



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS LÉSBICAS:
Analisando o contexto de produção dos textos e das práticas
de cuidados**

Adriane das Neves Silva

Rio de Janeiro

2021



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS LÉSBICAS:
Analisando o contexto de produção dos textos e das práticas
de cuidados**

Adriane das Neves Silva

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (PPGSCM/IFF/Fiocruz), como requisito para a obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Romeu Gomes

Rio de Janeiro

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

das Neves Silva, Adriane.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS ÀS LÉSBICAS: Analisando o contexto de produção dos textos e das práticas de cuidados / Adriane das Neves Silva. - Rio de Janeiro, 2021.

137 f.; il.

Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2021.

Orientador: Romeu Gomes.

Bibliografia: Inclui Bibliografias.

1. Políticas de Saúde. 2. Homossexualidade feminina. 3. Ciclo de políticas. 4. Habitus. 5. Violência simbólica. I. Título.

DEDICATÓRIA

Para minha mãe, Maria Solange, e meu pai,

Sebastião Silva (*In memoriam*)

Aos que acreditam e ajudam a construir uma
sociedade mais justa, diversa, socialmente igualitária
e que proporcione a liberdade de ser.

AGRADECIMENTOS

A Oxalá, por me guiar, proteger e colocar pessoas tão especiais em minha vida;
A Xangô e à Yansã, por me manter firme para enfrentar todas as batalhas que se apresentaram;

Agradeço a todos que de uma forma ou de outra possibilitaram a conclusão do meu doutorado. Em especial, gostaria de expressar a minha gratidão:

À minha mãe, luz da minha vida, mulher forte, uma docente impecável com seus alunos, que me ensinou a ir em busca dos meus sonhos, a ver o brilho da vida, mesmo nos momentos mais difíceis;

Ao meu pai (*in memoriam*), exemplo de seriedade, que realizou todos os meus sonhos, me deu sábios conselhos, me deixou valiosos ensinamentos e me amou intensamente, meu eterno amor;

À minha avó Maria (*in memoriam*), que me ensinou a enfrentar a vida com dignidade, lutar em busca dos meus sonhos e a perceber que os caminhos da vida são entrelaçados à espiritualidade;

Aos meus irmãos, pelo amor, união e parceria durante toda a minha vida;

Aos meus sobrinhos, meus amores, por me inspirarem tanto;

À minha Sarinha, que me ensinou o amor e toda minha família canina, que me alegam todos os dias;

Ao Prof. Dr. Romeu Gomes, por me conduzir, por me compreender, por ser generoso e acolhedor em todos os momentos, meu carinho e admiração ao meu querido orientador;

À Prof.^a Dr.^a Ivia Maksud, por pegar a minha mão e me mostrar o caminho, sem sua generosidade eu não estaria num programa de Doutorado tão acolhedor, minha eterna gratidão, admiração e carinho;

À Prof.^a Dr.^a Suely Deslandes, por todo conhecimento transmitido de maneira generosa e carinhosa, reconhecendo meus limites e potencialidades, minha eterna admiração;

À Prof.^a Dr.^a Claudia Bonan Janotti, por sua generosidade, por suas palavras de conforto, por ser uma inspiração a cada movimento em nossas vidas, minha eterna gratidão;

À Prof.^a Dr.^a Martha Cristina Nunes Moreira, por sua alegria e vitalidade e generosidade por nos conduzir e nos fazer acreditar que nós podemos alcançar tudo que desejarmos, meu carinho e admiração por toda essa energia positiva;

Ao Prof. Dr. Marcos Nascimento, por seu jeito carinhoso, por cada beijo e abraço dado e por ser tão amoroso e cuidadoso com o programa;

À Prof.^a Dr.^a Andrea Cronemberger Rufino, por me fazer acreditar que tudo é possível e pelo carinho dispensado durante toda a minha caminhada, gratidão pelos ensinamentos;

À Prof.^a Dr.^a Nilza Rogéria de Andrade Nunes, por acreditar em mim e, em muitos momentos, me ouvir, me orientar e me inspirar, meu carinho e gratidão;

À Prof.^a Dr.^a Lucia Helena Garcia Penna, por sua generosidade, por suas contribuições, e por ser uma inspiração como enfermeira e docente, minha eterna gratidão;

Aos meus queridos amigos doutorandos, por cada encontro, por cada momento que vivemos, pelas alegrias e tristezas, mais alegrias do que tristezas, a vocês todo sucesso e carinho;

Às minhas amigas da militância lésbica na representatividade de Yone Lindgren, Márcia Nobua, Virginia Figueiredo e Rosangela Castro;

Em especial às lésbicas que há anos lutam por visibilidade e reconhecimento de suas demandas e especificidades. Que esta tese abra portas para ampliar o diálogo sobre saúde de lésbicas a partir das políticas públicas em direção à realização das práticas de cuidados.

“Que nada nos defina, que nada nos sujeite.
Que a liberdade seja nossa própria substância.
Já que viver é ser livre”,
(Simone de Beauvoir)

SILVA, Adriane das Neves. **Políticas Públicas de Saúde Voltadas às lésbicas: Analisando o contexto de produção dos textos e das práticas de cuidados.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueiras: Rio de Janeiro, 2021.

RESUMO

Objetivo: analisar as políticas públicas voltadas para a atenção à saúde de lésbicas, buscando compreender seus princípios, diretrizes, potencialidades e limites. **Métodos:** optou-se pela leitura e interpretação dos documentos como estratégia metodológica, sendo o principal deles a sistematização de documentos construídos pelo governo federal decorrentes das relações com os movimentos sociais. Nesta tese, as análises realizadas tiveram como aporte teórico o modelo de análise de Ciclos de políticas de Stephen Ball, proposta por Rezende e Baptista e as contribuições de Pierre Bourdieu, com os conceitos de *habitus*, campo e violência simbólica de Pierre. Apresentamos ainda uma revisão da literatura nacional e internacional. **Resultados:** pode-se afirmar que em dez anos da inserção das lésbicas nas agendas de saúde, as mudanças no âmbito da atenção à saúde voltadas para essas mulheres são inexpressivas. Isso pode ser visto como uma discrepância entre o contexto da produção dos textos políticos e o contexto das práticas onde se materializariam as intenções desses textos. A formulação das políticas de atenção à saúde de mulheres ainda é influenciada pela estrutura heteronormativa e, essa construção baseada na heteronormatividade, coloca as práticas sexuais não hegemônicas numa posição de subordinação. Os desdobramentos presentes nas práticas de cuidados estão relacionados ao não reconhecimento da diversidade feminina, às dificuldades na relação profissional de saúde e usuária, à negligência de atendimentos e à exclusão dos modos de vida que se distanciam da definição de normalidade em saúde. **Considerações finais:** uma maneira de contrapor essa ordem social é a ampliação e a construção de espaços de discussões sobre concepções lésbicas, pois ser lésbica é antes de tudo uma questão política e, ao romperem com a lógica heteronormativa de cuidado, colocam os formuladores de políticas, os docentes e os profissionais de saúde a corrigirem a dissonância dentro de um sistema que opera na lógica heteronormativa e que leva a pensar as descrições normativas de gênero e sexualidade que interferem na visibilidade ou invisibilidade no processo saúde-doença-cuidado e nas relações entre profissionais de saúde e as usuárias lésbicas. O caminho para a mudança estaria na visibilidade das lésbicas dentro da própria categoria homossexual, que – em alguns casos – ainda é permeada pelo predomínio do poder masculino. Essa maior visibilidade talvez possa contribuir para a superação desse *habitus* heteronormativo que contribui para a reprodução da exclusão, discriminação e apagamento da existência lésbica, de modo que esses possam ser problematizados e transformados.

Palavras-chaves: Políticas de Saúde. Homossexualidade feminina. Lésbicas. Ciclo de políticas. *Habitus*. Violência simbólica.

SILVA, Adriane das Neves. **Políticas Públicas de Saúde Voltadas às lésbicas: Analisando o contexto de produção dos textos e das práticas de cuidados.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto Nacional de Saúde da Mulher e da Criança Fernandes Figueiras: Rio de Janeiro, 2021.

ABSTRACT

Objective: to analyze public policies focused on the health care of lesbians, seeking to understand their principles, guidelines, potential and limits. **Methods:** the reading and interpretation of documents was chosen as a methodological strategy, the main one being the systematization of documents constructed by the federal government resulting from relations with social movements. In this thesis, the analyzes carried out had as theoretical support the model of analysis of Policy Cycles of Stephen Ball, proposed by Rezende and Baptista and the contributions of Pierre Bourdieu, with the concepts of habitus, field and symbolic violence of Pierre. We also present a review of the national and international literature. **Results:** it can be said that in ten years of the insertion of lesbians in the health agendas, the changes in the scope of health care aimed at these women are inexpressive. This can be seen as a discrepancy between the context of the production of political texts and the context of the practices where the intentions of these texts would materialize. The formulation of women's health care policies is still influenced by the heteronormative structure and, this construction based on heteronormativity, places non-hegemonic sexual practices in a position of subordination. The consequences present in the care practices are related to the lack of recognition of female diversity, to the difficulties in the health professional and user relationship, to the neglect of care and to the exclusion of ways of life that are distant from the definition of normality in health. **Final considerations:** a way of countering this social order is the expansion and construction of spaces for discussions about lesbian conceptions, as being a lesbian is, above all, a political issue and, in breaking with the heteronormative logic of care, place policy makers, teachers and health professionals to correct the dissonance within a system that operates in a heteronormative logic and that leads to think about the normative descriptions of gender and sexuality that interfere in the visibility or invisibility in the health-disease-care process and in the relationships between health professionals and lesbian users. The path to change would be in the visibility of lesbians within the same homosexual category, which - in some cases - is still permeated by the predominance of male power. This greater visibility may perhaps contribute to overcoming this heteronormative habitus that contributes to the reproduction of the exclusion, discrimination and erasure of lesbian existence, so that they can be problematized and transformed.

Keywords: Health Policies. Female homosexuality. Lesbians. Policy cycle. *Habitus*. Symbolic violence.

LISTA DE FIGURASE QUADROS

Figura 1. Linha do tempo com os principais eventos relacionados à Saúde de lésbicas.....	46
Figura 2. Ciclo de políticas	58
Quadro 1. Distribuição dos artigos por ano, país, método e foco central ..	77

LISTA DE SIGLAS

ABL – Associação Brasileira de Lésbicas.

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

BDENF – Base de dados bibliográficos especializada na área de Enfermagem.

CIT – Comissão Intergestores Tripartite.

CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

CNPM – Conferência Nacional de Políticas Públicas para Mulheres.

CNS – Conferência Nacional de Saúde.

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde.

DIHS – Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade cultural.

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública.

EUA – Estados Unidos da América.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.

GALF – Grupo de Autoconsciência de Lesbianas Feministas.

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida.

IST – Infecção Sexualmente Transmissível.

LBL – Liga Brasileira de Lésbicas.

LF – Grupo de Ação Lésbico-feminista.

LGBT – Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais.

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

MS/GM – Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro.

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

PNDH-3 – 3º Programa Nacional de Direitos Humanos.

PNPM – Plano Nacional de Políticas para Mulheres.

PNSILGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais.

PUBMED – U.S. National Library of Medicine Pubmed.

SCIELO – Scientific Eletronic Library Oline.

SENALE – Seminário Nacional de Lésbicas.

SENALESBI - Seminário Nacional de Lésbicas e Bissexuais.

SOMOS – Grupo de Afirmação Homossexual de São Paulo.

SPM – Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Registro de aprovação do Projeto	131
Anexo 2 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	132
Anexo 3 – Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT	133
Anexo 4 – Dossiê de Saúde de Mulheres Lésbicas	134
Anexo 5 – Cartilha chegou a hora de cuidar da Saúde	135
Anexo 6 – Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Direitos, saúde e participação social	136
Anexo 7 – Relatório da oficina – Atenção à saúde de mulheres Lésbicas e Bissexuais	137
Anexo 8 – Cartilha Atenção Integral à Saúde de Lésbicas	138

SUMÁRIO

PELAS LENTES DAS DESCOBERTAS, RUPTURAS E DAS LUTAS	16
CAPÍTULO 1 – PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES	20
1.1 Introdução	20
1.2 Justificativa	25
1.3 Objetivos	27
Referências Bibliográficas	28
CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1 O Diálogo entre os estudos de gênero e o campo da saúde de lésbicas	31
2.2 A trajetória do Movimento Lésbico no Brasil: história de luta e resistência	36
2.3 Políticas Públicas de Saúde voltadas às Lésbicas	41
Referências Bibliográficas	47
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	52
3.1 Análise Documental	52
3.2 – Método de Análise	55
3.2.1 Os contextos em que as políticas se movem segundo Ball	56
3.2.2 Perspectivas Bourdieusianas na Análise de Políticas Públicas	59

Referências Bibliográficas	63
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS: ARTIGOS PRODUZIDOS	67
4.1 Artigo 1	69
Referências Bibliográficas	87
4.2 Artigo 2	94
Referências Bibliográficas	118
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
Referências Bibliográficas	129

PELAS LENTES DAS DESCOBERTAS, RUPTURAS E DAS LUTAS

Natural do Rio de Janeiro, quinta filha de mãe professora e pai artífice, ambos funcionários públicos, cresci com a orientação de que precisávamos estudar e prestar concursos para vencer na vida. Numa família de professores, a escolha da profissão causou grande impacto, pois decidi que minha caminhada estava diretamente ligada ao cuidado, por isso ingressei, aos 16 anos, no curso Técnico de Enfermagem.

Aos 18 anos já cursava graduação em Enfermagem e, nessa caminhada, vivenciava muitas descobertas, a independência e encontros. Diante desses encontros e descobertas, tornei-me enfermeira e professora aos 23 anos e, vivendo dentro de um “armário”, diante de uma sociedade que não reconhecia nossa existência e, pude presenciar várias situações que contribuíram para a invisibilização da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais ou transgêneros (LGBT) permeadas pela estigmatização e pela discriminação. Nesse contexto, as questões que envolviam a população LGBT sempre me despertaram o interesse pela escuta e pelo acolhimento.

Nessa caminhada conheci pessoas incríveis que conduziam sua vida de modo a ignorar e a transformar qualquer forma de preconceito em luta, que me inspiraram a descoberta da sexualidade e o interesse pelas questões da população de lésbicas e bissexuais. Daí, decidi que minha história seria diferente da que eu presenciava e resolvi abrir a porta do armário e vi que seria o momento de falar sobre isso.

Com surpresa, começando a viver com minhas escolhas de vida, foi abraçada de uma maneira única por meus pais e irmãos, o que contribuiu muito para que minha trajetória na militância se tornasse mais forte.

