido, tomo a teoria de Fraser (2023), que embora não fale sobre as perspectivas de raça diretamente, vai falar sobre as intersecções com o capitalismo e as identidades.

A partir do que Nancy Fraser (2023), discute em *Capitalismo canibal*, onde mostra como o capitalismo, enquanto força para acumulação da riqueza e exploração, devora tudo pelo caminho, a natureza, os recursos e até a vida das pessoas. Ela argumenta que a separação entre produção (trabalho remunerado) e reprodução (trabalho de cuidado) é uma construção histórica do capitalismo. O trabalho reprodutivo, embora essencial, é tratado como “não trabalho”, legitimando sua desvalorização. Sob o neoliberalismo, essa divisão se reconfigura: o Estado se retrai, o cuidado é mercantilizado e o resultado é uma crise da reprodução social, o esgotamento, a fragilização de laços comunitários e o colapso das redes que

---

<sup>6</sup> Cf. Aníbal Quijano, *Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina*; Saidiya Hartman, *Cenas de Sujeição*; Christina Sharpe, *No Rastro: Sobre Negritude e Ser*; Achille Mbembe, *Necropolítica*; Denise Ferreira da Silva, *A Dívida Impagável*; Abdias Nascimento, *O Genocídio do Negro Brasileiro*; e Lélia González, *Por um feminismo afro-latino-americano*.

sustentam a vida. Essa crise não é acidental, mas estrutural: o capitalismo depende da reprodução social, mas sua lógica a destrói.

A metáfora do “capitalismo canibal” condensa essa dinâmica perversa, o sistema não apenas explora o trabalho assalariado, mas consome o tempo, os corpos, a saúde mental e os afetos que tornam possível a vida. Ou seja, ele devora suas próprias condições de existência, como um parasita que mata seu hospedeiro. Apesar disso, as pessoas seguem reproduzindo a sociedade, muitas vezes impelidas por uma ideologia que naturaliza o sacrifício em nome da sobrevivência (Fraser, 2023).

Ou seja, é impossível pensar possibilidades de existência dignas dentro de um sistema que já começa desigual e que, no fim das contas, sobrevive canibalizando gente. Pode-se até maquiagem essa exploração com discursos de meritocracia ou direitos, mas a base continua sendo a mesma: uma máquina que consome tudo, até mesmo aquilo que a mantém.

Proponho esses questionamentos como fundamentais para pensarmos como os homens negros gays – a quem me proponho escutar para colocar em diálogo nesse texto –, cooptados pelo imperativo neoliberal, por diversas vezes, quando vão falar das violências sistêmicas e estruturais que sofrem, fazem uma costura delas como algo da produção individual, que se explicita na insistente retomada da “importância do autocuidado”, do “se negligenciar”, “priorizar”, “investimento em si”, como trago nos excertos abaixo.

*Esse corpo, essa casa, é a única casa que a gente tem para morar, para habitar, para fazer as nossas travessias nesse mundo, para levar adiante os nossos projetos, para realizar os nossos sonhos, para dar os abraços que a gente quer*

*dar, para estabelecer as relações de afeto que a gente tem para estabelecer o nosso corpo e a nossa casa é a nossa morada mais sagrada. E ele precisa de cuidado, de carinho, de afeto, de aconchego. Ele precisa ser ouvido e escutado por nós mesmos. A gente precisa ouvir as coisas que o nosso corpo tem a dizer para a gente e entender que o cuidado com a gente pode e precisa ser uma prioridade (Muro pequeno, grifo próprio).*

*Agora, nessa fase da minha vida, que eu também tenho entendido o quanto eles têm sido importantes, o quanto eles têm sido transformadores. Então eu também recomendo que todo mundo entre nesse movimento e abrace um pouco mais essa dimensão da própria vida. A dimensão do cuidado, do amor, do carinho com a nossa casa, com a nossa morada, com esse corpo que a gente habita e que a gente precisa amar. Se cuidem, se amem, conversem sobre saúde mental, conversem sobre autocuidado [...] é um movimento constante que a gente não pode mesmo negligenciar [...] (Muro pequeno, grifo próprio).*

Os trechos acima materializam a discussão que considero fundamental: qual é a nossa concepção sobre autonomia do sujeito, cuidados em saúde e, principalmente, a que saúde nos referimos. É crucial destacar que o youtuber, ao trazer esse conteúdo, frequentemente intervém em sua própria fala para afirmar que a falta de cuidado não é culpa do sujeito, o que é inclusive trazido em todo os vídeos ao considerar o racismo como produtor de violências.

No entanto, mesmo ao considerar a dimensão das singularidades e o processo social de produção do adoecimento, acaba por cair na armadilha que reproduz a

dinâmica individualizante ao definir que, enquanto sujeitos, precisamos “nos cuidar”. Pensar como o neoliberalismo implica ao trabalhador se autoempresariar, tornando-se um empreendimento de resultados, uma empresa de si.

O neoliberalismo, enquanto racionalidade, é pautado na premissa de que o mercado é o modelo ideal para todas as relações sociais, o que implica em um modo de viver baseado na competitividade, no lucro máximo e na crença de que tudo – ou todos – pode(m) ser negociado(s). É evidente que esse cenário gera consequências não só na forma de pensar, mas também na vida prática e cotidiana das pessoas (Coelho & Neves, 2023, p. 04).

De alguma forma, é possível compreender como, aos poucos, há uma substituição de pautas coletivas por questões individuais. Nesse processo, pensando o avanço do neoliberalismo na produção do sofrimento psíquico, o Estado assume um papel ativo na despolitização da sociedade, transformando conflitos estruturais em meros desafios de desenvolvimento pessoal, como se cada um de nós devesse se tornar empreendedor de si.

É o que Fraser (2023) pensa como a privatização da reprodução social marcada por uma lógica perversa de sacrifício individual. Para a autora, a reprodução social é um conjunto de atividades e relações que produzem e mantêm a vida humana: cuidado com crianças, trabalho doméstico, educação, socialização, produção de afetos e manutenção da vida de idosos, pessoas com deficiência e todos que dependem de outros. Embora ela faça uma correlação direta com os processos de cuidado e a divisão sexual do trabalho, ao considerar como essas atividades, embora indispensáveis, ocorrem majoritariamente fora do mercado, não remuneradas e

desigualmente distribuídas segundo linhas de gênero, classe e raça, penso ser possível alargar essa compreensão para pensar como os discursos sobre saúde mental, arraigados à perspectiva do cuidado, se alinham a essa dinâmica.

Além disso, os discursos dos youtubers, mesmo demarcando as questões raciais, de orientação sexual e dos direitos das maiorias sociais, ao adentrarem as discussões no campo da saúde mental, reproduzem discursos que inevitavelmente recaem na perspectiva individualizante.

Eles remontam, de alguma maneira, a ideia de um sujeito isolado, capaz de se autorregular e organizar, de assumir o papel de empresa de si. Assim, os sujeitos são os únicos responsáveis por seu sucesso ou fracasso, nessas abordagens que têm como trechos/temas o *autocuidado*, *a melhor versão de si*, *o autoconhecimento*, *a importância do cuidado*.

Paradoxalmente, essas narrativas com os temas propostos pelos sujeitos que a produzem passam a reproduzir a lógica do mercado, mesmo quando falam sobre representatividade e reconhecimento. Nesse movimento contraditório, perdemos nossa integridade física e mental no processo produtivo do capital e alimentamos a valorização deste, ao definir que somos nós os responsáveis por uma melhoria desse cenário. Ao trazerem suas vivências atravessadas pelo racismo, LGBTQIA+fobia e sofrimentos impostos pelo sistema capitalista, acabam propondo soluções que esbarram nessas contradições.

Nos vídeos que acompanhei, nas temáticas levantadas nos canais ou nos comentários desses vídeos, é possível entender percurso. O vídeo caminha na

compreensão de que é um problema coletivo, a ponto de citar isso, mas o argumento se rompe com encaminhamentos que tecem a dinâmica da individualidade.