Desde cedo, as questões de gênero e de sexualidade me inspiraram, porém o interesse pelo estudo se deve, em grande parte, à militância em relação ao direito ao acesso, com dignidade, à saúde da população LGBT, especificamente as lésbicas.

Então, o meu interesse pela pesquisa me direcionou para a construção de um projeto sobre os temas transversais no ensino da saúde para concorrer à vaga no mestrado em Ensino na Saúde, na Universidade Federal Fluminense (UFF) no ano de 2012, vi ali a oportunidade de visibilizar as questões de saúde LGBT. Nesse momento, a primeira ruptura, pois as linhas de pesquisas me direcionaram para a educação permanente com o uso de metodologias ativas e tecnologias digitais, com o direcionamento para as questões do campo educacional, sobretudo as novas metodologias de ensino. Foram muitos anos vivendo o desejo de problematizar no ensino as questões de gênero e sexualidade, e inserir os temas e políticas nos currículos.

De encontro à segunda ruptura, que chamo de “perdas”, que me afastaram por anos da militância, busquei o fortalecimento na “espiritualidade” e pude retomar, aos poucos, o desejo de combater as “injustiças” e demarcar o lugar de fala, e fui agregando o conhecimento intelectual e as novas perspectivas. No ano de 2017 fui tomada novamente pela inquietação do afastamento das questões de gênero no ensino da saúde e, com a ativação de novas mudanças em minha vida pessoal e profissional, decidi me matricular no curso de especialização em Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos (DIHS/ENSP/FIOCRUZ). Nesse movimento pela primeira vez no

caminho das lutas, pude discutir a influência da heterossexualidade compulsória na saúde de “lésbicas”, juntamente com o professor Ms. Marcelo Prata, que deverá ser incluído, posteriormente, num capítulo de um livro. Durante a construção desse trabalho, percebi o quanto essa temática é silenciada no âmbito social e pouco abordada na academia. Comecei a transitar pelo movimento social participando das rodas de conversa realizadas pela Associação Brasileira de Lésbicas (ABL) e Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), experiências que foram fundamentais para dar início à reflexão crítica no campo da saúde, envolvendo a saúde das lésbicas.

Então, iniciava meu olhar, para compreender as estruturas impostas pela sociedade, ao definir padrões de comportamentos considerados “normais” e “desviantes” e logo se abriu o espaço para a construção do projeto de doutorado e a busca por uma linha de pesquisa que contemplasse a temática. Então, de posse do edital do IFF/FIOCRUZ com a linha de pesquisa que procurava, direcionada para a “homossexualidade feminina e saúde”, iniciei minha busca por um orientador, quando vi o nome da professora Ivia Maksud e a contactei, ela prontamente me respondeu e abriu espaço para conhecer os demais professores. Nessa caminhada tive o retorno dos contatos dos professores Romeu Gomes, Marcos Nascimento e o encontro com a professora Paula Gaudenzi.

E nessa caminhada até o ingresso no doutorado, o pensamento de buscar nos discursos o reconhecimento e atravessamentos que cotidianamente estão presentes nas unidades de saúde, em relação às lésbicas, foi substituído pelo novo e instigante desafio de investigar o lugar das lésbicas nas políticas públicas e de ampliar o modo de pensar a atenção à saúde, as ações do movimento social e de discutir na Comissão

de Saúde da População LGBT, nos municípios da Baixada Fluminense, a partir de uma nova lente.

O campo dos estudos feministas, de gênero e sexualidade e, de análise de políticas dá início ao meu olhar, mais aprofundado, para compreender o percurso das lésbicas, na luta reconhecimento e garantia de direitos, que se reflete na escassez de produção acadêmica nacional e internacional sobre a temática e no cuidado dessa população em busca acesso aos serviços de saúde.

Ao longo do tempo, as questões que me incomodavam, como a abordagem na academia, nas produções, no acolhimento, no atendimento e nas relações entre as usuárias e profissionais e que são reflexo da ausência de institucionalização dos documentos legais, aos poucos vêm sendo superadas, à medida que esse trabalho veio sendo construído e que abriram portas para novas formas de militar.

CAPÍTULO 1 – PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES

1.1 – Introdução

Inicialmente, faz-se necessário observar que esta tese – que trata da análise de políticas voltadas para a saúde de lésbicas – tem o formato de coletânea de artigos, uma das modalidades de trabalho de conclusão de curso de doutorado, regulamentada pelo Programa de Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (PPGSCM/IFF/Fiocruz).

A visibilidade da diversidade feminina nos cuidados à saúde tem provocado inúmeras inquietações, tanto no grupo de militantes, como no de pesquisadoras. O protagonismo feminino surge na década de 70 com o movimento feminista, porém é preciso questionar a trajetória do movimento lésbico, no contexto da visibilidade nas políticas de saúde, que refletem diretamente nas práticas de cuidados no cotidiano dos serviços de saúde. Considerando o questionamento é possível falar de integralidade na saúde da mulher sem contemplar a diversidade feminina?

Diante da complexidade do tema, a discussão sobre o acesso das lésbicas aos serviços de saúde é recente, ainda que a luta por garantias de direitos à saúde exista desde a década de 70, nas reivindicações dos movimentos feministas e homossexuais, os avanços e conquistas por reconhecimento de suas especificidades e demandas ainda não têm apresentado o devido merecimento.

Problematizações acerca da discussão sobre a homossexualidade feminina marca desde a década de 80 os espaços de luta, porém é notório que essa ocorreu sem a potência necessária para dar visibilidade às suas demandas e especificidades,

fato decorrente da inexistência de ações específicas para essas mulheres, além de um quantitativo pequeno de lésbicas, marca do preconceito e de toda repressão da época numa sociedade heterossexista, e isso acabou refletindo na invisibilidade política e na exclusão de ações de saúde direcionadas às lésbicas (ALMEIDA, 2008).

O debate em torno das políticas e programas voltados à visibilidade e protagonismo da sexualidade feminina, surge com a inserção da categoria gênero nas políticas de saúde com a promulgação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a), quando ocorre a separação dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, passando a dar maior visibilidade e protagonismo à mulher no comando do seu próprio corpo. Ocorreu a incorporação de novas ações para o reconhecimento das especificidades dos grupos, entre os grupos citados estariam as lésbicas.

A garantia dos direitos das lésbicas era questionada na premissa da saúde como um direito e um dever do Estado, no investimento de políticas públicas e no reconhecimento da existência de desigualdades, que refletem diretamente na diferença de acesso e, que se potencializam, quando esse acesso trata das sexualidades consideradas desviantes do padrão normal. Sendo um dos grandes desafios para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso universal e equânime aos serviços de saúde através de ações integrais e do reconhecimento da diversidade de gênero.

Com essa possibilidade, em 2004, o Ministério da Saúde instituiu o programa Brasil sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual (BRASIL, 2004b), que tem a responsabilidade de elaborar um programa de políticas específicas para essa

população. Tendo sido consolidado somente em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, dando ênfase à orientação sexual e à identidade de gênero como determinante social de saúde (BRASIL, 2008a), surgiu assim a incorporação de propostas direcionadas à população LGBT no SUS.

Considerando que a política de saúde é pautada na satisfação das demandas apresentadas pela população, é preciso analisar os seus pormenores em relação às demandas e especificidades da saúde das lésbicas, e como estas vêm sendo contempladas, pois existem evidências de desigualdades de acesso aos serviços de saúde e a necessidade de medidas para ampliar a cobertura de atenção à saúde e promover a equidade.

Uma vez que, mesmo tendo o reconhecimento de suas vulnerabilidades de saúde, e de assegurada a assistência universal, integral e equânime nos documentos oficiais, quando as lésbicas procuram os serviços de saúde, suas necessidades não estão sendo atendidas e sua orientação sexual é invisibilizada (REDE FEMINISTA, 2006).

Essa questão tem sido atribuída aos padrões heteronormativos que consideram anormal tudo que foge ao padrão estabelecido na norma, veem a homossexualidade como um desvio de conduta, e fazem referências aos modos de vida diferentes como doentios, contribuindo para o apagamento das demandas e especificidades de saúde dessa população, posturas lesbofóbicas e sexistas.

O lançamento do livreto “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde” foi uma tentativa de desmistificar a homossexualidade como um tabu, trazendo diversas dicas para lésbicas e bissexuais sobre saúde, sexualidade e informações sobre a legislação

brasileira (BRASIL, 2006). Nesse livreto, apesar de trazer informações específicas à população, não fazia referência às orientações aos profissionais da saúde.

Dessa forma, as dificuldades nas ações e políticas que subsidiam as demandas das mulheres que fazem sexo com mulheres (FACCHINI; BARBOSA, 2006), há tempos têm sido um desafio para a Saúde Pública, reforçando a necessidade da construção de uma política efetiva e eficiente, que reforce o reconhecimento das diferenças dos corpos e como essa diferença reproduz desigualdades.

O não reconhecimento das demandas e especificidades de saúde das mulheres lésbicas vem contribuindo para a baixa procura dessas mulheres aos serviços de saúde e contrapõe os postulados de equidade, previstos na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009), o que acaba impossibilitando o acesso à saúde, aumentando a vulnerabilidade, devido ao preconceito, à discriminação e ao desconhecimento.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde formulou a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* (PNSILGBT) (BRASIL, 2013a), promulgada em 1º de dezembro de 2011 através da Portaria MS/GM nº 2.836 (BRASIL, 2011b). A mesma política é pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2, do dia 6 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011c), que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT, se constituindo numa tentativa de reorientação das políticas de saúde, para a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde dessa população.

A publicação da PNSILGT é um marco para o reconhecimento das demandas e especificidades das lésbicas, considerando a sociedade em que vivemos, marcada pelo patriarcado, na qual o heterocentrismo e o conservadorismo estão presentes ao

extremo, além de posturas machistas, sexistas, misóginas e lgbtfóbicas que estão enraizadas em todos os contextos sociais, é imprescindível falar da saúde das lésbicas como forma de romper com a regra hegemônica que tenta enquadrar as mulheres em padrões de comportamento social e sexual.

Diante disso, num contexto em que há reconhecimento da heteronormatividade presente nas políticas e nos protocolos de saúde e, que este produz desigualdades de cuidado, a partir da análise de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde de lésbicas, pode-se compreender seus princípios, diretrizes, potencialidades e limites e, avançar na discussão sobre onde estão as lésbicas nas políticas de saúde.

A partir, dos questionamentos levantados e com o intuito de dirigir a análise, cabe questionar:

- Há de fato, o reconhecimento das demandas e especificidades das lésbicas nas políticas de saúde?
- As políticas elaboradas atendem às necessidades de saúde de lésbicas?
- Quais os desafios nos espaços de saúde voltados às lésbicas?

A questão é que as lésbicas lutam por direitos desde a década de 1970, com o surgimento das primeiras organizações de lésbicas, porém surge de maneira tímida, atrelado ao movimento gay e ao movimento feminista, o que vem contribuindo para a invisibilidade das suas necessidades específicas, dentro do próprio movimento LGBT e nas práticas e intervenções de saúde, o que mostra a importância de tratar a lesbianidade a partir de outro olhar, que se afasta do seu movimento inicial e reconhece que, quando essas mulheres acessam os serviços de saúde, têm um atendimento mais fragilizado.

A importância de pensar essa invisibilidade a partir do olhar da escassa produção acadêmica sobre a temática, que contribuiu para o apagamento das necessidades dessas mulheres, a tese é uma possibilidade de intensificar a abordagem nos espaços de diálogo entre o movimento lésbico, o governo e a academia, que fortaleça a criação de políticas, de protocolos, para dar maior visibilidade aos direitos da saúde das lésbicas e identificar possíveis lacunas apontadas pela literatura específica.

1.2– Justificativa

Diante de uma conjuntura, marcada pela discriminação e preconceito das questões relacionadas à saúde e à sexualidade feminina, mesmo que nos documentos políticos sejam assegurados pelo SUS um atendimento equânime e integral às lésbicas, observa-se a invisibilidade no atendimento quando elas procuram os serviços de saúde.

É inquestionável que a experiência do processo de visibilidade da existência lésbica nas políticas de saúde, pela inclusão e pelo reconhecimento do gênero e da sexualidade como marcadores sociais, que incidem na determinação do processo de saúde-adoecimento-cuidado da população LGBT, não se tornou, em algumas sociedades, legalmente aceito. Visto que, ainda atualmente, presenciamos dificuldades e silenciamentos ligados à sexualidade e principalmente sobre a homossexualidade feminina, que se reflete nos cuidados e no acesso em relação à saúde dessa população (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013).

Sendo assim, a inquietação presente no cotidiano dos serviços de saúde com posturas de atendimento desigual, com o silenciamento e a ausência de acolhimento a essas mulheres, compromete a formação de vínculos efetivos, contribuindo para o cuidado da saúde baseado em princípios heterossexuais e podendo produzir o distanciamento das lésbicas do acesso à saúde.

Considerando o não reconhecimento das lésbicas nos serviços de saúde, há que se pensar que, apesar da existência de políticas, faz-se necessário, em primeiro lugar, compreender suas diretrizes e princípios, as estratégias de implementação e os desdobramentos das políticas voltadas para a saúde das lésbicas, que são de fundamental importância para que se tenha uma atenção mais adequada a essas mulheres. Como se constituíram tais textos legais? Em que cenário foram instituídos? Quais os seus limites (se for considerado o cotidiano contemporâneo)?

Para embasar as produções acadêmicas sobre a temática apresentada, foi realizada uma revisão da literatura nacional e internacional (SILVA; GOMES, 2019) sobre como se afiguram as especificidades do acesso de lésbicas aos serviços de saúde, à luz da literatura. Este estudo encontrou nas barreiras de acesso de lésbicas à atenção à saúde, questões relacionadas à revelação de ser lésbica e às dificuldades dos serviços e dos profissionais de saúde em lidar com essas mulheres. E em relação às experiências das lésbicas que, quando conseguem ser atendidas nos serviços de saúde, se deparam com o atendimento desigual, a invisibilidade e o constrangimento.

Frente às conclusões da mencionada revisão, ainda se faz necessário problematizar a saúde de lésbicas a partir da perspectiva dos aspectos contidos nos documentos que influenciam os contextos.

Neste sentido, colocamos as seguintes questões que nortearam o presente trabalho:

- (1) Em que contexto se formularam as políticas que, em menor ou maior proporção, se voltavam para a saúde das lésbicas?
- (2) Quais as influências que incidiram sobre essas políticas?
- (3) Ao longo do tempo quais foram os desdobramentos dos princípios políticos dos primeiros documentos oficiais que mencionavam a saúde das lésbicas?

1.3 - Objetivos

Objetivo Geral

Analisar as políticas públicas voltadas para a atenção à saúde de lésbicas, buscando compreender seus princípios, diretrizes, potencialidades e limites.

Objetivos Específicos

- a) Descrever o contexto no qual se inserem as primeiras políticas públicas voltadas para a saúde de lésbicas;
- b) Identificar os desdobramentos dos princípios específicos da saúde de lésbicas presentes na PNAISM e na PNLGBT, por meio de documentos oficiais que surgiram posteriormente a essas políticas e;
- c) Estabelecer recomendações que possam tornar mais efetiva a implementação das políticas voltadas para a saúde das lésbicas.

Referências

ALMEIDA, G.; HEILBORN, ML. *Não Somos Mulheres Gays: Identidade Lésbica na Visão de Ativistas Brasileiras*. *Rev. Gênero*. 2008; 9(1): 225-49.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf .

Acessado em 15 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação/Ministério da Saúde (Brasil). *Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra LGBT e promoção da cidadania homossexual* / elaboração: André Luiz de Figueiredo Lázaro; organização e revisão de textos: Cláudio Nascimento Silva e Ivair Augusto Alves dos Santos. Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria Especial de Direitos Humanos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b

_____. Ministério da Saúde. *Chegou a hora de cuidar da Saúde* – um livreto para lésbicas e mulheres bissexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chegou_hora_cuidar_saude.pdf

_____. *Portaria nº 2836*, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Presidência da República.

_____. *Resolução nº 2. de 6 de dezembro de 2011*. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p.:il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acessado: 05 de março de 2018

CARVALHO, C; CALDERARO, F; SOUZA, AJ. O Dispositivo “Saúde de Mulheres Lésbicas”: (in)visibilidade e direitos. *Psicologia Política*. Vol. 13. nº 26. pp. 111-127. jan. – abr. 2013.

FACCHINI R, Barbosa RM. *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte: Rede Saúde; 2006.

Silva, A.N., Romeu Gomes. Acesso de Mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. *Cien Saúde Colet* [periódico na internet] (2019/Dez). [Citado em

07/02/2021].Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acesso-de-mulheres-lesbicas-aos-servicos-de-saude-a-luz-da-literatura/17473?id=17473>

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – O diálogo entre os estudos de gênero e sexualidade com as concepções sobre lésbicas

Conforme Scott (1995), o conceito de gênero¹, foi criado para se opor a um determinismo biológico nas relações entre os sexos, dando-lhes um caráter fundamentalmente social. “O gênero enfatizava igualmente o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade” (SCOTT, 1995, p.3).

Portanto, gênero diz respeito ao caráter social das distinções baseadas no sexo. Indica uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. O gênero sublinha também o aspecto relacional das definições normativas das feminilidades. A autora ainda ressalta que o gênero é igualmente utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. O gênero se torna uma maneira de indicar as “construções sociais” – a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres (SCOTT, 1995).

Buttler (1990), afirma que o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza; o gênero é também o significado discursivo/cultural pelo qual a ‘natureza sexuada’ ou o ‘sexo natural’ é produzido e estabelecido como uma forma ‘pré-discursiva’ anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra sobre a qual a cultura age.

¹ é “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (Joan Scott, 1995).

Ainda, Judith Butler, contesta a noção de que sexo é natural e gênero é construído, sustentando a ideia de que sexo é um constructo social. A autora traz também que as identidades são performativamente construídas. E que os atos que formam as identidades de gênero estão relacionados, tanto por sinais corporais, mas também por meio dos discursos coletivos que constroem os gêneros. Compreender a identidade, segundo Butler, é possível afirmar que ser mulher ao mesmo tempo em que "liberta", produz, em algum momento, a exclusão, quando esse sujeito não se encaixa ao padrão hegemônico (patriarcal), quando pensamos nos recortes de raça, classe, orientação sexual, etc. (BUTLER, 1990).

Para desconstruir a hegemonia do gênero masculino sobre o feminino é preciso pensar que, apesar das inúmeras situações de opressão das quais as mulheres seguidamente foram vítimas ao longo da História, deve-se pensar numa relação independentemente de dados históricos e culturais. Pois, mesmo em épocas de grande opressão das mulheres, havia situações e práticas nas quais elas detinham poder e reconhecimento social (GROSSI, 1998, p.9).

Em relação às dimensões da sexualidade feminina, a imposição do papel imposto à mulher, de mãe e reprodutora, influencia na construção dos cuidados e direciona à reprodução sem fazer menções de sexo e sexualidade. Os estudos de gênero passam a influenciar, fazendo a distinção entre a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens. Sendo a sexualidade da ordem do indivíduo, o respeito aos prazeres e às fantasias ocultas, aos excessos perigosos para o corpo, passou a ser considerada como a essência do ser humano individual e núcleo da identidade pessoal (TONELLI, 2012).

Os significados construídos em relação ao gênero e à homossexualidade feminina perpassam pela relação entre os corpos e as sexualidades, e vêm denunciando a ausência das lésbicas enquanto sujeitos ativos no processo de construção de políticas públicas para mulheres. E, segundo Ferraz e Kraiczky (2010), gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais, e ressalta que este produz desigualdades sociais. Sendo assim, quando essa categoria se relaciona com construção de políticas públicas, no âmbito do SUS, é necessário o reconhecimento de que essas desigualdades existem para que elas sejam resolvidas, para que haja equidade de gênero.

Embora o modelo hegemônico tenha como marca a opressão das lésbicas, que se reproduz na invisibilidade da homossexualidade feminina, na heterossexualidade construída na sociedade, com as contribuições do movimento lésbico, criam-se espaços do fazer político e produção de teorias lésbicas, revolução cultural e social. Neste contexto, apresentaremos algumas concepções teóricas sobre lésbicas para a compreensão do objeto de estudo apresentado.

Adrienne Rich (1993), em sua obra “Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence”, propõe a ideia da heterossexualidade compulsória como instituição política, que retira o poder das mulheres e, que se coloca a favor de um continuum lésbico. Critica o apagamento da existência lésbica, não só no pensamento feminista, mas também nas relações de gênero, na sociedade. A proposta era questionar a heterossexualidade, a favor da mudança a partir de uma posição crítica por parte das feministas e das lésbicas, que são afetadas por essa ideologia e, por aquelas instituições que são por elas criadas.

Concordando com Adrienne Rich, Wittig (2001) em seu texto O tráfico de mulheres, traz que “as lésbicas não são mulheres”, e defende a desconstrução da mulher fora das relações de poder do patriarcado, a autora mostra o ser lésbico como um “ato político”. Apresentando o corpo lésbico como um ato político, ela rompe com as relações de poder, numa sociedade patriarcal e heterossexista. E ao afirmar que “as lésbicas não são mulheres”, mostra a mulher como uma categoria socialmente construída, e retrata a luta contra a heteronormatividade.

O que quer dizer que o que constitui uma mulher em uma sociedade heteronormativa é uma relação socialmente construída com um homem, impondo à mulher as obrigações e imposições masculinas.

Gayle Rubin (1975) traz o argumento de um sistema de sexo/gênero, com o intuito de explicar a opressão das mulheres. O sistema de sexo/gênero se refere a essa esfera de relações, e indica que a opressão não é inevitável nessa esfera, mas é produto das relações sociais específicas que a configuram. A autora questiona, em suas análises etnográficas, de Levi-Straus, o caráter social da heterossexualidade.

Para a compreensão do momento atual sobre as lutas do movimento lésbico e a importância no cenário brasileiro, vem sendo discutida a heterossexualidade como norma social, que produz a invisibilidade da lesbianidade e problematiza, inclusive, esse apagamento dentro do movimento feminista e traz as correntes do movimento lésbico e como a mídia hegemônica reproduz discursos machistas e discriminatórios (ALMEIDA; HEILBORN, 2008). Apesar dos avanços, permanecem tensões entre discursos conservadores e progressistas que precisam ser problematizadas para que haja uma construção social de gênero mais equânime.

Tania Navarro Swain (1999), observa que na recusa do domínio masculino e na submissão feminina ligadas às imposições de gênero, as comunidades lésbicas excluíram os homens de seu cotidiano. E afirma que a heterossexualidade é uma prática que desconstrói identidades. A autora retoma a questão da heterossexualidade como norma, quando faz a problematização da desnaturalização do próprio sexo biológico na construção do binômio natureza/cultura. E questiona como se pode designar uma identidade a partir da sexualidade, além disso, busca responder como essa sexualidade tornou-se o eixo em torno do qual se constitui um indivíduo? Ao ressaltar que se a prática sexual constrói um ser social – a lésbica – a prática heterossexual constrói a fêmea, igualmente um ser social cuja naturalização torna inquestionável o biológico (SWAIN, 1999, p.2).

Para Swain (1999) o patriarcado teme a total indiferença das mulheres em relação aos homens, e tenta tornar as lésbicas invisíveis, negando sua existência. O lesbianismo no social vem sendo negado enquanto prática ligada ao humano. A categoria sexo situa como natural a relação estabelecida pelo contrato social, a heterossexualidade. Ao afirmar que as lésbicas se desvinculam da heterossexualidade como norma, a autora traz muito das questões levantadas por Adrienne Rich, que diz que a destruição da existência lésbica é um meio de preservar a compulsão à heterossexualidade (SWAIN, 1999, p.8).

Neste sentido, os estudos de gênero e sexualidade, no diálogo com o campo das concepções sobre lésbicas, buscam rupturas com o modelo heterocentrado e ao mesmo tempo apresenta que a relação entre mulheres ainda é um tabu, sofrendo repressão social em vários setores que deve ser combatida, incessantemente. Quando pensamos nessa dimensão em relação às políticas públicas de saúde,

estamos chamando atenção para a problematização da dimensão social que vem produzindo e reproduzindo desigualdades nos corpos desviantes do modelo hegemônico, contribuindo para o adoecimento e para o impacto negativo nas condições de saúde das lésbicas.

2.2 – A trajetória do Movimento Lésbico no Brasil: História de Luta e Resistência

O lesbianismo como movimento social aparece no final dos anos 60 (JULES FALQUET, 2014), quando a luta política por visibilidade vai além de uma afirmação sobre a escolha de sua orientação sexual, as lésbicas trazem a crítica contra a misoginia, o patriarcado e a dominação masculina.

No Brasil, as lésbicas começaram a se organizar e a participar a partir de 1979, no grupo *SOMOS* - Grupo de Afirmação Homossexual de São Paulo criado em 1978 no Brasil, com a proposta de politização da questão da homossexualidade em contraste às alternativas presentes no "gueto" e em algumas associações existentes, no período anterior ao seu surgimento (FACCHINI, 2009).

Contudo, nas atividades com os gays, as lésbicas sempre se mostraram preocupadas com a reprodução machista dos papéis sexuais entre homossexuais (MACRAE, 2018) e começam a perceber as posturas machistas e discriminatórias por parte dos gays, com a experiência feminista, viram que suas especificidades com mulheres geravam um modelo discriminatório, de opressão exercida sobre as mulheres pelos homens.

Para Fernandes (2018), dentro do grupo *SOMOS*, as lésbicas ficavam diluídas e mal conseguiam falar de suas demandas e, quando tinham a oportunidade, era

somente para que o movimento gay superasse os preconceitos existentes contra as lésbicas. Existia a consciência por parte delas da dupla discriminação. Ainda em 1979, as lésbicas decidem atuar como um subgrupo dentro do SOMOS, com o posicionamento político de independência frente à centralização masculina do poder e com uma atuação feminista, surgindo o Grupo de Ação Lésbico-Feminista ou apenas LF (FERNANDES, 2018; MACRAE, 2018).

A luta das lésbicas dentro do próprio movimento homossexual, por afirmação da identidade só para lésbicas e buscar alianças com o movimento feminista, não foi bem aceita, e elas passam a ser hostilizadas dentro do Grupo SOMOS, onde receberam o apoio somente de alguns gays mais abertos às questões de gênero (FERNANDES, 2018). O Grupo SOMOS² se manteve exigindo que todos os militantes apresentassem uma mesma identidade de discriminação, em que todos eram englobados num mesmo grupo, na categoria “bichas”, porém as diferenças não poderiam permanecer ignoradas. E as lésbicas começam a luta por visibilidade.

Em 1980, as militantes do LF reconhecem não haver mais sentido continuar a briga dentro do grupo SOMOS, se afastaram e formaram um grupo autônomo, migrando para o movimento feminista, com o propósito de construir espaços que ampliassem a discussão sobre as questões de sexualidade (FACCHINI, 2003).

A década de 1980 é marcada por encontros nacionais feministas que foram importantes para dar visibilidade às lésbicas, mesmo que elas não estivessem nas principais pautas, pois as feministas resistiam em incorporar as questões das mulheres lésbicas em sua produção teórica e agenda política (SOARES; COSTA,

² Grupo SOMOS – primeiro grupo de homossexuais surgido na década de 1970 no Brasil.

2012). Além disso, culminou na criação de novos coletivos e é nesse movimento que foi realizado o I Encontro Feminista Latino-americano e do Caribe, realizado na Colômbia, no ano de 1981, e nasce o grupo peruano Grupo de autoconsciência de Lesbianas Feministas (GALF), Ayuquelén, em Chile. Após dois anos, no segundo encontro, realizado no Peru, nascem Las Entendidas da Costa Rica, Mulas do México, Mitilene da República Dominicana, GALF no Brasil e muito outros em toda a América Latina (CURIEL, 2007).

Ainda na década de 1980, ocorrem algumas rupturas dentro do GALF, o que irá levar ao esvaziamento do grupo, que volta novamente a crescer em 1981, quando esse retorno é marcado com a publicação do primeiro jornal de lésbicas no Brasil, o “ChanacomChana”, produzido de forma independente e artesanal pelos membros do grupo e, que circulava dentro dos locais onde as lésbicas frequentavam, existiu até 1987 e foi um importante instrumento de aproximação e informação para as lésbicas de todo o Brasil (FERNANDES, 2018).

Em 1985, o GALF se retira do movimento feminista e cria-se o movimento lésbico-feminista, por considerar que as questões lésbicas não estavam sendo abordadas e devido à heterossexualidade imposta a todas as mulheres nas reuniões. O GALF, primeiro grupo lésbico brasileiro, teve a duração de 10 anos, deixando de existir em 1989 (FERNANDES, 2018).

Novas organizações de lésbicas e núcleos de lésbicas, em movimentos constituídos, surgem na década de 1990. Um marco foi o I SENALE ³ (Seminário Nacional de Lésbicas), que ocorreu em 1996, realizado no Rio de Janeiro, com a

³ Seminário Nacional de Lésbicas que ocorreu em 1996, no Rio de Janeiro. Um espaço de junção política e de deliberação do movimento de lésbicas e bissexuais (Fernandes, 2018).

participação de 100 lésbicas de todo o país. Dentre as principais pautas do evento, estava o cuidado à saúde sexual, a definição do dia 29 de agosto, data que marca o início do I SENALE, como Dia Nacional da Visibilidade Lésbica, e que o II seminário, seria na cidade de Salvador/BA, no ano de 1997, e o grupo lésbico da Bahia seria o responsável pela organização (FERNANDES, 2018, p.106).