*É uma coisa que não dá para a gente negligenciar, galera. A gente é ensinado a negligenciar, mas não pode. Eu sei que é uma coisa que é difícil, que dá trabalho, que ocupa tempo, que às vezes é caro e eu sei por experiência própria, porque estabelecer uma rotina legal de autocuidado continua sendo uma dificuldade para mim até hoje (Muro pequeno).*

*Eu me lembro de um dia em que eu estava fazendo um alongamento para poder tentar aliviar um pouquinho mais as dores na minha lombar e quando eu fui tentar me alongar me alongar, doeu tanto, eu senti tanta dor, que eu chorei da dor estava sentindo. Mas eu chorei também um pouco de raiva, sabe?! Uma raiva de mim mesmo assim de pensar: Caramba Murillo, como é que você não olhou para isso antes? Como é que você não cuidou disso antes? Como é que você deixou o seu corpo chegar nesse lugar? (Muro pequeno).*

A proposta de que a saída é individual esbarra em uma perspectiva que impede a coletivização, que caminha justamente para a repetição do mesmo adoecimento. A ideia de que vamos, então, superar o racismo, a LGBTQIA+fobia, as opressões de gênero, o machismo, a misoginia, a transfobia, dentre outras opressões, exclusivamente a partir de um cuidado de si mesmo, é uma farsa e, embora não fique explícito nas falas, penso que o que sustenta a reprodução delas é como o neoliberalismo vai transformando o nosso sofrimento e os marcadores sociais, a partir de um imperativo de mais-fazer. Há uma busca incessante de resolução daquilo que nos oprime, mas dentro de uma perspectiva individual.

Enquanto defendemos a necessidade de fortalecimento coletivo como sujeitos negros, gays e marginalizados, as propostas de solução recaem sobre estratégias individualizadas, como autocuidado, amor-próprio ou escuta corporal, mesmo quando se trata de problemas estruturais. Essa dinâmica reflete como o neoliberalismo se apropria de pautas progressistas e as transforma em lógicas de mercado, transformando o cuidado em mercadoria.

Em tempos anteriores, de avanços capitalistas e da destruição das nossas possibilidades de vida, a saída dos movimentos sociais, sujeitos explorados caminhou para a necessidade de coletivizar como forma de reação às pressões do capital. A cobrança, pressão, era externa, existia uma instância exterior ao sujeito que cobrava o aumento da produção no trabalho. O neoliberalismo, ao inverter essa lógica, tem nós mesmos como agentes de cobrança, que internalizamos o imperativo de urgência e nos cobramos.

Alargando essa compreensão para pensar a individualização dos processos sociais, exclui-se a realidade concreta de um projeto societário e de governo que faz da desassistência uma ferramenta de nos fazer morrer, e transferimos a culpa para nós mesmos e nossos hábitos de cuidado. Ainda nessa linha, penso ser importante problematizar como há um movimento nas psicologias que, inserido na mesma dinâmica, acaba por utilizar a forma como o neoliberalismo constrói as estratégias de sofrimento como instrumento de angariar pacientes.

Algumas psicologias, profissionais, campanhas em saúde utilizam desse agenciamento da terapia, do “faça terapia”, “se salve”, “você precisa cuidar de você”, “tempo de qualidade”, “se organize”, “medite”, o que corrobora com os discursos

presentes nos vídeos, que me parecem estar sempre pautando a ideia de que, se o sujeito fizer um pouco mais, se o sujeito se olhar melhor, se ele se empenhar um pouco mais, se ele tentar construir sua melhor versão, ele então vai se resolver-se diante do mundo. Nesse discurso, fica implícito que esse fazer seria suficiente para que não adoecêssemos, não sucumbíssemos, para que as pessoas não morressem. Ao mesmo tempo, há uma urgência no cuidado consigo mesmo e na melhoria da saúde mental, de forma individualizada, mas que mantém esse sujeito vivo e “saudável”, produtivo – mas para que sociedade? Os cuidados na promoção de saúde que não se articulam com as mudanças estruturais da sociedade fazem a manutenção de quais vidas? Para que mundo? Articula-se sistematicamente, nesses discursos, campanhas, as formas de preservação da vida, dos “cuidados” consigo mesmo, para a manutenção do sujeito produtivo, em um mundo que nos corrói.

Considero importante o discurso no *YouTube*, de quem os enuncia, os *youtubers* negros gays, ao falarem de e para uma população que talvez não tenha acesso a discussões mais adensadas e que possam identificar-se com esses sujeitos e trajetórias. Durante muitos anos, antes das redes sociais estarem tão presentes nas nossas vidas, assistir aos canais deles foi fundamental para compreensão de questões minhas, de pertencimento, de orgulho.

Mas, por vezes, o reconhecimento de ser um homem negro gay e a representatividade desse perfil não são suficientes para mudar a forma como sofremos e somos violentados. Essas instâncias sozinhas aparecem como se fossem suficientes para viabilização dos nossos direitos. Não faço aqui uma crítica ao identitarismo, mas gostaria de frisar a importância de um discurso que pense a dimensão política, para

que a imagem repassada não soe como “vamos nos resolver sozinhos”. Afinal, os processos de exclusão de identidade e de exclusão social estão intrinsicamente relacionados aos processos de exclusão econômica também. Mas, ao pensarmos somente as políticas de reconhecimento das identidades, sem uma reestruturação social, caímos na armadilha de culpabilizar os sujeitos.

Não vamos resolver o racismo ou a LGBTQIAPN+fobia individualmente. Não resolveremos as reverberações dessas violências na constituição subjetiva somente com psicoterapia. Não é no *setting* terapêutico que damos conta da realidade concreta onde a polícia nos joga na parede somente por sermos pretos, embora esse espaço possa atuar na promoção de um cuidado ativo. Ou a resposta que faça um desmantelamento da polícia que insiste em nos matar.

Embora esse lugar possa ser importante como espaço para a elaboração de como as violências coletivas afetam nossas singularidades, a psicoterapia tal qual eu compreendo não garante ou se propõe a garantir o rompimento desses sistemas de opressão, pois esta é uma tarefa a ser realizada em coletivo. A psicoterapia pode ser um instrumento de desalienação, uma possibilidade de se construir elaborações sobre a vida cotidiana, capacidade analítica da realidade, que rumam à um processo de autonomia e possibilidade de organização para mudanças estruturais. Mas nesses discursos de autoeficácia individual, saídas individuais, estamos sempre esbarrando em profissionais que prometem resoluções de problemas ou indicações de psicoterapia como estratégia fundamental para resolver as mazelas e violências promovidas pelo Estado.

É preciso considerar, contudo, que muitos desses criadores provêm de realidades socioeconômicas precárias, e o sucesso no *YouTube* representa acesso a condições melhores de vida. Nesse contexto, a monetização via algoritmo exige certas concessões discursivas, a plataforma e o mercado impõem lógicas específicas de produção de conteúdo.

A crítica não deve recair sobre os youtubers individualmente, mas é necessário frisar como esses discursos, que são reproduzidos por eles e por tantos outros, embora reconheçam a natureza sistêmica das opressões (“este mundo que mói gente”), frequentemente reiteram a responsabilização individual. Essa dinâmica reproduz a falácia liberal, na qual a autonomia individual é supervalorizada como resposta a problemas sociais complexos.

Como argumentado por Fraser (2007), o reconhecimento das identidades é fundamental, mas insuficiente sem redistribuição material. O racismo, enquanto tecnologia de poder anterior ao capitalismo, exige enfrentamentos coletivos, propostas de construções de outros mundos possíveis que só são passíveis de existir se esse modelo de Brasil ruir. Como diria Simas (2023), o projeto de Brasil, conforme foi pensado, constituído na violência e no extermínio das populações indígenas e negras, precisa fracassar. É o fracasso desse projeto societário que nos permite construir saídas para uma outra forma de viver.

Quando esses criadores narram iniquidades em saúde da população negra ou violências homofóbicas, seus relatos demonstram claramente como a saúde é um constructo social. Contudo, ao propor soluções, muitas vezes recaem na mesma lógica neoliberal que criticam, como se a psicoterapia ou o autocuidado pudessem resolver

problemas estruturais. Essa contradição espelha o que descreve como a conversão do sujeito político em empreendedor de si mesmo sob o neoliberalismo.