Em 2014, ocorre a alteração do nome do SENALE para SENALESBI (Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais), pelo reconhecimento da contribuição das mulheres bissexuais, desde a edição I, sendo utilizado a partir da XI, que ocorreu em 2016, no Piauí (FERNANDES, 2018).

Esse seminário ocorre até os dias atuais e tem como propósito fomentar e fortalecer as organizações voltadas para o segmento lésbico no Brasil a partir do debate de temas de interesse como sexualidade, saúde, gênero, combate à violência, diversidade, política, entre outros. Tem também, nos momentos preparatórios e no encontro, propriamente dito, o momento de construção de bandeiras políticas, demandas sociais, formas de ação nas distintas regiões do país, diretrizes para políticas públicas e para as diferentes expressões do movimento. Foi ainda um campo frutífero para a organização da I Caminhada de Mulheres Lésbicas, Bissexuais, que aconteceu em 2003, em referência ao dia 29 de agosto como Dia Nacional da Visibilidade Lésbica para todas as regiões do País (LINO, 2019, p. 8).

O lesbianismo, enquanto movimento político (ALMEIDA, 2007), tem afirmado a diferença das demandas lésbicas em perspectiva às demandas gays e a dificuldade histórica de vocalizá-las com objetividade, confunde-se com a construção de um corpo autônomo de demandas para o movimento de lésbicas.

Considerando as demandas dos movimentos, a autora traz que na atualidade a atuação política das lésbicas, no contexto brasileiro, tem se articulado de um lado os grupos e indivíduos associados à ABGLT, defensores de uma cooperação mais intensa com os gays, e sua atuação gira em torno da promoção dos direitos dos homossexuais: criação de programas, mecanismos de controle social, de conselhos de direitos humanos, de centros de referência e combate à discriminação, de elaboração de instrumentos técnicos, apoio às proposições do Parlamento contra discriminação, sensibilização dos operadores de direito, atuação junto aos governos, entre outras (ALMEIDA, 2007, p. 6).

Por outro lado, os grupos e indivíduos vinculados à ABL⁴ e LBL⁵, defensores de um certo separatismo com relação ao movimento homossexual, focalizam as lésbicas no âmbito da intervenção estatal (direito à educação sexual não-sexista e não-racista), acesso à formulação de políticas e programas sociais, controle social através da participação das lésbicas nas coordenadorias, conselhos de política e outras instâncias governamentais locais, entre outras. Porém, destaca-se, ao contrário das demandas do primeiro grupo, a questão da saúde, em especial da saúde sexual das lésbicas (ALMEIDA, 2007, p.7).

⁴ ARTICULAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS - fundada em 14/05/04, é uma articulação de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais, que tem como objetivo principal instrumentalizar e qualificar politicamente novas lideranças, promovendo a criação e manutenção de grupos e/ou núcleos de mulheres e/ou grupos mistos, fortalecimento da rede, para que estas assumam conosco a luta por nossos direitos. <https://ablnarede.blogspot.com/> Acesso: 18 de agosto de 2020.

⁵ LIGA BRASILEIRA DE LÉSBICAS – foi fundada no III Fórum Social Mundial, em janeiro de 2003, na cidade de Porto Alegre, é uma expressão do movimento social, de âmbito nacional, que se constitui como espaço autônomo e não institucional de articulação política, anticapitalista, antirracista, não lesbofóbica e não homofóbica e de articulação temática de mulheres lésbicas e bissexuais, pela garantia efetiva e cotidiana da livre orientação e expressão afetivo-sexual. <http://lbnacional.wordpress.com/> Acesso: 18 de agosto de 2020.

Portanto, as lésbicas reivindicam visibilidade de suas demandas e especificidades, a partir da materialização das políticas públicas, de modo que seja garantido seu direito no âmbito da saúde, de maneira digna e respeitosa.

2.3 – Políticas Públicas de Saúde Voltadas às Lésbicas

A década de 80 marca a visibilidade das questões relacionadas à homossexualidade masculina, e nesse período o Ministério da Saúde adota estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos gays, sendo o apoio inicial para a população homossexual masculina na prevenção da doença, uma vez que os movimentos eram constituídos majoritariamente pela população masculina e, gradualmente, foram incorporando as demandas de outras identidades sexuais e de gênero, particularmente as lésbicas e travestis (BRASIL, 2013a).

No Brasil, a primeira vez que a sexualidade feminina é abordada sob a perspectiva de gênero e de saúde sexual, foi no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980, já que antes da criação do programa as ações eram direcionadas à reprodução e à contracepção. Neste período as reivindicações dos movimentos sociais, em especial o movimento feminista, nas questões como a sexualidade passam a ter centralidade na pauta política do movimento, sendo consideradas nas ações de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), entretanto, essas ações direcionadas às mulheres permanecem direcionadas à saúde reprodutiva, desvalorizando a saúde sexual. (BRASIL, 1984).

Com as Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, em 1995, se consolida a proposta de separação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, e a saúde sexual passa a ser vista e valorizada como necessária para a promoção da saúde das mulheres (BRASIL, 2014).

A partir desse movimento, os anos 2000 é marcado por diversas ações direcionadas às políticas de saúde da mulher, reforçando a necessidade de modificações no modo de pensar as políticas públicas. E, em 2003, cria-se a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), que oportunizou que o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), criado em 1985, se tornasse um órgão colegiado de caráter consultivo e integrante da estrutura da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e, sob a coordenação da SPM e do CNDM é realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (Brasil, 2004b), com a proposta de criar diretrizes para a fundamentação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, em que são incorporadas algumas demandas das mulheres lésbicas em relação à saúde, educação e combate à discriminação (BRASIL, 2004c).

Outra ação governamental é a inserção da população LGBT na agenda política do I Plano Nacional de Direitos Humanos, no ano de 1996, também contribui para a visibilidade das demandas de saúde das lésbicas (BRASIL, 1996). A partir do ano de 2004, começam as articulações em relação à saúde de lésbicas com o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na qual há a integração das diversas áreas técnicas (BRASIL, 2004a).

Uma conquista das lésbicas foi a realização da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas para as mulheres (CNPM), no ano 2007, e após a reformulação do (CNDM), como órgão de caráter consultivo e deliberativo, no qual o movimento de

lésbicas conquistou a primeira eleição de uma conselheira do CNDM, a partir da organização de lésbicas e bissexuais (BRASIL, 2013b). No mesmo ano foi realizada a 13^o Conferência Nacional de Saúde (CNS), que inclui como determinantes sociais para a saúde, a orientação sexual⁶ e a identidade de gênero⁷, com a proposta de enfrentamento das discriminações em diversos âmbitos e da implementação de políticas específicas de enfrentamento das desigualdades de gênero, de orientação sexual, raça, etnia e necessidades especiais, garantindo o controle social e o acesso aos benefícios de seguridade social pelas instituições governamentais (BRASIL, 2008a).

Porém, a garantia da equidade do atendimento às mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde, só aparece mais tarde com o Programa Mais Saúde – Direito de todos, lançado em 2008, com a proposta de reorientação das políticas públicas de saúde, ampliando o acesso de qualidade e promovendo ações de enfrentamento das iniquidades em saúde para grupos populacionais vulneráveis. A atenção do programa passa a ser voltada aos negros, quilombolas, LGBT, ciganos, do campo, da floresta e das águas, em situação de rua, entre outros (BRASIL, 2010a).

No ano 2008 com a realização da 1^a Conferência Nacional LGBT sob o tema “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”, traz como proposta mobilizar todo o país

⁶ Orientação sexual, compreende-se como uma referência à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas. (Princípio de Yogyakarta, 2013c).

⁷ Identidade de gênero, compreende-se como a profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos. (Princípio de Yogyakarta, 2013c, p.7).

para definir diretrizes de políticas públicas para essa população, monitorar e fortalecer o programa Brasil sem Homofobia e elaborar o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT⁸ (BRASIL, 2008b).

Outro destaque com relação à saúde integral e equidade de saúde é o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), em 2009, que investe no fortalecimento das políticas públicas de saúde, defendendo os Direitos Humanos Universais, a igualdade no reconhecimento e respeito à diversidade e à garantia ao respeito, à livre orientação sexual e à identidade de gênero (BRASIL, 2010b).

Em 2011, a 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT teve como destaque para o monitoramento do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos, que continha estratégias de ações para garantia da igualdade e combate à discriminação (BRASIL, 2011a).

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), pela Portaria MS/GM nº 2.836 (BRASIL, 2011b). Essa política tem como proposta promover a saúde integral da população LGBTTT, enfrentando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013a).

Entre os documentos que direcionam as ações às lésbicas, em 2006, é lançado o Dossiê de Saúde das Mulheres Lésbicas (Barbosa; Facchini, 2006), para promoção

⁸ O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi resultado da 1ª Conferência Nacional GLBT, ocorrida em Brasília entre 5 e 8 de junho de 2008 traz as diretrizes e ações para a elaboração de Políticas Públicas voltadas para esse segmento, mobilizando o Poder Público e a Sociedade Civil Organizada na consolidação de um pacto democrático (BRASIL, 2009, p.9). Tendo como objetivo orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas (BRASIL, 2009, p.10).

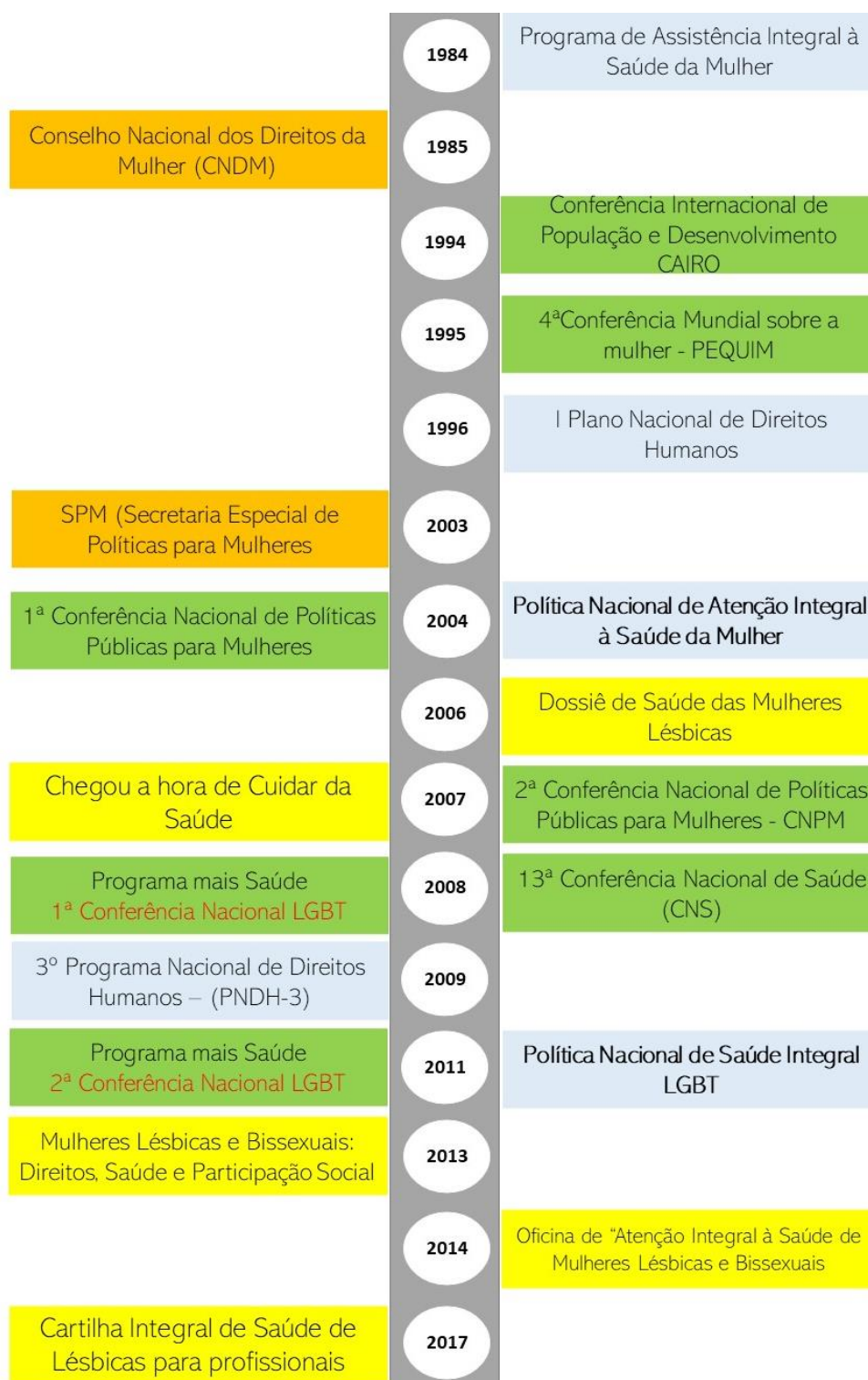
da equidade e da integralidade de saúde das lésbicas. No mesmo ano é elaborado, pela Área Técnica de Saúde da Mulher, a cartilha “Chegou a hora de cuidar da saúde”, um material direcionado às lésbicas e bissexuais, que trazia abordagens sobre a saúde, sexualidade e legislação brasileira (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde lança, em 2013, a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social”, além disso, se mostra como uma oportunidade da existência de um instrumento de empoderamento feminino e participação social (BRASIL, 2013b).

Outro documento, foi o Relatório da Oficina de “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, realizada em Brasília no ano de 2014, que teve como proposta levantar e aprofundar conteúdo para o desenvolvimento de materiais voltados para profissionais de saúde, sobre promoção e atenção à saúde integral deste grupo social, com a participação de ativistas, pesquisadoras, representantes dos governos e dos ministérios (Brasil, 2014)

Diante da existência de documentos que discutem políticas, protocolos e participação do movimento social, ainda faltava o que dialogava sobre a atuação do profissional de saúde no cuidado às lésbicas. A partir dessa lógica e, como produto do Seminário Atenção à Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais e integralidade com o SUS, tem-se a construção da “Cartilha Integral de Saúde das lésbicas” (COMLÉS, 2016), que aborda a necessidade dos profissionais junto às usuárias dos serviços de saúde, discutir ações sobre as especificidades e demandas de saúde dessa população.

Figura 1 - Linha do tempo com os principais eventos de políticas de saúde relacionadas à saúde de lésbica



Fonte: Elaboração própria a partir da revisão de literatura.

Referências

ALMEIDA GES. A Progressiva autonomização do movimento brasileiro de lésbicas no contexto da epidemia de Aids. In: *Seminário Temático Sexualidade e ciências sociais: desafios teóricos, metodológicos e políticos*. 31º Encontro Anual da ANPOCS, de 22 a 26 de outubro de 2007, Caxambu, MG.