A análise dos discursos sobre saúde nos canais de homens negros gays revela uma tensão fundamental, um campo de batalha que se apresenta de maneira discursiva, mas é vivenciado na materialidade cotidiana, em que as percepções de saúde e cuidado são disputadas. Por um lado, há uma adesão a uma linguagem de saúde focada no indivíduo, alinhada a uma governamentalidade neoliberal (Foucault, 2008) que transforma o bem-estar em um projeto de autogestão. Por outro lado, essa lógica é ativamente criticada por uma construção narrativa que insiste na natureza coletiva do sofrimento.

Cooptados pelo imperativo de se tornarem “empresas de si mesmos”, os *youtubers* frequentemente articulam as violências sistêmicas através de uma ótica de responsabilidade pessoal. Essa perspectiva, na qual o sujeito é convocado a exercer um biopoder sobre si mesmo, otimizando sua saúde e gerenciando seus afetos para se manter funcional, é evidente na fala que expressa “raiva de mim mesmo” por não ter cuidado do corpo antes, internalizando a culpa por um adoecimento cujas raízes são reconhecidamente estruturais.

Aqui, a análise pode ser aprofundada pelo conceito de “otimismo cruel” de Lauren Berlant (2011). A autora afirma que a promessa de que o autocuidado individual pode levar à superação de um sofrimento sistêmico funciona como um desses otimismoes. O sujeito se apegua a esse ideal, a possibilidade de se tornar sua “melhor versão” através do esforço próprio, mas esse apego é “cruel”, porque desvia a energia da luta política coletiva para um projeto individual exaustivo e, em última análise,

insuficiente. Ele gera um ciclo de esperança e autculpabilização quando o racismo e a homofobia permanecem no cotidiano, ainda que se desenvolva o autocuidado.

Contudo, seria uma simplificação analítica enquadrar esses youtubers apenas como reprodutores dessa ideologia. O ponto mais rico para essa investigação reside na contradição, a crítica é, por vezes, explícita, como na identificação do discurso hegemônico de autocuidado que individualiza a responsabilidade: “cuide de você, porque ninguém mais vai. E se você não está bem, a culpa é só sua”.

A essa crítica, eles opõem uma alternativa radical, sintetizada na afirmação de que “toda saúde é coletiva”. Essa declaração funciona como um rompimento com a governamentalidade neoliberal, propondo que a verdadeira possibilidade de cuidados não se encontra em um ensimesmamento terapêutico, mas na articulação de “vínculos potentes”, na reivindicação por melhoria nas políticas públicas, ou seja, em uma organização política que pense a saída coletiva. Essa visão se consolida na percepção de que a ajuda necessária transcende o profissional e se ancora no cuidado ativo e, crucialmente, político:

*Eu preciso da ajuda da minha família. Eu preciso da ajuda dos meus amigos. Eu preciso da ajuda do meu namorado. Eu preciso da ajuda das pessoas que estão preocupadas em fazer enfrentamento político (Muro pequeno).*

*Pelo menos a gente pense na construção e na manutenção de outros vínculos que são importantes e que a gente nem sempre pensa o quanto estão ligados à nossa saúde, vínculos com as nossas relações, com as nossas amigadas, com as nossas redes de apoio e de afeto, vínculos familiares,*

*comunitários, religiosos e inclusive a nossa organização e articulação política em grupos coletivos e movimentos sociais (Muro pequeno).*

Como disse aqui outro dia a Geni Nunes, que também é psicóloga, toda saúde é coletiva. Que a gente encontre por aí, pelo mundo, pessoas e comunidades com quem a gente possa experimentar vínculos potentes e inventar novos modos de vida, na contramão dessa sociedade que não só nos adocece, como também nos isola por saber que a solidão nos enfraquece e por saber, principalmente, que é só na coletividade que a gente vai conseguir curar as coisas que realmente precisam de transformação (Muro pequeno).

*Ninguém é uma ilha. Nós somos rodeados por outras pessoas e essas pessoas, elas influenciam na nossa saúde mental, seja dificultando, sejam ajudando. E nós também temos um papel na saúde mental de outras pessoas [...] (Renan Wilbert).*

Para compreender por que essa tensão discursiva é tão central, recorro ao conceito de “*outsider-within*” (estrangeiro de dentro), de Patricia Hill Collins (2020). Como homens negros gays, esses criadores ocupam uma posição de “*outsiders*” em relação às estruturas de poder hegemônicas. No entanto, como produtores de conteúdo em plataformas comerciais como o *YouTube*, eles se tornam “*insiders*” de um ecossistema midiático que recompensa a linguagem do indivíduo, da autenticidade e da superação pessoal.

Essa posição dupla e contraditória explica a oscilação discursiva. Eles falam a partir de uma experiência de opressão coletiva (“*outsider*”) mas, para serem ouvidos e

para sobreviverem economicamente na plataforma, precisam modular sua mensagem em um formato que ressoa com a lógica do mercado (“*Insider*”).

Em conclusão, a percepção de saúde que emerge desses canais é fundamentalmente ambivalente. Ela oscila entre um “otimismo cruel” de autogestão, necessário para a sobrevivência cotidiana, e uma esperança radical na ação coletiva, essencial para a transformação estrutural. A análise dessa tensão revela como a saúde, para homens negros gays no Brasil contemporâneo, não é apenas uma questão de bem-estar, mas um complexo ato de negociação política, travado no limiar entre a responsabilidade individual e a revolução coletiva.

## 9 Considerações finais

Este trabalho partiu do objetivo de “*compreender as experiências de cuidado em saúde conforme a percepção de homens negros gays*” O percurso investigativo, delineado não apenas como um procedimento acadêmico, mas como uma “encruzilhada metodológica” e um “manifesto”, confirmou a hipótese central de que tais experiências não são meramente individuais, mas forjadas no interior de um aparato estatal necropolítico que produz e mantém sistematicamente um “cemitério de vivos”, uma condição de morte simbólica e material em vida para corpos dissidentes.

A análise netnográfica dos conteúdos produzidos no *YouTube*, aliada às reflexões autoetnográficas, buscou evidenciar algumas das engrenagens cotidianas que sustentam este “cemitério”. Ele é construído em cada consulta médica onde a gordofobia se disfarça de preocupação com a saúde, tratando o corpo obeso não como uma condição que demanda cuidado humanizado, mas como uma falha moral do indivíduo.

É mantido pela rasura sistêmica da raça como um DSS, deixando a população negra alijada das informações sobre suas vulnerabilidades específicas e é reforçado em espaços que deveriam ser de cuidado, mas que, pelo estigma persistente e pela falta de acolhimento, se convertem em locais de angústia e vigilância.

Dessa forma, a pesquisa buscou responder aos seus objetivos, identificar os atravessamentos do racismo e homofobia nos atendimentos em saúde. O que se constatou foi uma lógica operacional de “desassistência”. Este conceito, central para a tese, transcende a ideia de simples negligência ou uma lacuna acidental no sistema; é um mecanismo funcional, uma tecnologia de poder que opera ativamente para gerir a

vida e a morte. O sistema de saúde, ao falhar em proteger, acolher e cuidar de homens negros gays, não está apenas sendo ineficiente; está cumprindo uma função dentro de um projeto necropolítico mais amplo, que decide quais vidas importam e quais podem ser descartadas. O “cemitério de vivos” não é, portanto, um estado passivo, mas o resultado de um processo ativamente gerenciado de abandono e violência institucionalizados.

### **O cuidado ativo e a autonomia como práticas de liberdade e resistência**

“Um rio não deixa de ser um rio quando ele conflui com outro rio.

Ele continua em sua essência. Essa é a grandeza da confluência”.

(Nego Bispo)

A análise dos discursos no *YouTube* revelou uma adesão frequente, ainda que problemática, à noção de “autocuidado”, que embora tenha sido apresentada como uma forma de empoderamento, frequentemente se alinha a uma racionalidade neoliberal que privatiza o sofrimento e individualiza a responsabilidade por superar opressões que são, em sua essência, estruturais e coletivas.

Contudo, proponho a construção de um, cuidado ativo, concebido como uma prática de liberdade, em diálogo direto com a pedagogia da autonomia. Para uma população cujos corpos e subjetividades foram historicamente colonizados, animalizados e expropriados. Visto que o ato de reivindicar agência sobre a própria saúde transcende a gestão de bem-estar. Torna-se um ato de “conscientização”, uma tomada de consciência crítica que permite ao sujeito transitar da posição de objeto

passivo do poder médico para a de sujeito ativo de seu próprio cuidado e de sua história.

Nesse sentido, a educação em saúde, quando praticada como um ato dialógico e libertador, capacita os usuários como ativos no processo de cuidado, fortalecendo sua autonomia para tomar decisões. No entanto, quando essa gestão da vida se converte em uma gestão da morte, uma necropolítica, o cuidado de si deixa de ser uma mera prática de saúde para se tornar uma tática de contrapoder.

A proposta de autonomia, nesse contexto, não se refere à liberdade de escolha em um mercado de bem-estar, mas à capacidade de constituir uma forma de vida digna em oposição a um sistema orientado para a degradação e a morte. Uma afirmação ético-política da própria vida, por meio de práticas de cuidado que são conscientes e politizadas, enquanto forma de resistir ao controle sobre o modo de viver e morrer.

Dessa forma, a proposta de um cuidado ativo em sua dimensão política e coletivizada, emerge como uma possibilidade de superar condição do “cemitério de vivos”. O cuidado ativo seria uma prática de solidariedade social que tem como objetivo reafirmar a vida, a subjetividade e a dignidade precisamente onde o sistema se esforça para negá-las. Um ato de criação como forma de desafio a um poder que já decretou a aniquilação simbólica.

Nessa perspectiva, se o cuidado ativo for pensado em uma retomada da agência individual, a análise dos resultados desta tese aponta inequivocamente afirmação categórica de que toda saúde é coletiva, conforme os próprios *youtubers* contam.

Esta constatação marca a transição necessária da autonomia individual para a urgência da ação coletiva, um horizonte que encontra sua expressão mais radical e propositiva na filosofia do “Bem Viver” (*Buen Vivir*). Originário das cosmologias indígenas dos Andes, o “Bem Viver” emerge como um paradigma decolonial que oferece uma alternativa contundente aos modelos ocidentais de desenvolvimento, progresso e bem-estar, que são inerentemente extrativistas e individualistas. O “Bem Viver” não se define pela acumulação de bens ou pela felicidade individual, mas pela busca da harmonia comunitária, da solidariedade e de uma relação de reciprocidade e interdependência com a natureza e o território. É um projeto de vida que se fundamenta na comunidade como eixo central da existência.

Transpor este conceito para o contexto de homens negros gays no Brasil significa reimaginar a “coletivização do cuidado” para além de meros grupos de apoio ou redes de suporte. Significa a construção ativa do que um dos youtubers analisados chamou de “vínculos potentes” e do que a filosofia do “Bem Viver” denomina “energia da comunidade”. Trata-se de forjar redes de cuidado que operem como uma alternativa e uma forma de resistência ao desmonte do sistema de saúde. É uma aposta na construção da saúde a partir da base comunitária, inspirada em saberes ancestrais, populares e decoloniais que foram historicamente subalternizados pela ciência hegemônica.

O paradigma do “Bem Viver” oferece, assim, um projeto político que tem como objetivo a construção do bem-estar coletivo como a principal forma de ação política ao reinserir um projeto de libertação comunitária. Nesse quadro, a autonomia não é um fim em si mesma, mas uma condição para contribuir com a saúde e a força do coletivo.

Portanto, o chamado à “coletivização” que emerge da pesquisa não é apenas um apelo à solidariedade, mas a convocação de formas de enfrentamento para construção de um outro mundo possível.

O Estado brasileiro, por meio do SUS, formalizou o reconhecimento das profundas disparidades em saúde que afetam as populações negra e LGBTQIAPN+. A criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) representa um marco discursivo, pois nomeia explicitamente o racismo e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero como DSS, propondo ações concretas fundamentadas nos princípios da equidade e da integralidade.

Contudo, os resultados desta tese, em consonância com a literatura e relatórios institucionais, revelam um abismo entre a política formulada no papel e a sua prática no cotidiano dos serviços. A implementação dessas políticas é sistematicamente obstruída por uma série de barreiras que evidenciam a força do racismo institucional.

Invisibilidade nos Instrumentos de Gestão, visto que a grande maioria dos municípios brasileiros não inclui ações da PNSIPN em seus Planos Municipais de Saúde, tornando a política morta no planejamento local. De forma similar, muitos gestores de saúde demonstram total desconhecimento sobre a existência e as diretrizes da PNSILGBT. Enquanto fatores que impossibilitam a eficácia das políticas considero que a Ausência de Financiamento Específico; Apagamento nos Sistemas de Informação; Preconceito e Despreparo Profissional são realidades importantes para implementação da política na base.

Ou seja, se estas políticas fossem genuinamente implementadas, financiamento dedicado, formação obrigatória e contínua, monitoramento rigoroso de indicadores e um compromisso político real com a equidade, os desfechos em saúde para as populações negra e LGBTQIAPN+ seriam drasticamente melhores. A “desassistência” vigente não é uma fatalidade, mas o resultado direto de diversas decisões políticas que implicam no sucateamento, desmantelamento e conseqüente dificuldade de implementar o que os princípios do SUS determinam.

O SUS, com sua proposta universalista, funciona como uma promessa de cuidado e promoção da vida para todos. No entanto, para populações historicamente marcadas como descartáveis, essa promessa é sistematicamente negada na prática. As políticas de equidade, como a PNSIPN e a PNSILGBT, existem como resposta ação política de resistência luta dos movimentos sociais, mas seu esvaziamento e sua não implementação permitem que o projeto necropolítico de “deixar morrer” continue operando sem impedimentos.

Ao abraçar a “encruzilhada metodológica” da netnografia e da autoetnografia, esta tese buscou praticar uma forma de “desobediência” epistêmica, desafiando a suposta neutralidade do pesquisador e centrando as vozes e experiências daqueles que são frequentemente reduzidos a objetos de estudo. Este caminho demonstrou o potencial de metodologias engajadas para produzir um conhecimento crítico e situado.

A partir dessa base, enquanto horizontes para futuras pesquisas, amparado diretamente no conceito de “Bem Viver”, futuras investigações devem se dedicar a mapear, sistematizar e analisar as práticas de cuidado em saúde que já existem, pautadas no cuidado ativo, e florescem nas comunidades negras e LGBTQIAPN+. Isso

implica em investigar o papel terapêutico e de promoção da saúde em terreiros de candomblé e umbanda, em coletivos culturais, em redes de afeto e em espaços digitais de solidariedade. O objetivo é reconhecer e valorizar esses sistemas de cuidado como epistemologias de saúde legítimas e potentes, que oferecem alternativas decoloniais ao modelo biomédico hegemônico e à lógica individualizante ao tempo em que fazem enfrentamento coletivo e político tendo como horizonte o direito a saúde como algo inegociável.

Para além da pesquisa descritiva e analítica, o desenvolvimento de metodologias de pesquisa-ação que intervenham diretamente na realidade estudada é algo importante para construção de novos saberes e expansão do saber científico pela realidade material.

No que tange a formação em psicologia, é fundamental retomar as Diretrizes Curriculares Nacionais para Psicologia (DCN) como forma de repensar qual a formação em psicologia estamos oferecendo, a que perspectiva de profissional pensamos as diretrizes e que modelo de cuidado pautamos nossas práticas. Um exercício crítico de repensar quais as competências enquanto profissionais, estamos subsidiando para que os futuros psicólogos atuem em saúde. A quais perspectivas de sociedade, sujeito estamos alinhados. E como esses psicólogos compreendem o processo de cuidados em saúde.

Esta pesquisa iniciou-se com a constatação de um “cemitério de vivos” e conclui com a afirmação de que esta condição não é um destino inevitável, mas um projeto político. A saúde de homens negros gays no Brasil é um campo de batalha onde as

forças do necropoder, que operam através da desassistência, do estigma e da violência, se chocam com a persistente, criativa e coletiva afirmação da vida.