ALMEIDA, G.; HEILBORM, ML. *Não Somos Mulheres Gays: Identidade Lésbica na Visão de Ativistas Brasileiras*. *Rev Gênero*. 2008; 9(1): 225-49.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf .

Acesso: em 15 dez 2017.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Contribuição da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para as Conferências Estaduais. Documento Base*. - I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. - Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b. 60p.- (Série Documentos)

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004c. 104 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e*

desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. Anais da Primeira Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT. Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania GLBT. – Brasília: 2008b.

_____. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008-2011/ Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 3. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 138 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa nacional de Direitos Humanos (PnDH-3) / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da república - - rev. e atual. - Brasília: SDH/Pr, 2010b.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Texto Base da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT. Brasília: SDH/Pr, 2011a.

_____. Portaria nº 2836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Presidência da República, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013a. 32 p.:il. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acessado: 05 de março de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.32 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. relatório da oficina atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, realizada em Brasília: abril, 2014. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2014/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acessado em 11 de janeiro de 2018.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

Coletivo de Lésbicas e Mulheres Bissexuais de Pernambuco (COMLESBI). *Cartilha Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber*. Pernambuco; 2016.

CURIEL, Ochy. El lesbianismo feminista: Una propuesta política transformadora. *Revista America Latina em Movimento*, n. 420, P. 3-7, 2007. Disponível em: http://alainet.org/active/show_text.php3?-key=17389. Acesso em 10 de abril de 2020.

FACCHINI, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o "campo" e para a "arena" do movimento LGBT brasileiro. *Periódicos Bagoas*. n. 04, 2009. p. 131-158.

Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/entre%20compassos%20e%20descompassos.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

FACCHINI, Regina. 2003. “Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico”. In: GREEN, James & MALUF, Sônia. (eds.). Cadernos AEL: homossexualidade, sociedade, movimento e lutas. Vol. 10, nº 18-19.

FALQUET, Jules. Breve resenha de algumas teorias lésbicas. 2013. Disponível em: <http://julesfalquet.com/espanol-portugues-english/2013-breve-resenha-de-algumas-teorias-lesbicas/> Acesso: 20 de abril de 2020.

FERNANDES, Marisa. Ações Lésbicas. In: História do Movimento LGBT no Brasil/organizado James N. Green, Renan Quinalha, Marcio Caetano, Marisa Fernandes. 1. Ed. – São Paulo: Alameda, 2018. 536p.

FERRAZ D; KRAICZYK J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. Revista de Psicologia da UNESP 9(1), 2010.

GROSSI, MP. Identidade de Gênero e Sexualidade. Antropologia em Primeira Mão, Florianópolis, p.1-14, 1998.

LINO, TR. Nas Fissuras da História: o movimento lésbico brasileiro. Revista Movimentação, Dourados, MS, v.6, n.10, jan./jun. 2019 - ISSN 2358-9205.

MACRAE E. Identidades homossexuais e movimentos sociais urbanos no Brasil da “Abertura” in: História do Movimento LGBT no Brasil / Organização James N Green, Renan Quinalha, Marcio Caetano, Marisa Fernandes – 1 ed. – São Paulo: Alameda, 2018; 536p.

NAVARRO SWAIN, T. Feminismo e lesbianismo: a identidade em questão. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 12, p. 109–120, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634809>.

Acesso em: 12 dez. 2020.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, 2007. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf >. Acesso em: 10 abr. 2020.

RICH, Adrienne. Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. In: GELP, Barbara C. & GELP, Albert (editores). Adrienne Rich's Poetry and Prose. New York/London: W.W. Norton & Company, 1993.

RUBIN, Gayle. "The traffic in women: notes on the 'political economy' of sex". In: REITER, R. Towards an Anthropology of women. Nova York, Monthly Review Press, 1975.

SOARES, G.S.; COSTA, J.C. Movimento lésbico e Movimento feminista no Brasil: recuperando encontros e desencontros. **Labrys - Estudos Feministas**. jan./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.labrys.net.br/labrys20/brasil/gilberta%20jussara.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, v.20, n.2, p.71-99, jul./dez. 1995.

TONELLI, M. Sexualidade, gênero e gerações: continuando o debate. In: JACÓ VILELA, AM.; e SATO, L (orgs.) Diálogos em psicologia social [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 147-167.

WITTIG, Monique. Ninguém nasce mulher. 1970. Trad. Hurrah, um grupelho eco-anarquista e Coletivo Bonnot: Departamento de Terrorismo Performático de Gênero, p.1-20, 2012.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

A escolha do objeto foi norteada pela implicação da pesquisadora com a temática, que, durante toda sua vida se deparou com o fenômeno estudado e, dentre muitas reflexões, encontrou lacunas de conhecimento que precisam ser preenchidas.

Tendo surgido como proposta, a análise dos documentos voltados à saúde de lésbicas, a partir da compreensão de seus princípios, diretrizes, potencialidades e limites, elegemos como aporte teórico a abordagem de Ciclos de Políticas de Saúde de Stephen Ball, articulando com os conceitos de *Habitus*, campo e violência simbólica de Pierre Bourdieu na análise de Políticas de Saúde. Para a realização desta pesquisa, utilizaremos como documentos a PNAISM e a PNSLGBT produzidas pelo Ministério da Saúde e demais documentos voltados ao tema.

3.1 – Análise Documental

Neste estudo, em termos metodológicos, optou-se pela pesquisa documental, pela oportunidade de acesso aos documentos que contêm proposições sobre a saúde das lésbicas, produzidos e divulgados no Brasil.

Os dados foram coletados em fontes documentais, que têm sua relevância pelo fato de serem documentos importantes para analisar políticas públicas. Conforme afirma Araújo Júnior (2000), “os documentos como dados podem ser incluídos registros públicos, relatórios de governo, textos de jornais ou scripts de televisão, documentos privados, cartas e diários pessoais, memórias e entrevistas transcritas” (p.96).

Dentre os documentos utilizados na presente tese estão: PNAISM (BRASIL, 2004), Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde (que institui a Política LGBT) (BRASIL, 2011a); Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (que estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo voltado para mulheres lésbicas e bissexuais) (BRASIL, 2011b); Direitos, Saúde e Participação Social/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2013a); Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (BRASIL, 2011c); Relatório da Oficina de “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” (BRASIL, 2014); Cartilha *Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber* (LEMOS; SANTOS; BARBOSA, 2016) e Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Para Sá-Silva, Almeida e Guindane (2009), o uso dos documentos na pesquisa social deve ser apreciado e valorizado, pois a riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais, porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.

Segundo Cellard (2008, p. 295):

[...] o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente.

Além disso, o uso dos documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. Segundo Cellard (2008) *apud* Sá-Silva *et al* (2009), Almeida e Guindane (2009), a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, dentre outros.

Para Sá-Silva, Almeida e Guindane (2009, p. 3), a técnica de análise documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor e trata-se de uma das técnicas decisivas para a pesquisa em ciências sociais e humanas.

Sá-Silva, Almeida e Guindane (2009) dizem que para avaliação de documentos é preciso considerar cinco dimensões de análise que foram descritas por Cellard (2008):

Na primeira dimensão é primordial que se avalie o contexto histórico no qual foi produzido o documento. O pesquisador não pode prescindir de conhecer satisfatoriamente a conjuntura socioeconômico-cultural e política que propiciou a produção de um determinado documento, pois permite apreender os esquemas conceituais dos autores, seus argumentos, refutações, reações e, ainda, identificar as pessoas, grupos sociais, locais, fatos aos quais se faz alusão (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANE, 2009).

Na segunda dimensão, traz a importância de conhecer a identidade do autor (es) dos documentos, o que possibilita avaliar a credibilidade e questionar os motivos por que esse documento, preferencialmente a outros, chegou até nós, foi conservado e publicado (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANE, 2009).

A terceira dimensão preocupa-se com a qualidade da informação transmitida. Não se deve esquecer-se de verificar a procedência do documento. (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANE, 2009).

Na quarta dimensão, ao analisar um documento, deve-se levar em consideração a natureza do texto, ou seu suporte, antes de tirar conclusões. E a quinta dimensão, traz que para delimitar o sentido das palavras e dos conceitos, deve-se prestar atenção aos conceitos-chave presentes em um texto e avaliar sua importância e seu sentido, segundo o contexto preciso em que eles são empregados. Finalmente, é útil examinar a lógica interna, o esquema ou o plano do texto: Como um argumento se desenvolveu? Quais são as partes principais da argumentação? Essa contextualização pode ser um apoio muito importante, quando, por exemplo, comparam-se vários documentos da mesma natureza (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANE, 2009).

3.2 – Método de análise dos dados

Para analisar, portanto, as políticas propostas, transitaremos pelo modelo de análise de Ciclos de políticas de Stephen Ball. proposto por Rezende e Baptista (2015), e as contribuições dos conceitos de *habitus*, campo e violência simbólica de Pierre Bourdieu (1992, 1998, 1999, 2001, 2002).

3.2.1 – Os contextos em que as políticas se movem Segundo Stephen Ball

Ao analisar as políticas na perspectiva da análise de Ciclo de Políticas, utilizando os pressupostos de Ball, o foco está direcionado aos contextos em que as políticas se movem propostos pelo autor.

Em entrevista realizada com o autor por Mainardes e Marcondes (2009), Ball aponta o ciclo de políticas como um método de pesquisar e teorizar políticas, e que não tem a intenção de descrever as políticas e seus processos de elaborá-las. No qual a intenção é a maneira de pensar como as políticas são pensadas e saber como elas são feitas, rejeitando completamente a ideia de que as políticas são implementadas, por considerar que isso sugere a ideia de que estamos diante de um processo linear pelo qual elas se movimentam em direção à prática de maneira direta. Partindo dessa premissa, Ball questiona que o processo de traduzir políticas em práticas é extremamente complexo, e envolve uma alternância de modalidades. Nesse sentido, o autor considera que:

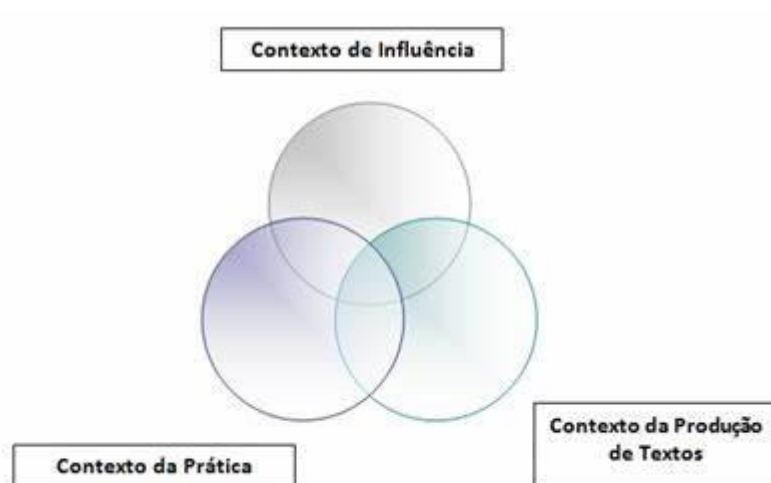
A modalidade primária é textual, pois as políticas são escritas, enquanto a prática é ação, inclui o fazer coisas. Assim, a pessoa que põe em prática as políticas têm que converter/transformar essas duas modalidades, entre a modalidade da palavra escrita e a da ação, e isto é algo difícil e desafiador de se fazer. E o que isto envolve é um processo de atuação, a efetivação da política na prática e através da prática. É quase como uma peça teatral. Temos as palavras do texto da peça, mas a realidade da peça apenas toma vida quando alguém as representa. E este é um processo de interpretação e criatividade e as políticas são assim. A prática é composta de muito mais do que a soma de uma gama de políticas e é tipicamente investida de valores locais e pessoais e, como tal, envolve a resolução de, ou luta com, expectativas e requisitos contraditórios – acordos e ajustes secundários fazem-se necessários (MAINARDES; MARCONDES, 2009, p. 3).

Para Bowe & Ball (1992), a política se divide em texto e discurso. A “política como texto” refere-se aos documentos oficiais, entendidos como produtos inacabados de esforços coletivos, em múltiplos níveis de interpretação e tradução. É uma

representação, codificada de maneira complexa, que permite uma pluralidade de leituras em função da pluralidade de leitores. E a “política como discurso” aponta para as disputas por poder, pelo controle de bens (recursos) e de discursos, em termos de vantagens e legitimidade sociais. Enfatiza os limites impostos pelo próprio discurso, que não é falado, mas nos fala (BALL, 1994 *cit.* REZENDE; BAPTISTA, 2015).

Rezende e Batista (2015), abordam que no modelo de análise de Ball, o foco está em acompanhar como as políticas se movem e como os consensos e conflitos acontecem, e que são constituídos por três contextos: o contexto de influência, o contexto de produção de textos e o contexto de prática. E é nessa interação e diálogo que ocorre com a inter-relação entre os contextos de influência, de produção de textos e o de prática inter-relacionados, que é possível compreender os determinantes no processo de formulação e implementação de uma política (GASPARELO; JEFFREY; SCNECKENBERG, 2018), pois à medida que esses contextos dialogam e interagem, é possível ao pesquisador a compreensão dos determinantes e condicionantes presentes no processo de formulação que refletem diretamente quando essa política é colocada em prática.

Segundo Rezende e Baptista (2015), o método faz a análise da política focando na dimensão dentro da qual elas se movem e os consensos e conflitos acontecem, constituído por três contextos: o contexto de influência, o contexto de produção de textos e o contexto de prática (**Figura 2**).

Figura 2 – Ciclo de Políticas

Fonte: Bowe et al (1994) apud REZENDE; BAPTISTA, 2015, p.277)

Nesse conjunto de contextos: de influência, de produção de textos e o de prática interrelacionados, que dialogam e interagem, permite-se compreender determinantes no processo de formulação e implementação de uma política (GASPARELO *et al*, 2018, p. 243).

O contexto da influência, segundo Mattos e Baptista (2015), é aquele no qual os discursos políticos que servem de base para a política são construídos. A política é ou pode ser transformada a partir da ação política e, nesse contexto, os grupos de interesse, como partidos políticos, comissões e grupos representativos operam, dentro e em torno de partidos políticos, do governo e do processo legislativo, buscando adquirir apoio para seus argumentos e legitimidade para seus conceitos e soluções propostas para os problemas sociais destacados.

Para Mainardes (2006) o contexto da produção de textos, tem uma relação simbiótica com o contexto de influência, mas, [...] tendo em vista que o contexto de

influência está frequentemente relacionado com interesses mais estreitos e ideologias dogmáticas, os textos políticos normalmente estão articulados com a linguagem do interesse público mais geral. Os textos políticos, portanto, representam a política. Essas representações podem tomar várias formas: textos legais oficiais e textos políticos, comentários formais ou informais sobre os textos oficiais, pronunciamentos oficiais, vídeos etc. (op. cit., p. 52).