Nesse sentido, penso ser fundamental afirmar: a individualização do sofrimento, promovida pela racionalidade neoliberal, é uma armadilha que despolitiza a dor e obstrui a luta. A promessa universalista do SUS infelizmente ainda permanece como uma ficção para aqueles cujos corpos são marcados pela opressão interseccional. O caminho para a superação consiste em uma reimaginação radical do cuidado como uma prática intrinsecamente coletiva, política e decolonial. Em última análise, alcançar a saúde integral para homens negros gays exige mais do que a implementação de políticas. Exige uma reconstrução da vida, deixar fracassar esse projeto de Estado-nação para construção de uma outra possibilidade de mundo.

Demanda a coragem de dismantelar as estruturas que nos adoecem e a ousadia de construir, em seu lugar, uma sociedade onde o “Bem Viver” não seja uma utopia distante, mas o princípio orientador de nossa existência coletiva. A luta pela saúde é, portanto, inseparável da luta por um outro mundo possível, sobrevivemos até aqui nas frestas, na quebra, na insistência em permanecer vivos mesmo dentro de um sistema que está nos matando. Mombaça (2021, p. 13) nos alerta, “não vão nos matar agora, apesar de que já nos matam”, que no movimento de enfrentamento saibamos a hora de tocar o tambor para triunfar a morte e reafirmar a vida (Simas, 2023), encantar.

Um modelo de cuidado que visa à autonomia não pode se basear em ações verticalizadas que desconsideram as experiências e vivências dos sujeitos e territórios. Para além de uma ação técnica em saúde, a construção do cuidado em sua dimensão política, um cuidado ativo, implica em um conjunto de práticas na construção da

solidariedade social, autonomia, leitura de mundo e busca de coletivização para conservação da vida.

Correlacionar as concepções de Vigilância Popular em Saúde (VPS) e cuidado ativo, alicerçados na epidemiologia crítica, determinação social do processo saúde-doença, em uma perspectiva interseccional e antirracista é possibilidade de construção de uma forma de pensar e abordar o cuidado em saúde e a construção do bem-viver em uma perspectiva que aposta nos grupos historicamente marginalizados como potência.

Nessa concepção, o cuidado se torna ativo, em uma dimensão política e localizada, ao buscar coletivamente os enfrentamentos das diversas formas de extermínio da vida, ao tempo em que se busca a efetivação dos direitos, na materialidade de ações do SUS. A VPS nesse cenário é o *locus* para uma abordagem territorial onde os saberes já construídos pela população, em diálogo com uma visão ampliada e crítica sobre saúde, são base para a construção de uma leitura do mundo e a construção do conhecimento e da autonomia.

Nesse sentido, a autonomia como um conceito social e politicamente localizado, que se constrói na ação sobre a realidade concreta onde os sujeitos estão inseridos. Uma autonomia que se constrói na vivência, por uma lógica de cuidado não tutelado. Que escuta, valoriza e reconhece os saberes e as estratégias de sobrevivência e resistência criadas por homens negros gays na construção do seu próprio processo de saúde.

Se o cuidado ativo no território fomenta a possibilidade de uma autonomia dos sujeitos, a VPS emerge como a estratégia para a sua coletivização e para a

participação democrática no âmbito da saúde pública. A VPS é uma “prática sanitária participativa de vigilância em saúde” que se fundamenta no “diálogo com conhecimentos técnicos do campo da saúde” a partir das “vozes, experiências e conhecimentos dos sujeitos e de sua relação com o território”.

Para homens negros gays, cujas necessidades de saúde são frequentemente invisibilizadas ou patologizadas pelo sistema hegemônico, a VPS abre uma possibilidade radical de visibilizar suas opressões, dando luz às aos processos históricos de violência advindos do racismo e LGBTQIAPN+fobia. Ou seja, nomear o racismo, a LGBTQIAPN+fobia dentre outras violências como produtores de iniquidades em saúde.

Trata-se de um exercício democrático, que aposta na VPS como uma possibilidade de democratização do SUS, na experiência coletiva e participação popular. Que ao basear-se na perspectiva de uma radicalidade e construção de outras possibilidades de vida, alimenta e constrói a esperança na construção de um bem-viver como um imperativo. Como concebe Freire (1992, p. 05), “minha esperança é necessária, mas não é suficiente. Ela, só, não ganha a luta, mas sem ela a luta fraqueja e titubeia”.

A construção do bem-viver como um imperativo de esperança, portanto, deixa de ser um sentimento abstrato e se torna a base da organização coletiva, que, por sua vez, gera mais esperança ao demonstrar que a transformação é possível. Portanto, a articulação entre um cuidado ativo, a prática da VPS e os princípios freirianos de autonomia e esperança oferece se constituem como uma rota de fuga a necropolítica que nos extermina constantemente.

Reconhecendo os limites desta pesquisa, penso ser fundamental que sejam realizados estudos futuros, que analisem as perspectivas de saúde não apenas dos usuários, mas também dos gestores. Além disso, é necessário pensar o processo de financiamento e desmantelamento do SUS, bem como a terceirização no âmbito municipal.

Quando Simas (2023) nos alerta sobre o desencanto enquanto um projeto político de desvitalização que opera para esvaziar a vida. A aposta no cuidado ativo e VPS se constituem como práticas de encantamento, que ritualizam a vida e “terreirizam” os espaços em saúde, atravessando-os com os saberes do corpo e da comunidade.

Nesse sentido, a organização participativa em saúde pode ser entendida e relacionada com o que Jota Mombaça (2021) conceitua como uma barricada, uma estrutura construída para “roubar tempo” da lógica de extermínio e da violência sistêmica. É um ato de quebra com a normalidade que patologiza e mata; um espaço-tempo de criação, em que o imperativo da esperança se torna concreto, fundamentando a luta contínua por um bem-viver que seja, ao mesmo tempo, uma afirmação radical da existência e uma reinvenção coletiva do futuro.

## Referências

- ABGLT [Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais]. (2016). *Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2015: As experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais*. ABGLT.
- Almeida, D. M. V. (2011). “Sou gay, porém totalmente discreto”: Os estereótipos e a criação do ethos em um site de relacionamento gay. *Revele: Revista Virtual dos Estudantes de Letras*, 3, 39–61. <https://doi.org/10.17851/2317-4242.3.0.39-61>
- Almeida, L. P. (2017). Corpos diaspóricos e masculinidades negras: Uma leitura de Todo mundo odeia o Chris a partir da decolonialidade. *RELACult - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade*, 3(3). <https://doi.org/10.23899/relacult.v3i3.631>
- Almeida, S. L. (2018). *O que é racismo estrutural?* Letramento.
- Alves, G. T. (2021). *Relações étnico-raciais, ensino e afrocentricidade: Corpo-identidade de meninos negros* [Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Amaral, R. da S., Carvalho, S. T. R. F. de, Silva, F. de M. A. M., & Dias, R. da S. (2018). Soropositividade para HIV/AIDS e características sociocomportamentais em adolescentes e adultos jovens. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 18(2). <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8384>
- ANTRA [Associação Nacional de Travestis e Transexuais]. (2021). *Assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2021*. ANTRA.

APA [Associação Psiquiátrica Americana]. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. APA.

Aragusuku, H. A., & Lara, M. A. (2020). Saúde mental da população LGBTQ+: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Subjetividades*, 20(2), 1–13.

Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3), 254–261.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000300005>

Ayllón González, R. (2020). De hombres y machos: El género y las masculinidades em la vida cotidiana. *Revista Digital Universitaria*, 21(4).

<http://doi.org/10.22201/cuaieed.16076079e.2020.21.4.5>

Ayres, J. R. C. M. (2009). *Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde*.

ABRASCO.

Ayres, J. R. C. M. (2014). Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: Aportes conceituais. In S. Barros, P. F. S. Campos, J. J. S. Fernandes (Orgs.), *Atenção à saúde de populações vulneráveis* (pp. 1–25). Manole.

Ayres, J. R. C. M. (2022). Vulnerabilidade, cuidado e integralidade: Reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em

HIV/AIDS. *Saúde em Debate*, 46(spe7), 196–206. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>

Barbosa, R. M., & Koyama, M. A. H. (2008). Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 21–

33. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000800005>

- Baró, I. M. (1983). O papel do psicólogo. In I. M. Baró, *Crítica e libertação na Psicologia: Estudos e Pesquisas* (pp. 31–52). Vozes.
- Barreto, A. H. L. (2017). *Diário do hospício & o cemitério dos vivos*. Companhia das Letras.
- Barros, S. G. (2012). A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 11(2), 61–76.
- Basaglia, F. (1981). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. Graal.
- Basaglia, F. (1985). *As duas Babilônias*. Documento.
- Batista, L. E. (2005). Saúde da população negra e o SUS. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, 17(167), 10.
- Behring, E. R. (2011). *Política social no capitalismo tardio*. Cortez.
- Behring, E. R., & Boschetti, I. (2011). *Política social: Fundamentos e história* (9. ed.). Cortez.
- Bento, B. (2015). *Homem não tece a dor: Queixas e perplexidades masculinas* (2. ed.). UFGRN.
- Bento, B. (2018). Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? *Cadernos Pagu*, 53, e185305. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201800530005>
- Bento, B. (2022). *A reinvenção do corpo: Sexualidade e gênero na experiência transexual* (3. ed.). N-1 Edições.
- Berlant, L. (2011). *Cruel optimism*. Duke University Press.
- Blackburn, R. (1997). *A construção do escravismo no novo mundo: Do barroco ao moderno, 1492-1800*. Record.

- Blackburn, R. (2010). *A queda do escravismo colonial, 1776-1848*. Record.
- Blassingame, J. W. (1979). *The slave community: Plantation life in the antebellum South*. Oxford University Press.
- Bloch, M. (1987). *Os reis taumaturgos: O caráter sobrenatural do poder régio, França e Inglaterra*. Companhia das Letras.
- Boldrin, J. R. (2024). *Manejos vitais: A materialidade da respiração e as zonas cinzentas de vida e morte* [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas].
- Borges, D. (2005). Inchado, feio, preguiçoso e inerte: A degeneração no pensamento social brasileiro, 1880-1940. *Teoria & Pesquisa*, (47), 44–70.
- Borghi, C. M. S. O., Oliveira, R. M., & Sevalho, G. (2018). Determinação ou determinantes sociais da saúde: Texto e contexto na América Latina. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 869–897. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-SOL00142>
- Bosi, A. (2017). *História concisa da literatura brasileira* (52. ed.). Cultrix.
- Brasil. (1888). *Lei n.º. 3.353, de 13 de maio de 1888*. Extingue a escravidão no Brasil. Coleção de Leis do Império do Brasil. Presidência da República.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Presidência da República. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Brasil. (1990). *Lei n.º. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República.

- Brasil. (1996). *Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Manual do Multiplicador - Homossexual*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2000). Boletim epidemiológico. Ministério da Saúde.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/166Boletim\\_epidem\\_aids\\_01\\_2000.pdf#:~:text=A%20aids%20foi%20identificada%20pela%20primeira%20vez,disse%20mina%C3%A7%C3%A3o%20da%20doen%C3%A7a%20para%20suas%20diversas%20regi%C3%B5es](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/166Boletim_epidem_aids_01_2000.pdf#:~:text=A%20aids%20foi%20identificada%20pela%20primeira%20vez,disse%20mina%C3%A7%C3%A3o%20da%20doen%C3%A7a%20para%20suas%20diversas%20regi%C3%B5es)
- Brasil. (2002). Guia de prevenção das DST/AIDS e cidadania para homossexuais. Ministério da Saúde. <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manHSH01.pdf>
- Brasil. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da Mulher: Princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Brasil. (2011). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização* (2. ed.). Ministério da Saúde.
- Brasil. (2016). *Painel de Indicadores do SUS nº. 10 Temático Saúde da População Negra*. Ministério da Saúde.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico\\_saude\\_populacao\\_negra\\_v.7.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v.7.pdf)

- Brasil. (2019). *Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2021). *Guia de Terminologia sobre a População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2022). *Relatório anual do disque 100*. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Sage.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud coletiva). *Revista Facultad Nacional de Saúde Pública*, 31, 13–27.  
<https://doi.org/10.17533/UDEA.RFNSP.16637>
- Burgess, A. W., & Green, G. (2018). *Racial and ethnic differences in health: A public health perspective*. Jossey-Bass.
- Butler, J. (2019). *Corpos em aliança e a política das ruas*. Civilização Brasileira.
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico* (4. ed.). Forense Universitária.
- Cardoso, L. V. T. (2023). *Mortalidade por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde: Uma análise espaço-temporal dos padrões de mortalidade do município do Rio de Janeiro segundo indicadores sociorraciais entre os anos 2014 e 2021* [Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz].
- Cardoso, M. (2004). Negros em Ristre: A questão da identidade racial. In M. C. G. de Oliveira & L. F. M. Costa (Orgs.), *Debates sobre identidade e exclusão social* (pp. 55–70). EDUFBA.

- Carneiro, S. (2005). A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. In S. Carneiro, *Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil* (pp. 115–129). Selo Negro.
- Carneiro, S. (2022). *Escritos de uma vida*. Pólen.
- Carneiro, S. (2023). *Dispositivo de racialidade: A construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Zahar.
- Carretero, T. C. (2003). Sofrimentos sociais em debate. *Psicologia USP*, 14(3), 57–72.  
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000300006>
- Cerqueira, D., Lima, R. S., Bueno, S., Valencia, L. I., Hanashiro, O., Machado, P. H. G., & Lima, A. S. (2020). *Atlas da Violência 2020*. IPEA / FBSP.  
<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>
- Cerqueira, D., Lima, R. S., Bueno, S., Valencia, L. I., Hanashiro, O., Machado, P. H. G., & Lima, A. S. (2021). *Atlas da Violência 2021*. IPEA / FBSP.  
<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>
- Césaire, A. (1978). *Discurso sobre o colonialismo*. Sá da Costa.
- Césaire, A. (2012). *Discurso sobre a negritude*. Ofitexto.
- Césaire, A. (2022). *Textos escolhidos: A tragédia do rei Christophe; discurso sobre o colonialismo; discurso sobre a negritude*. Cobogó.
- CFP [Conselho Federal de Psicologia]. (2017). *Relações raciais: Referências técnicas para a prática da(o) psicóloga(o)*. CFP.

- Coelho, B. S. L., & Neves, J. A. B. (2023). Racismo e saúde: Acesso e qualidade dos serviços de saúde para a população negra no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(1), 127–136.
- Collins, P. H. (2019). *Pensamento feminista negro: Conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. Boitempo.
- Collins, P. H. (2020). *Interseccionalidade* (1. ed.). Boitempo.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2021). *Intersectionality*. Polity Press.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2013). Masculinidade hegemônica: Repensando o conceito. *Estudos Feministas*, 21(1), 241–282.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>
- Contatore, O. A., Malfitano, A. P. S., & Barros, N. F. (2017). Os cuidados em saúde: Ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface: A Journal for and About Social Movements*, 21(62), 553–563.
- Cordeiro, R. C. (2019). Homofobia e racismo: Dupla barreira no acesso à saúde por homens gays negros. *Saúde e Sociedade*, 28(3), 239–252.
- Corrêa, M. (2001). *As ilusões da liberdade: A escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil*. Universidade São Francisco.
- Costa, A. B. (2017). *Saúde da população negra: Políticas e desafios*. EDUFBA.
- Costa, J. F. (2002). *A inocência e o vício: Estudos sobre o homoerotismo* (4. ed.). Relume-Dumará.
- Costa, J. F. (2004). *A inocência e o vício: Estudos sobre o homoerotismo*. Relume-Dumará.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist

- critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, (1), 139–167.
- Cruz, I. S., & Oliveira, A. C. (2021). A interseccionalidade entre raça e sexualidade na produção do cuidado em saúde para homens negros gays. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200445.
- Cruz, K. T. (2016). *A cor do desejo: Homens negros, afetividade e o mercado amoroso-sexual*. Appris.
- Davenport, C. B. (1929). Race crossing in Jamaica. *The Scientific Monthly*, 28(3), 225–238.
- Davis, A. Y. (2006). *Mulheres, raça e classe*. Boitempo.
- Davis, A. Y. (2016). *A liberdade é uma luta constante*. Boitempo.
- Delgado, P. G. G. (2005). A reforma psiquiátrica e o desafio da gestão em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 271–286.
- Deslandes, S. F., & Coutinho, T. (2020). A pandemia da COVID-19 como campo de estudo para a saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), e00108720.
- Drescher, J. (2015). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1191–1202.
- Dunker, C. I. L., & Neto, F. K. (2010). A psicopatologização da vida: Crítica ao DSM-IV. *Psicologia & Sociedade*, 22(3), 434–442.
- Falcão, M. T. C. (2016). *Gênero, masculinidades e saúde* [Tese de Livre Docência, Universidade de São Paulo].
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. EDUFBA.