Os textos políticos são o resultado de disputas e acordos, pois os grupos que atuam dentro dos diferentes lugares da produção de textos competem para controlar as representações da política (BOWE et al., 1992 apud MIANARDIS, 2006, p.52). Assim, as políticas são intervenções textuais, mas elas também carregam limitações materiais e possibilidades e têm consequências reais, que são vivenciadas no contexto da prática (MIANARDIS, 2006, p.53).

Já o contexto da prática é apontado como uma arena de conflitos e contestação, que envolve a interpretação e a tradução dos textos para a realidade, tal como ela é vista pelos “leitores” (REZENDE; BAPTISTA, 2015). No caso das políticas de saúde (como por exemplo, a voltada às lésbicas), o fato das políticas serem produzidas para situações ideais, imaginárias, precisam estar relacionadas às realidades institucionais.

3.2.2 – Perspectivas Bourdieusianas na Análise de Políticas Públicas

Entendendo que é no contexto da prática que as políticas se materializam, podemos perceber a influência dos diversos atores presentes nos serviços de saúde, onde há a necessidade do reconhecimento das especificidades e demandas das lésbicas a partir dos conceitos de *habitus*, campo, violência simbólica e espaços

sociais de Bourdieu (1992, 1998, 1999, 2001, 2002) e pensar como esses conceitos estão imbricados na efetividade das ações de cuidado.

Ao analisar conteúdo das políticas voltadas para lésbicas, com os conceitos que Bourdieu (2004) traz em suas obras, pretende-se alcançar a compreensão de campo, onde as formas de dominação perpetuam desigualdades, relacionada aos diferentes espaços sociais e às ações dos sujeitos, bem como o *habitus* individual e coletivo pelas experiências vivenciadas e que se traduz na violência simbólica que se reproduz nas instituições de saúde.

O interesse pela utilização dos conceitos de Bourdieu (1989, 1992, 1996, 1999, 2002, 2004, 2009, 2011) sobre *habitus*, campo e violência simbólica, parte da importância de compreender como as políticas voltadas às lésbicas estão sendo interpretadas nos diferentes contextos, e com isso, compreender como os discursos vêm sendo construídos e como esses refletem nas práticas de cuidados.

Por *habitus*, o autor entende ser um conhecimento adquirido, um haver, uma disposição incorporada que corresponde às matrizes, social e historicamente construídas. E esse será determinado pela posição social do indivíduo, o que lhe permite pensar, ver e agir nas mais variadas situações. A expressão *habitus* envolve uma capacidade criadora, ativa e inventiva (BOURDIEU, 2002).

Ao se referir a campo, Bourdieu (1996), o descreve como o espaço social global, sendo – ao mesmo tempo – como um campo de forças (em que as necessidades se impõem aos agentes nele envolvidos) e um campo de lutas (no qual os agentes se enfrentam conforme sua posição no campo de força). Para ele, “a gênese do Estado é inseparável de um processo de unificação dos diferentes campos sociais, econômico, cultural (ou escolar), político etc., que acompanha a constituição progressiva do monopólio estatal da violência física e simbólica legítima” (1996: 51).

Ainda segundo Bourdieu (1998), o campo social é multidimensional de posições, no qual os agentes se distribuem segundo o valor global do capital que possuem e segundo o peso relativo no conjunto de suas posses. Em outras palavras, para Gasparelo et al (2018), é no campo que se configuram os conflitos, os valores dos agentes e as relações estabelecidas entre os dominantes e dominados. Sendo de fundamental importância a ação de agentes capazes de transformar as práticas de cuidados direcionadas a essa população, a partir do reconhecimento desse grupo dentro do espaço.

O conceito de violência simbólica na abordagem bourdieusiana é aquela que é eufemizada, branda e invisível que a distingue da violência aberta em que se observa que ambas se relacionam aos modos de dominação, coexistindo em todas as instituições e relações sociais (BOURDIEU, 2009).

Enfatizar a violência simbólica não significa minimizar o papel da violência física ou fazer esquecer-la, nem tampouco entendê-la como oposta à violência real, uma violência meramente espiritual, sem efeitos reais (BOURDIEU, 1999). Para o autor, não se rompe a violência simbólica apenas com armas da consciência e da vontade, uma vez que a sua eficácia se inscreve de uma forma duradoura no mais íntimo dos corpos, expressa por predisposições (aptidões, inclinações).

Nas proposições teóricas de Ball e Bourdieu, nos diferentes campos sociais, as relações estão imbricadas em lutas de força e de reconhecimento, em que os agentes devem estar comprometidos com sua função no espaço social e nas relações com os elementos visíveis que comprometem os sujeitos envolvidos no espaço da saúde. O próprio Ball, em uma entrevista (MAINARDES; MARCONDES, 2009), se filia a Bourdieu ao criticar a prática recorrente de se trabalhar estrutura e agência (ação humana), colocando uma em detrimento da outra. Segundo ele, Bourdieu tenta

desconstruir esse biônimo, combinando as possibilidades de agência e estrutura em um mesmo modelo.

Com esse olhar, ao articular os referenciais teórico-metodológicos da análise de ciclos de Ball com os conceitos de Bourdieu, temos a oportunidade de desvelar aspectos de contextos e textos voltadas para a saúde das lésbicas. Com isso pretendemos contribuir, no âmbito do campo político, por meio da mudança de *habitus* e do enfrentamento da violência simbólica, na diminuição entre o distanciamento entre intenções políticas e práticas de saúde voltadas para essas mulheres.

Seguindo as estratégias de Ball proposta por Rezende e Baptista (2015), a análise dos documentos PNAISM (BRASIL, 2004) e da PNISPLBGT (BRASIL, 2011a) foi realizada em três momentos:

1. no Contexto de formulação das políticas;
2. no Contexto da influência;
3. e nos desdobramentos dos princípios políticos e reflexos na saúde das lésbicas.

Esses documentos foram problematizados por meio das seguintes questões-analíticas: (1) Em que contexto se formularam as políticas que, em menor ou maior proporção, se voltavam para a saúde das lésbicas? (2) Quais as influências que incidiram sobre essas políticas? (3) Ao longo do tempo quais foram os desdobramentos dos princípios políticos dos primeiros documentos oficiais que mencionavam a saúde das lésbicas?

Referências

ARAÚJO JR, JLC. Health sector reform in Brazil, 1995-1998. *An health politic analysis of a developing health system* [PhD thesis]. Leeds: Course in Health Service Studies, The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, 2000.

BALL, SJ; BOWE, R.; GOLD, A. *Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology*. London: Routledge, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Relatório da oficina atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais*, realizada em Brasília: abril, 2014. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2014/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acesso: 18 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013a. 32 p.:il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acessado: 10 de junho de 2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social*. Brasília: MS; 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2836, de 1º dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política nacional de saúde*

Integral LGBT). [Internet] 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.htm.

_____. *Resolução nº 2*. de 6 de dezembro de 2011. Estabelece estratégias e ações que orientam o *Plano Operativo da Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*, 2011b.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos: 2008-2011* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 3. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 138 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Programa nacional de Direitos Humanos (PnDH-3)* / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da república - - rev. e atual. - Brasília: SDH/Pr, 2010b.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres II*. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento*/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Anais da Primeira Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT*. Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania GLBT. – Brasília: 2008c.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres I*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível

em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

Acesso: 18 de maio de 2020.

BOURDIEU P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva; 1992.

_____. P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Russel; 1998.

_____. P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.

_____. P. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

_____. P. *Esboço de uma teoria da prática*. Oiras [Portugal]: Celta Editora, 2002.

_____. *O senso prático*. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

BOURDIEU, P. O campo político. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* [online]. 2011, n.5, pp.193-216. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522011000100008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-3352.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522011000100008>. Acesso: 29 de setembro de 2020.

CELLARD A. Análise Documental. In: *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* / tradução Ana Cristina Nasser. Petrópolis RJ: Vozes, 2008.

FACCHINI R, Barbosa RM. *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte: Rede Saúde; 2006.

GASPARELO RRS; JEFFREY DC; SCHNECKENBERG, M. Análise de políticas educacionais: fundamentos teóricos- metodológicos do ciclo de políticas e as contribuições de Pierre Bourdieu. *EccoS – Revista Científica*, São Paulo, n. 47, p.237-252. set/dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/EccoS.n47.7877>.

MAINARDES J. A abordagem do ciclo de políticas: explorando alguns desafios da sua utilização no campo da Política Educacional. *Jornal de Políticas Educacionais*. 2018;12(16):1- _____. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educação e sociedade*, v. 27, n. 94, 47-69, 2006.

COMLESBI. *Cartilha Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber*. Pernambuco: Coletivo de Lésbicas e Mulheres Bissexuais de Pernambuco (COMLESBI); 2016

MAINARDES J, MARCONDES MI. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. *Educação e sociedade*. 2009; 30(106):303-318.

REZENDE M; BAPTISTA TWF. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: *Caminhos para análise das políticas de saúde / Ruben Araújo de Mattos, Tatiana Wargas de Faria Baptista, organizadores*. 1 ed. – Porto alegre: Rede Unida, 2015.

SÁ-SILVA, JR; ALMEIDA, CD; GUINDANI, JF. *Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas*. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. Ano I - Número I - julho de 2009.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS: ARTIGOS PRODUZIDOS

Os resultados são apresentados em dois artigos científicos:

4.1 – Acesso de Mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura (aceito para publicação na revista Ciência e Saúde Coletiva, em 4 de dezembro de 2019).

4.2 - Políticas Públicas Voltadas para a Saúde das Lésbicas: Análise dos contextos do texto e das práticas (submetido à revista Physis Revista de Saúde Coletiva, em 18 de novembro de 2020).

Artigo 1: Acesso de Mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura

Lesbian women's access to health services in light of literature

ACESSO DE MULHERES LÉSBICAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE À LUZ DA LITERATURA

Lesbian women's access to health services in light of literature

Resumo

O trabalho tem como objetivo explorar como se afiguram as especificidades do acesso de lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. Como metodologia, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e, em seguida, com base nos achados do acervo analisado, produziu-se uma síntese interpretativa ancorada em aspectos teóricos de Pierre Bourdieu. Em relação aos resultados, destacam-se duas temáticas com seus respectivos núcleos de sentidos: (a) Barreiras e dificuldades do acesso de lésbicas à atenção à saúde (questões relacionadas à revelação de ser lésbica e dificuldades de os serviços e profissionais de saúde lidarem com essas mulheres) e (b) Experiências das lésbicas nos serviços de saúde (atendimento desigual, invisibilidade e constrangimento). No que se refere às conclusões, dentre outros aspectos, observa-se que, apesar dos avanços em relação a políticas e protocolos de atendimento à população em questão, as diversidades sexual e de gênero devem ser amplamente debatidas nos espaços sociais, de formação e de atenção à saúde.

Palavras-chaves: homossexualidade feminina, lésbicas, acesso à atenção à saúde.

Abstract

This paper aims to explore how the specificities of lesbian access to health services appear in the light of the literature. As a methodology, a bibliographic research was carried out and then, based on the findings of the analyzed collection, an interpretative synthesis based on Pierre Bourdieu's theoretical aspects was produced. Regarding the results, there are two themes with their respective senses: (a) Barriers and difficulties of access of lesbians to health care (issues related to the disclosure of being a lesbian and difficulties of health services and professionals to deal with (b) Lesbian experiences in health services (unequal care, invisibility and embarrassment). With regard to conclusions, among other aspects, it is observed that, despite the advances in relation to policies and protocols of care to the population in question, gender and sexual diversity should be widely debated in the social, educational and social spaces. attention to health.

Keywords: female homosexuality, lesbians, health care access.

Introdução

Quando se olha para distintos segmentos populacionais, em alguns países, observa-se que o acesso aos serviços de saúde pode apresentar déficits ou não ter a qualidade que deveria ter. Esses problemas devem ser vistos dentro de um cenário que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos¹.

Colocando o foco nas mulheres lésbicas, afiguram-se especificidades de problemas que podem interferir no acesso aos serviços e na integralidade da atenção à saúde. Uma parte desses problemas fazem interseção com os das mulheres heterossexuais e bissexuais, uma vez que comumente ocorre uma negação da sexualidade feminina em geral². No campo de reivindicações políticas, o movimento de lésbicas nasce e, até certo ponto, se mantém na interseção do movimento homossexual em geral com o movimento feminista, ainda que busque autonomia e visibilidade.

No Brasil, apesar de assegurada pelo Sistema Único de Saúde uma assistência universal, integral e equânime, em 2006, Facchini e Barbosa³ observavam que a invisibilidade e a ausência de políticas adequadas afetavam o atendimento nos serviços de saúde e a atuação dos profissionais, que, na ausência de informações sobre essa população, agem a partir de estereótipos socialmente disseminados.

Estudo de Valadão e Gomes⁴, com bases em artigos e em documentos publicados até 2008, encontrou problemas de acesso e de atenção à saúde dessas mulheres e, com base em Bourdieu, concluíram que as lésbicas eram invisíveis e, em alguns casos, eram vítimas de violência simbólica.

Alguns avanços, no campo das políticas de saúde, ocorreram após a publicação desse estudo, como é o caso – no Brasil – da promulgação da *Política Nacional de*

Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Resta saber se, com esses avanços, tanto no Brasil quanto em outros países, atualmente, ainda persistem problemas no acesso e na qualidade dos serviços relacionados às lésbicas⁵.

Na atualização da discussão do assunto em pauta, é importante não só sistematizar os resultados dos diferentes estudos publicados, mas também ensaiar uma interpretação que ajude na melhor compreensão acerca do conhecimento sobre o acesso de lésbicas aos serviços de saúde. Para isso, assim como Valadão e Gomes⁴, acredita-se que a perspectiva de Bourdieu pode ajudar nesse empreendimento. Dentre os aspectos dessa perspectiva utilizados por esses autores mencionados, entende-se que os conceitos de *habitus* e o de violência simbólica de Bourdieu, ainda sejam úteis para melhor compreender o cenário atual.

O *habitus*, na teoria de Bourdieu (1992, 1998, 2001 e 2002), se refere a um conhecimento adquirido, um haver, uma capital, indicando uma disposição incorporada. Corresponde às matrizes social e historicamente construídas, cujo exercício será determinado pela posição social do indivíduo, permitindo-lhe pensar, ver e agir nas mais variadas situações. Para o autor, diferentemente da palavra hábito, que se associa a algo cristalizado, a expressão *habitus* envolve uma capacidade criadora, ativa e inventiva. Dentro desse raciocínio, o sujeito receberia e reinventaria a “herança” para a formação do *habitus*^{6,7,8,9}.

Em relação ao conceito de violência simbólica, Bourdieu a situa na esfera da dominação, observando que há duas formas de se manter alguém sob o domínio: violência aberta e violência simbólica, sendo esta última entendida como aquela que é eufemizada, branda e invisível¹⁰. Para ele, de um lado, enfatizar a violência simbólica não significa minimizar o papel da violência física ou fazer esquecê-la e, por

outro lado, é importante que não se entenda a violência simbólica como oposta à violência real, uma violência meramente espiritual, sem efeitos reais¹¹. O autor considera ainda que a violência simbólica não é exercida a partir da lógica das consciências conhecedoras, mas sim através da lógica da obscuridade das disposições do *habitus*⁸.

Habitus e violência simbólica, na visão de Bourdieu, podem ser diretamente imbricados numa interpretação da literatura acerca do assunto aqui tratado, uma vez que em uma de suas obras ele discute, à luz desses conceitos, a heteronormatividade como oposição à homossexualidade¹¹.

A partir dessas considerações iniciais, o estudo tem como objetivo explorar como se afiguram as especificidades do acesso de lésbicas aos serviços de saúde, à luz da literatura.

Método

O desenho do estudo, inicialmente, se caracteriza como como uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, tendo como fonte o artigo científico. Esse tipo de pesquisa, além de possibilitar o alcance de um amplo número de informações e de dados dispersos em várias publicações, também auxilia na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto¹².

O levantamento das publicações científicas foi realizado no período de novembro de 2018 a maio de 2019, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Base de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem (Bdenf), U. S. National Library of Medicine (Pubmed), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Nessas bases, ocorreu uma busca por meio de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português e inglês, combinados pelo operador booleano “and”. Nas buscas pelas bases SciELO, Bdenf e Lilacs o descritor “homossexualidade feminina” foi combinado com “acesso aos serviços de saúde”, “assistência integral à saúde”, resultando em um número pequeno de artigos. Já na Medline e Pubmed o número foi mais expressivo. Foram utilizados também os termos minorias sexuais e de gênero e homossexualidade, como tentativa de ampliar as buscas.

Nessa busca, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: somente foram selecionados artigos em função de sua grande circulação, tanto no meio acadêmico como no profissional, na íntegra em português, inglês e espanhol no período de 2004 a 2018, que descrevem a temática referente à saúde da mulher lésbica. Foi considerado o ano de 2004 como o início desse período, porque foi o ano da publicação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher¹³ que contempla as lésbicas nas ações de saúde da mulher. Como critérios de exclusão não foram incluídas as seguintes fontes: editoriais, cartas ao editor, dissertações e teses, artigos com enfoque exclusivamente clínico-epidemiológico e artigos, que não estavam disponíveis na íntegra.

O primeiro levantamento resultou em 273 artigos. Após a leitura dos títulos e/ou resumos foram eliminados 12 artigos duplicados e 192 pelos critérios de exclusão. Restaram 69 publicações que foram lidas na íntegra. Destas, 33 foram excluídas por não discutirem questões relacionadas ao acesso de lésbicas aos serviços de saúde, suas demandas e as especificidades da atenção dada a elas por esses serviços. Ao final, 36 artigos foram incluídos no estudo.

Os artigos foram analisados a partir de uma adaptação da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, descrita por Bardin¹⁴. Para essa autora, o tema é uma

unidade de significação que se liberta do texto analisado e pode ser traduzido por um resumo, por uma frase ou por uma palavra. Com essa técnica, é possível identificar o que está por trás dos conteúdos manifestos¹⁵. Neste estudo, o tema está sendo entendido como uma categoria mais ampla que pode abranger mais de um núcleo de sentido. Em síntese, basicamente, foram percorridos os seguintes passos analíticos: (a) identificação das ideias centrais dos trechos transcritos de todos os artigos; (b) classificação dos sentidos subjacentes às ideias em temas que resumem a produção do conhecimento acerca do assunto estudado; e (c) elaboração de síntese interpretativa dos resultados extraídos do acervo analisado. Nessa síntese interpretativa foram utilizados como referência teórico-analítica os conceitos de *habitus* e violência simbólica mencionados na introdução deste trabalho.

Resultados

Caracterização das Fontes

Foram identificados, 21 artigos, no período de 2006 e 2014, e 15, entre 2015 e 2018. Em relação ao idioma, 23 artigos eram na língua inglesa, dez em português e três em espanhol. A metade dos estudos foi publicada na Medline e PubMed, e os demais na Lilacs, SciELO e Bdenf. Os artigos selecionados foram provenientes dos Estados Unidos (nove), Brasil (nove), África (cinco), Argentina (dois), Chile (um), Reino Unido (dois), Canadá (dois), Portugal (dois), Alemanha (um), Noruega (um), Suécia (um) e Nova Zelândia (um).

Os 36 artigos que compõem a revisão foram publicados em 32 revistas, sendo 11 brasileiras, 13 estadunidenses, quatro inglesas, uma canadense, uma colombiana, uma sueca e uma norueguesa.

Ao analisar a formação dos primeiros autores dos artigos, essa variou, principalmente, entre: Medicina (20), Enfermagem (três), Psicologia (quatro), Sociologia (seis). Investigou-se ainda a quantidade de autores envolvidos nas publicações, nos quais a média era de três autores por artigo (13), seguidas com dois (oito), um autor (cinco), cinco e quatro (três cada um), sete (dois) e seis e nove (um de cada). Nove artigos mostraram uma grande interação entre diferentes áreas de conhecimento e diálogos interdisciplinares.

Em relação à metodologia, dos 36 artigos, 24 se baseiam na abordagem qualitativa, 12 no método quantitativo. Há predomínio da abordagem qualitativa, o que permite inferir que essa metodologia seja mais apropriada para reflexão e compreensão de questões subjetivas, e por ser uma metodologia que aborda um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificada, pois trabalha o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes¹⁶. Nas publicações quantitativas predominam os estudos comparativos e transversais sobre a população LGBT e as mulheres lésbicas.

Quanto aos participantes do estudo, as pesquisas incluem experiências de mulheres lésbicas, bissexuais, a população LGBT e profissionais de saúde. Se fossem escolhidos somente os estudos que se limitavam às mulheres lésbicas, não haveria um número adequado de artigos para analisar, por isso foram aceitos artigos que também tratam da temática lésbicas, bissexuais e LGBT, desde que contemplassem o objetivo da pesquisa.

Com relação ao acervo selecionado, a maioria dos estudos utilizou a amostragem por conveniência, utilizando a técnica de Bola de Neve, para o recrutamento dos participantes.

No conjunto dos artigos, 16 tratam de lésbicas e bissexuais, 09 da população LGBT e 11 de mulheres lésbicas.

No sentido de sintetizar a caracterização das fontes analisadas, foi realizada a construção de um quadro sinóptico (**Quadro 1**).

Quadro 1. Distribuição dos Artigos por ano, país, método e foco central

Autores dos artigos	Ano	País	Método	Foco central
Kerker et al ¹⁷	2006	EUA	Estudo comparativo	Comportamento sexual e acesso à saúde
Araújo et al ¹⁸	2006	Brasil	Estudo de caso	Experiências lésbicas no atendimento de saúde
Heck et al ¹⁹	2006	EUA	Estudo comparativo	Cuidados de saúde de lésbicas e mulheres heterossexuais
Mravcak ²⁰	2006	EUA	Estudo documental	Acesso de lésbicas e mulheres bissexuais à saúde
Tjepkema ²¹	2008	Canadá	Estudo comparativo	Cuidados de saúde de gays, lésbicas e bissexuais
Barbosa, Facchini ²²	2009	Brasil	Estudo etnográfico	Cuidados de saúde entre lésbicas
Matebeni et al ²³	2009	África	Estudo exploratório	HIV/AIDS e experiências lésbicas
Bjorkman, Malterud ²⁴	2009	Noruega	Estudo exploratório	Orientação sexual e acesso aos serviços de saúde
Dilley et al ²⁵	2010	EUA	Estudo comparativo	Acesso de gays, lésbicas e bissexuais
Fish, Bewleys ²⁶	2010	Reino Unido	Estudo exploratório-descritivo qualitativo	Direitos humanos para saúde de lésbicas e bissexuais

Austin, Irwin ²⁷	2010	EUA	Estudo comparativo	Utilização de serviços de saúde entre lésbicas e mulheres em geral
Formby ²⁸	2011	Reino Unido	Estudo exploratório-descritivo qualitativo	Saúde sexual de lésbicas e mulheres bissexuais
Charlton et al ²⁹	2011	EUA	Estudo comparativo	Orientação sexual e saúde reprodutiva.
Marques et al ³⁰	2012	Brasil	Estudo reflexivo	Relação lésbicas-serviço de saúde
Corbett et al ³¹	2013	Canadá	Estudo exploratório-descritivo qualitativo	Lésbicas e serviços de fertilidade
Carvalho et al ³²	2013	Brasil	Estudo documental	Políticas de saúde para lésbicas
Carvalho et al ³³	2013	Brasil	Estudo exploratório-descritivo qualitativo	Experiências de lésbicas e serviços de saúde.
Mosack et al ³⁴	2013	EUA	Estudo comparativo	Cuidados de saúde de lésbicas e mulheres heterossexuais
Araújo, Penna ³⁵	2014	Brasil	Estudo reflexivo	Identidade sexual e de gênero no cotidiano do serviço de saúde
Brown et al ³⁶	2014	Argentina	Estudo exploratório-descritivo qualitativo	Experiências de saúde de lésbicas e serviços de saúde

Marques et al ³⁷	2014	Portugal	Estudo exploratório	Experiências de lésbicas em atendimentos médicos.
Poteat et al ³⁸	2015	África	Estudo transversal	Experiências de lésbicas, mulheres bissexuais e heterossexuais nos serviços de saúde
Rubin ³⁹	2015	EUA	Estudo exploratório	Desigualdades de saúde entre pacientes gays, lésbicas e bissexuais
Hirsch et al ⁴⁰	2016	Alemanha	Estudo exploratório-descritivo quantitativo	Saúde de lésbicas e atenção primária
Videla, Munoz ⁴¹	2016	Chile	Estudo transversal exploratório	Vivências de lésbicas na atenção perinatal
Daly et al ⁴²	2016	África	Estudo documental	Violação sexual, Lésbicas e bissexuais e direitos à saúde
Munson, Cook ⁴³	2016	Nova Zelândia	Estudo descritivo	Lésbicas e bissexuais no acesso a saúde
Silberman et al ⁴⁴	2016	Argentina	Estudo descritivo de corte transversal	Dificuldades de acesso à saúde sexual de lésbicas
Bränström et al ⁴⁵	2016	EUA	Estudo comparativo	Desigualdades de saúde entre gays, lésbicas e bissexuais
Vitiritti et al ⁴⁶	2016	Brasil	Estudo exploratório-descritivo qualitativo	Discursos de profissionais de saúde acerca da diversidade sexual

Moscheta et al ⁴⁷	2016	Brasil	Estudo exploratório-descriutivo qualitativo	Relação entre profissional-usuário gays/lésbicas/bissexuais
Alpert et al ⁴⁸	2017	EUA	Estudo exploratório	GLBT e acesso a saúde
Müller ⁴⁹	2017	África	Estudo exploratório-descriutivo qualitativo	Cuidados de saúde para gays, lésbicas, bissexuais e transsexuais
Müller ⁵⁰	2017	África	Estudo exploratório-descriutivo qualitativo	GLBT e acesso aos serviços de saúde
Rufino et al ⁵¹	2018	Brasil	Estudo exploratório-descriutivo qualitativo	Experiências lésbicas durante atendimento ginecológico
Rufino et al ⁵²	2018	Brasil	Estudo transversal	Práticas sexuais e Cuidados de saúde de lésbicas

Fonte: Elaboração própria

Temáticas do Acervo

No conjunto dos artigos analisados, afiguram-se as duas temáticas: (a) Barreiras e dificuldades do acesso de lésbicas à atenção à saúde e (b) Experiências das lésbicas nos serviços de saúde. Cabe observar que – por conta da natureza deste estudo – a análise não se deteve na comparação de perfis epidemiológicos de doenças relacionadas a mulheres homossexuais, bissexuais e heterossexuais, presentes em alguns estudos.

Barreiras e dificuldades do acesso de lésbicas à atenção à saúde

Dois núcleos de sentidos destacam-se nesta temática: questões relacionadas à revelação de ser lésbica e dificuldades de os serviços e profissionais de saúde lidarem com essas mulheres. Esses sentidos encontram-se imbricados por conta da naturalização da heterossexualidade apontada por algumas das fontes revisadas.

No cenário dessa naturalização, a decisão de revelar sua orientação sexual (“sair do armário”) aparece como uma das principais barreiras para as lésbicas procurarem os serviços de saúde. A lógica no atendimento à saúde de mulheres em geral dos serviços de saúde pauta-se no modelo da heterossexualidade, não levando em conta – implícita ou explicitamente – as pessoas consideradas desviantes desse modelo hegemônico, incluindo-se nessa categoria as lésbicas³⁵ e isso traz consequências de atitudes discriminatórias, que fazem com que lésbicas não acessem os serviços de saúde por se sentirem vulneráveis⁵⁰.

Nesse sentido, a decisão de procurar os serviços de saúde, revelando sua orientação sexual, comumente pode se relacionar a diversos problemas, tais como: tensão e ansiedade⁵²; medo da discriminação, do preconceito e da estigmatização^{19,21,37,45,48,49}; falta de garantias sobre a confidencialidade³¹; vergonha de exposição do corpo nu para um estranho e exposição de uma intimidade que pode ser desvalorizada socialmente²².

Por outro lado, algumas mulheres lésbicas acreditam que a divulgação de sua orientação sexual ao seu médico não afeta negativamente a atenção à sua saúde²⁸, podendo criar uma relação de confiança²⁰. Mas não garantem que elas recebam um atendimento diferente das heterossexuais, contrariando a suposição de que “sair do armário” seria a solução para melhora dos cuidados à sua saúde²². Porém a inclusão

da orientação sexual em sistemas de saúde pública, pode contribuir para o reconhecimento das desigualdades de saúde e seus mecanismos²⁵.

As dificuldades para lésbicas acessarem os serviços de saúde também se relacionam ao fato de os profissionais nem sempre conseguirem lidar com essas mulheres. Um dos estudos observa que há profissionais de saúde que levam para a sua vida pessoal crenças religiosas que veem na heterossexualidade algo que agrada a Deus⁴⁶. Outras fontes analisadas apontam para a fragilidade da formação dos profissionais que não lhes possibilitam ou lhes causam desconforto para lidar com a diversidade das orientações sexuais^{40,50,51}, tornando imperceptível as demandas e as especificidades dessas mulheres. Há outros estudos ainda que tributam à heterossexualidade naturalizada que se encontra – explícita ou implícita – na prática assistencial²⁶ em geral e na atitude dos profissionais^{35,52}.