- Fanon, F. (2010). *Os condenados da terra*. UFJF.
- Fanon, F. (2020). *Pele negra, máscaras brancas*. UBU.
- Fanon, F. (2022). *Os condenados da terra*. Zahar.
- Felsher, M., Ziegler, E., Amico, K. R., Carrico, A., Coleman, J., & Roth, A. M. (2021). PrEP just isn't my priority: Adherence challenges among women who inject drugs participating in a pre-exposure prophylaxis (PrEP) demonstration project in Philadelphia, PA USA. *Social Science & Medicine*, 275, 113809.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113809>
- Fernandes, F. (2019). *A integração do negro na sociedade de classes* (6. ed.). Globo.
- Figueiredo, L. C. M., & Santi, P. L. R. (2004). *Psicologia, uma (nova) introdução: Uma visão histórica da psicologia como ciência*. EDUC.
- Finley, M. I. (1981). *Escravidão antiga e ideologia moderna*. Graal.
- Fonseca, M. G. P., & Bastos, F. I. (2007). Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: Principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3).
- Foucault, M. (1976). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Graal.
- Foucault, M. (2001). *Os anormais*. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2007). *A hermenêutica do sujeito*. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão* (35. ed.). Vozes.
- Foucault, M. (2014). *História da sexualidade, Vol. 1: A vontade de saber* (3. ed.). Paz e Terra.
- Foucault, M. (2021). *Microfísica do poder*. Paz e Terra.
- Fraser, N. (2007). Reconhecimento sem ética? *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*,

- (70), 101–138. <https://doi.org/10.1590/S0102-64452007000100006>
- Fraser, N. (2023). *Capitalismo caníba* (1. ed.). Siglo Veintiuno.
- Freire, P. (1992). *Pedagogia da esperança: Um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Paz & Terra.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. Paz e Terra.
- Freyre, G. (2000). *Casa-grande & senzala* (36. ed.). Record.
- Freyre, G. (2001). *Casa-grande & senzala* (42. ed.). Record.
- Fry, P. (1982). Da Hierarquia à Igualdade: A construção histórica da homossexualidade no Brasil. In P. Fry, *Para inglês ver: Identidade e política na cultura brasileira* (pp. 87–115). Zahar.
- Fry, P., & Macrae, E. (1983). *O que é homossexualidade*. Brasiliense.
- Goes, F. L. (2020). Racismo estrutural e a pandemia da Covid-19: A perspectiva de Silvio Almeida. *Meridiano 47 - Journal of Global Studies*, 21, e2020025.
- Gomes, A. M. T., Silva, E. M. P., & Oliveira, D. C. (2011). Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 485–492.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300006>
- Gomes, R., & Pereira, M. M. C. (2022). Masculinidades e saúde: Reflexões para a prática em saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(7), 2841–2850.
- González, L. (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, 2(1), 223–244.
- González, L. (2019). *Pensamento feminista: Conceitos fundamentais*. Bazar do Tempo.

- Guimarães, A. S. A. (1999). *Racismo e anti-racismo no Brasil*. Editora 34.
- Hall, S. (2003). *Da diáspora: Identidades e mediações culturais*. UFMG.
- Holanda, S. B. de. (2016). *Raízes do Brasil* (27. ed.). Companhia das Letras.
- IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística]. (2019). *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal*. IBGE.
- IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística]. (2020). *Pesquisa nacional de saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. IBGE.  
<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>
- IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística]. (2022). *Tábuas Completas de Mortalidade para o Brasil*. IBGE.
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano*. Cobogó.
- Kozinets, R. V. (2014). *Netnografia: Realizando pesquisa etnográfica online*. Penso.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Panamericana de Saúde*, 2, 7–25. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- Leal, M. do C., Gama, S. G. N., Pereira, A. P. E., Pacheco, V. E., Carmo, C. N., & Santos, R. V. (2017). A cor da dor: Iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00078816.  
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
- Lelis, R. T., Garbin, C. A. S., Garbin, A. J. I., & Soares, G.B. (2012). Vivendo com

- HIV/AIDS: Estudo da ocorrência de discriminação nos serviços de saúde.  
*Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 10(4), 22–28.
- Lima, A., & Cerqueira, F. A. (2007). Identidade homossexual e negra em alagoinhas.  
*Bagoas estudos Gays: Gêneros e Sexualidades*, 1(1), 269–286.  
<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2262>
- Lombroso, C. (2013). *O homem delinquente*. Ícone.
- Lopes, C. R. R. (2011). Masculinidades em Rose: Gays efeminados/homens discretos.  
*Métis: História & Cultura*, 10(20), 165–184.
- Lopes, D. (2002). *O homem que amava rapazes e outros ensaios*. Aeroplano.
- MacRae, E. (1987). A homossexualidade e a moralidade moderna. *Cadernos de Pesquisa*, 61, 68–76.
- Madrid, S. (2016). La formación de masculinidades hegemónicas em la clase dominante: El caso de la sexualidad em los colegios privados de elite em Chile.  
*Sexualidad, Salud y Sociedad*, 22, 369–398. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.17.a>
- Magnani, J. G. C. (2002). De perto e de dentro: Notas para uma etnografia urbana.  
*Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17(49), 11–29.
- Maldonado-Torres, N. (2016). Transdisciplinaridade e decolonialidade. *Revista Sociedade & Estado*, 31(1), 75–97. <https://doi.org/10.1590/SO102-69922016000100005>
- Malta, M., Magnanini, M. M. F., Mello, M., Pascom, A. R. P., Linhares, Y., & Bastos, F. I. (2010). HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public*

- Health*, 1–16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20529289>
- Manso, B. P. (2020). *A república das milícias: Dos esquadrões da morte à era Bolsonaro*. Todavia.
- Maréchal, G. (2010). Autoethnography. In A. J. Mills, J. Albert, G. Durepos, E. Wiebe (Eds.), *Encyclopedia of case study research* (v. 1 & 2, pp. 43–45). Sage.
- Martins, T. F. (2003). Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 201–217. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000100011>
- Marx, K. (1985). *O capital: Crítica da economia política* (2. ed.). Nova Cultural.
- Matos-de-Souza, R., & Medrado, A. C. C. (2021). Dos corpos como objeto: Uma leitura pós-colonial do ‘Holocausto Brasileiro’. *Saúde em Debate*, 45(128), 164–177. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112813>
- Mbembe, A. (2012). *A universalidade de Frantz Fanon*. ArtAfrica.
- Mbembe, A. (2014). *Necropolítica*. N-1 edições.
- Mbembe, A. (2017). *Crítica da razão negra*. N-1 Edições.
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. N-1 Edições.
- Mbembe, A. (2022). *Brutalismo*. La Découverte.
- Meillassoux, C. (1991). *The anthropology of slavery: The womb of iron and gold*. University of Chicago Press.
- Messer, A. T. (2019). *Aprendi no YouTube!: Investigação sobre estudar matemática com videoaulas* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro].

- Mignolo, W. D. (2011). *The darker side of Western modernity: Global futures, decolonial options*. Duke University Press.
- Mills, C. W. (1997). *The racial contract*. Cornell University Press.
- Mills, C. W. (2014). *White time: The chronic injustice of ideal theory*. Du Bois Review.
- Mills, C. W. (2023). *Teorias da conspiração racial*. Zahar.
- Mombaça, J. (2021). *Não vão nos matar agora*. Cobogó.
- Morcillo, S. (2020). De la experiencia a la confusión. Masculinidades, afectos y emociones em los varones que pagan por sexo em Argentina. *Culturales*, 8, e542. <https://doi.org/10.22234/recu.20200801.e542>
- Mott, L. (2003). Crypto-sodomites in colonial Brazil. In P. Sigal (Ed.), *Infamous desire: Male homosexuality in colonial Latin America* (pp. 168–196). University of Chicago Press.
- Mott, L. (2005). Raízes históricas da homossexualidade no Atlântico lusófono negro. *Afro-Ásia*, (33), 9–39. <https://doi.org/10.9771/aa.v0i33.21099>
- Mott, L., & Michels, E. (2020). *Assassinatos de LGBT no Brasil*. Grupo Gay da Bahia - GGB. <https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2019/01/relat%C3%B3rio-de-crimes-contra-lgbt-brasil-2018-grupo-gay-da-bahia.pdf>
- Moura, C. (1983). Escravismo, colonialismo, imperialismo e racismo. *Afro-Ásia*, (14), 124–137. <https://doi.org/10.9771/aa.v0i14.20824>
- Moura, C. (2020). *Sociologia do negro brasileiro*. Perspectiva.
- Muncey, T. (2010). Doing autoethnography. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(3).

- Nascimento, A. (2016). *O genocídio do negro brasileiro: Processo de um racismo mascarado*. Perspectiva.
- Nascimento, A. (2019). *O quilombismo: Documentos de uma militância pan-africanista*. Perspectiva.
- O'Rourke, S., Hartmann, M., Myers, L., Lawrence, N., Gill, K., Morton, J. F., Celum, C. L., Bekker, L.-G., & van der Straten, A. (2021). The PrEP journey: Understanding how internal drivers and external circumstances impact the prep trajectory of adolescent girls and young women in Cape Town, South Africa. *AIDS and Behavior*, 25(7), 2154–2165. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03145-0>
- OMS [Organização Mundial da Saúde]. (2019). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas de saúde relacionado* (11. ed.). <https://icd.who.int/>
- Ortegal, L. (2018). Relações raciais no Brasil: Colonialidade, dependência e diáspora. *Serviço Social & Sociedade*, 133, 413–431. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.151>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
- Paiva, A. (2019). The importance of trauma-informed schools for maltreated children. *BU Journal of Graduate Studies in Education*, 11(1), 22–26.
- Parker, R. G. (1994). *A construção da solidariedade*. Relume-Dumará.
- Parker, W. C. (2002). *Education for democracy: Contexts, curricula, assessments*. Information Age Publishing.
- Passerino, L. M. (2013). Imaginarios, biomedicina y normatividad: Una respuesta a los

- procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Revista Ciencia de la Salud*, 11(2), 217–233.
- Pelúcio, L. (2007). *Nos nervos, na carne, na pele: Uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Carlos].
- Pereira Ivo, I., & Jesus, J. R. G. (2019). Escravidão, negros africanos e Santo Isidoro de Sevilla. *Revista de História da UFES*, 43, 28–62.
- Pettres, A. A., & Ros, M. A. (2018). A determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 47(3), 183–196.  
<https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/375>
- Pinho, O. (2004). Qual é a identidade do homem negro? *Espaço Aberto – Democracia Viva*, 22, 64–69.
- Preciado, P. B. (2022). *Dysphoria mundi*. Anagrama.
- Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocetrismo e América Latina. In E. Lander (Org.), *A colonialidade do saber: Eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas* (pp. 117–142). CLACSO.
- Ribeiro, M. G. (2024), Estrutura sócio-ocupacional das metrópoles brasileiras: Mudanças e permanências em 40 anos. *Cadernos Metrôpoles*, 26(59), 19–42.  
<https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/61272/43745>
- Roedel, L. L., & Santos, C. M. (2020). A pandemia de COVID-19 e o bolsonarismo: Politização, polarização e os caminhos da democracia no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 2(25), 1–28.
- Samaja, J. (2000). *A reprodução social e a saúde: Elementos metodológicos sobre as*

- questões das relações entre saúde e condições de vida*. Casa da Qualidade.
- Santos, B. de S. (2002). Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, 237–277.
- Scanavino, M. D. T., & Abdo, C. H. N. (2010). Parceiros sexuais nos últimos 12 meses e parceiros significativos ao longo da vida, segundo o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro. *Diagnóstico e Tratamento*, 15(3), 138–142.
- Schucman, L. V. (2010). Racismo e antirracismo: A categoria raça em questão. *Revista de Saúde Pública*, 10(19), 41–55.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519-549X2010000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1519-549X2010000100005&script=sci_arttext)
- Schucman, L. V. (2014). *Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: Branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo*. Annablume.
- Schwarcz, L. M. (1993). *O espetáculo das raças: Cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. Companhia das Letras.
- Seffner, F., & Parker, R. (2016). Desperdício da experiência e precarização da vida: Momento político contemporâneo da resposta brasileira à AIDS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 293-304. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>
- Separavich, M. A., & Canesqui, A. M. (2013). Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem: Uma revisão bibliográfica. *Saúde & Sociedade*, 22(2), 415–428.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>

- Silva, A. C. (2007). Branqueamento e branquitude: Conceitos básicos na formação da alteridade. In A. D. Nascimento & T. Hrtkowski (Eds.), *Memória e formação de professores* (pp. 87–101). EDUFBA.
- Silva, M. N. (2006). *Nem para todos é a cidade: Segregação urbana e racial em São Paulo*. Fundação Cultural Palmares.
- Simas, L. A. (2023). *O corpo encantado das ruas*. Civilização Brasileira.
- Simas, L. A., & Rufino, L. (2018). *Fogo no mato: A ciência encantada das macumbas*. Mórula.
- Simas, L. A., & Rufino, L. (2020). *A encruzilhada do saber*. Record.
- Soares, S. S. D., & Stengel, M. (2021). Netnografia e a pesquisa científica na internet. *Psicologia USP*, 32. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200066>
- Souza, C. A. (2022). *População com HIV e AIDS: Traços da realidade socioepidemiológica em Aracaju/SE* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Sergipe].  
[https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/17540/2/CLEVERTON\\_ALVES\\_SOUZA.pdf](https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/17540/2/CLEVERTON_ALVES_SOUZA.pdf)
- Spink, M. J. (2003). *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Vozes.
- Spivak, G. C. (2010). *Pode o subalterno falar?* (1. ed.). UFMG.
- Stotz, E. M. (2003). Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo Perspectiva*, 17(1), 25–33. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000100004>
- Strings, S. (2019). *Fearing the black body: The racial origins of fat phobia*. New York University Press.
- Terto Junior, V. (1999). Homens, saúde e políticas públicas: A vulnerabilidade masculina ao HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(Suppl. 1), 143–151.

- Travassos, C. (2020). Utilização de serviços de saúde no Brasil: Gênero, raça e classe social. In L. Giovanella et al. (Orgs.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 451–470). Fiocruz.
- Trevisan, J. S. (2018). *Devassos no paraíso: A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. Record.
- UNAIDS [Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS]. (2007). *Practical guidelines for intensifying HIV prevention: Towards universal access*. UNAIDS.
- Vasconcelos, R. (2019). Entenda por que é um erro associar o aumento do HIV à homossexualidade. *Viva Bem*.  
<https://ricovasconcelos.blogosfera.uol.com.br/2019/09/13/entenda-por-que-e-um-erro-associar-o-aumento-do-hiv-a-homossexualidade/>
- Venturi, G., & Bokany, V. (2006). Acesso a serviços de saúde. In G. Venturi, V. Bokany & D. V. Rios (Orgs.), *A homofobia no ambiente escolar* (pp. 121–135). IBOPE/UNESCO.
- Veras, M. A., Calazans, G. J., Ribeiro, M. C. S. A., Oliveira, C. A. F., Giovanetti, M. R., Facchini, R., França, I. L., & McFarland, W. (2014). High HIV prevalence among men who have sex with men in a time-location sampling survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behavior*.
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde & Sociedade, 25*(3).
- Williams, R. (2014). *A produção social da escrita*. UNESP.
- Willie, T. C., Monger, M., Nunn, A., Kershaw, T., Stockman, J. K., Mayer, K. H., & Lerebours, L. (2021). PrEP's just to secure you like insurance: A qualitative study

on HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) adherence and retention among black cisgender women in Mississippi. *BMC Infectious Diseases*, 21, 1102.

<https://doi.org/10.1186/s12879-021-06786-1>