A partir desse cenário, observam-se inúmeros aspectos que comprometem tanto o acesso quanto a qualidade do atendimento: não abordagem sobre sexualidade em geral com as lésbicas³⁸; “apagamento” da orientação sexual homossexual^{32,47}; não-debate sobre as doenças sexuais transmissíveis^{29,42,44}; ausência de protocolos específicos⁵⁰; indeterminação sobre necessidades de saúde de lésbicas³² e realização de cuidados inseguros, fragmentados e não integral⁴³.

Experiências das lésbicas nos serviços de saúde

Com base na literatura analisada, três núcleos de sentidos podem sintetizar a experiência das lésbicas quando conseguem ser atendidas nos serviços de saúde: atendimento desigual, invisibilidade e constrangimento.

Quando acessam os serviços de saúde, em comparação com as mulheres heterossexuais, para alguns estudos analisados, as lésbicas: têm um atendimento

mais fragilizado¹⁷; mostram menores taxas de realização de teste de Papanicolau^{27,33}; são discriminadas na atenção perinatal quando buscam constituir famílias homoparentais⁴¹ e recebem menos orientações ou esclarecimentos sobre suas dúvidas^{27,33}.

A literatura consultada também associa a invisibilidade à experiência de lésbicas durante seu atendimento nos serviços de saúde. Tal associação baseia-se em algumas situações, tais como: silenciamento sobre a sua sexualidade²³; ausência de acolhimento que permita uma escuta de suas vivências^{34,36} e formação de vínculos efetivos³⁹; formas verbais e publicadas na área de educação em saúde baseadas em princípios heterossexuais^{31,35} e o não-estabelecimento de relações colaborativas e de confiança⁴⁰.

Essa invisibilidade – promovida de forma consciente ou inconsciente – pode comprometer a experiência das lésbicas durante o atendimento por parte dos serviços de saúde das lésbicas. Um dos estudos analisados considera que, no sistema de saúde privado, em que se paga pelo atendimento recebido, há maior visibilidade da homossexualidade⁴¹.

Ainda em termos de experiências de lésbicas relacionadas aos serviços de saúde, dois estudos relatam situações que podem ser vistas como constrangedoras para essas mulheres. Um deles registrou experiências negativas de lésbicas no passado com os profissionais durante os cuidados de saúde²¹. Outro constatou que as informantes relataram sentirem-se forçadas a revelar sua orientação sexual, quando eram questionadas em relação a ter vida sexualmente ativa e não usar contraceptivos²⁴.

Síntese Interpretativa

Em geral, os estudos analisados destacam a necessidade do reconhecimento da existência das demandas e especificidades da saúde das mulheres lésbicas para que essas mulheres possam ter condições de acessar os serviços de saúde e terem um atendimento de qualidade. No campo das políticas, em alguns países, observam-se avanços que, de certa forma, norteiam esse reconhecimento. No Brasil, por exemplo, destacam-se documentos, tais como *Política Nacional de Saúde Integral de LGBTT*⁵, *Dossiê de Saúde das Mulheres Lésbicas*³, Relatório da Oficina de Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas⁵³ e Bissexuais, *Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais: direitos, saúde e participação social*⁵⁴ e, *Cartilha Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber*⁵⁵.

Em contrapartida, em geral, os estudos apontam, implícita ou explicitamente, que o *habitus* heteronormativo, presente nas práticas de saúde, realizam a produção dos cuidados voltada para as lésbicas como se elas fossem heterossexuais. Isso tanto pode levar à ideia da naturalização da heterossexualidade que pensa a existência lésbica como desviante, quanto o não reconhecimento de vivências sexuais e de gênero plurais, como as das lésbicas.

Junto a isso, as fontes estudadas também destacam que, além dos diversos preconceitos que as mulheres lésbicas enfrentam nos espaços públicos e privados e que geram violências físicas e psicológicas, a violência simbólica também se encontra presente nos serviços de saúde, uma vez que é comum, esses serviços não considerarem as demandas e as especificidades dessas mulheres, contribuindo para o apagamento de sua existência.

Mudanças nesse cenário implicam em ações sociais que extrapolem a área da saúde e que abalem as instituições para que se possa enfrentar o *habitus* que

desconsidera lésbicas e outras orientações que contestam a hegemonia heteronormativa. Dentre essas ações, destacam-se as relacionadas aos movimentos sociais, principalmente ao movimento gay e lésbico. Segundo Bourdieu¹¹ a ação desse movimento não se deve limitar a rupturas simbólicas, ainda que algumas delas sejam eficazes como bem ele observa. Para esse pensador, o movimento gay e lésbico “tem que operar e impor transformações das categorias incorporadas (dos esquemas de pensamento) que, através da educação, conferem um estatuto de realidade evidente [...] às categorias sociais que elas produzem” (p. 146). Mas, ele adverte que a obtenção do reconhecimento da particularidade (passando da invisibilidade para a visibilidade) pode implicar na anulação como movimento. Nesse sentido, assim como no caso de outros movimentos nascidos dos grupos dominados e estigmatizados, o movimento em questão vive uma contradição estrutural pendular entre “a invisibilidade e a exibição, entre a anulação e a celebração de diferença que faz com que [...] adotem, segundo as circunstâncias, uma ou outra estratégia...” (p. 146)¹¹.

Considerações Finais

Os artigos contidos na revisão apontam que as desigualdades de acesso e as barreiras na atenção ao se revelar lésbica têm relação direta com a normativa de gênero e que esta influencia diretamente na revelação ou não de sua sexualidade. Apesar dos avanços em relação a políticas e protocolos de atendimento a essa população, para a garantia da equidade e de integralidade, as diversidades sexual e de gênero devem ser amplamente debatidas nos espaços sociais, de formação e de atenção à saúde.

A construção de políticas públicas de saúde, criação de protocolos e intervenções a partir de um olhar heteronormativo dificulta a construção de vínculos e o cuidado, produzindo um atendimento fragmentado que contribui para a exclusão e a violência simbólica.

Conforme o referencial teórico de Bourdieu, uma possibilidade de modificar esse *habitus*, está na intensificação da abordagem da temática nos espaços de diálogo entre o movimento lésbico, o governo e a academia que fortaleça a criação de políticas, protocolos e estudos sobre a saúde das lésbicas. E a inserção nos cursos de formação técnica, de graduação e reforçada com a ampliação nas residências e na construção de especializações voltadas para o acolhimento e conhecimento das demandas e especificidades das mulheres lésbicas.

Os profissionais de saúde no desenvolvimento de habilidades e competências, deve conhecer e valorizar as necessidades reais da população que está sob seus cuidados, através da criação de um ambiente acolhedor, que favoreça a construção de vínculos e uma relação profissional usuária aberta, em um espaço marcado de estigmas, discriminação e medos, que constitui o rompimento com a violência institucionalizada quando essas mulheres procuram os serviços de saúde, que respeite à singularidade, desconstrua todas as formas de violência contra as lésbicas e que gera exclusão e discriminação, constituindo um cuidado inclusivo, integral e humanizado.

Referências⁹

1. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciê & Saúde Colet.* 2012; 17(11):2865-2875.
2. Portella AP. Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS. In: Ministério da Saúde (MS). *Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.* Brasília: MS; 2014. p. 23-30.
3. Facchini R, Barbosa RM. *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade.* Belo Horizonte: Rede Saúde; 2006.
4. Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2011; 21(4):1451-1467.
5. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.* Brasília: MS; 2013.
6. Bourdieu P. *A Economia das Trocas Simbólicas.* São Paulo: Perspectiva; 1992.
7. Bourdieu P. *O Poder Simbólico.* Rio de Janeiro: Editora Bertrand Russel; 1998.
8. Bourdieu P. *Meditações pascalianas.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
9. Bourdieu, P. *Esboço de uma teoria da prática.* Oiras [Portugal]: Celta Editora, 2002.
10. Bourdieu P. *O senso prático.* Petrópolis: Vozes; 2009.
11. Bourdieu P. *A dominação masculina.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.
12. Lima TCS, Mito RCT. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Rev Katálysis* [periódico na Internet].

⁹ Formatadas no padrão da revista.

2007 [acessado 2019 Nov 05];10(n. spe): 37-45. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004

13. Brasil. Ministério da saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2004.

14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.

15. Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 67-80.

16. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 21-22.

17. Kerker BD, Mostashari F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. *J Urban Health* 2006; 83(5): 970-979.

18. Araújo MAL, Galvão MTG, Saraiva MMM, Albuquerque AD. Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. *Esc Anna Nery* 2006;10(2):323-327.

19. Heck JE, Sell RL, Gorin SS. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *Am J Public Health* 2006; 96(6):1111-1118.

20. Mravcak SA. Primary care for lesbians and bisexual women. *Am Fam Physician* 2006; 74(2):279-286.

21. Tjepkema M. Health care use among gay, lesbian and bisexual Canadians. *Health Rep* 2008;19(1):53-64.

22. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(Supl.2):s291-s300.
23. Matebeni Z, Camargo TMCR, Camargo Júnior KR, Dias LF. All sexed up: a resposta de mulheres lésbicas negras jovens ao sexo (mais) seguro em Johannesburg, África do Sul. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2009; 19(2):333-348.
24. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care* 2009; 27(4):238-243.
25. Dilley JA, Simmons KW, Boysun MJ, Pizacani BA, Stark MJ. Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys: health disparities in the Pacific Northwest. *Am J Public Health* 2010; 100(3):460-467.
26. Fish J, Bewley S. Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. *Health Soc Care Community* 2010;18(4):355-362.
27. Austin EL, Irwin JA. Health behaviors and health care utilization of southern lesbians. *Womens Health Issues* 2010; 20(3):178-184.
28. Formby E. Lesbian and bisexual women's human rights, sexual rights and sexual citizenship: negotiating sexual health in England. *Cult Health Sex* 2011; 13(10):1165-1179.
29. Charlton BM, Corliss HL, Missmer SA, Frazier AL, Rosario M, Kahn JA, Austin SB. Reproductive Health Screening Disparities and Sexual Orientation in a Cohort Study of U.S. Adolescent and Young Adult Females. *J Adolesc Health* 2011; 49(5):505-510.
30. Marques AM, Oliveira JM, Nogueira C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Cien Saúde Colet* 2013; 18(7):2037-2047.

31. Corbett SL, Frecker HM, Shapiro HM, Yudin MH. Access to fertility services for lesbian women in Canada. *Fertil Steril* 2013; 100(4):1077-1080.
32. Carvalho CS, Calderaro F, Souza SJ. O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas": (in)visibilidade e direitos. *Rev Psicol Polit* 2013;13(26):111-127.
33. Nóbrega BSM, Oliveira JL, Almeida RO, Abdalla FTM, Nichiata LYI, Carvalho PMG. Prevention of sexually transmitted diseases by homosexual and bisexual women: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* 2013; 12(4):931-941.
34. Mosack KE, Brouwer AM, Petroll AE. Sexual identity, identity disclosure, and health care experiences: is there evidence for differential homophobia in primary care practice? *Womens Health Issues* 2013; 23(6):e341-e346.
35. Araújo LM, Penna LHG. A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher. *Rev Enferm UERJ* 2014; 22(1):134-138.
36. Brown JL, Pecheny M, Tamburrino MC, Conde LL, Perrotta GV, Capriati A, Andia AM, Mario S, Ibarlucia I. Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(1):673-684.
37. Marques AM, Nogueira C, Oliveira JM. Lesbians on medical encounters: tales of heteronormativity, deception, and expectations. *Health Care Women Int* 2015; 36(9):988-1006.
38. Poteat TC, Logie CH, Adams D, Mothopeng T, Lebona J, Letsie P, Baral S. Stigma, sexual health, and human rights among women who have sex with women in Lesotho. *Reprod Health Matters* 2015; 23(46):107-116.
39. Rubin R. Minimizing Health Disparities Among LGBT Patients. *JAMA* 2015; 313(1):15-17.

40. Hirsch O, Löltgen K, Becker A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Fam. Pract* [periódico na Internet]. 2016 Nov [acessado 2019 jul. 21]; 17(1):162. Disponível em: DOI 10.1186/s12875-016-0562-4.
41. Videla CF, Muñoz AV. Experiences of lesbian users about the process of perinatal care in the metropolitan region of Chile in 2016. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(66):777-778.
42. Daly F, Neil S, Samantha W. Sexual rights but not the right to health? Lesbian and bisexual women in South Africa's National Strategic Plans on HIV and STIs. *Reprod Health Matters* 2016; 24(47):185-194.
43. Munson S, Cook C. Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *J Clin Nurs* 2016; 25(23-24):3497-3510.
44. Silberman P, Buedo PE, Burgos LM. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Rev Salud Pública* 2016; 18(1):1-12.
45. Bränström R, Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Sexual orientation disparities in physical health age and gender effects in a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [periódico na Internet]. 2016 Feb [acessado 2019 set. 20];51(2):289-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1116-0>.
46. Vitoritti, B, Andrade, SMO, Peres, JEC. Diversidade sexual e relações profissionais: concepções de médicos e enfermeiros. *Temas Psicol* 2016; 24(4):1389-1405.
47. Moscheta MS, Febole DS, Anzolin B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. *Saude & Transf* 2016;7(3):71-83.

48. Alpert AB, CichoskiKelly EE, Fox AD. What lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and intersex patients say doctors should know and do: a qualitative study. *J Homosex* 2017; 64(3):1368-1389.
49. Müller A. Scrambling for access: availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa. *BMC Int Health Hum Rights* 2017; 17(1):16.
50. Müller A. Health for all? sexual orientation, gender identity, and the implementation of the right to access to health care in south Africa. *Health Hum Rights* 2016; 18(2):195-208.
51. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad AS, Rodrigues dos Santos R, Freitas I. Disclosure of sexual orientation among women who have sex with women during gynecological care: a qualitative study in Brazil. *J Sex Med* 2018; 15(7):966-973.
52. Rufino A C, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol Serv Saúde* [periódico na Internet]. 2018 abr. [acessado 2018 nov. 12];27(4). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n4/en_2237-9622-ress-27-04-e2017499.pdf
53. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. *Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*: Brasília: MS; 2014.
54. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social*. Brasília: MS; 2013.

55. Lemos AM, Manoela Alves dos Santos, Rafaela Barbosa, organizadoras. *Cartilha Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber*. Pernambuco: Coletivo de Lésbicas e Mulheres Bissexuais de Pernambuco (COMLESBI); 2016.

**4.2 – Artigo 2: Políticas Públicas Voltadas para a Saúde das Lésbicas: análise
dos contextos do texto e das práticas**

Public Policies for Lesbian Health: Analysis of text contexts and practices

POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A SAÚDE DE LÉSBICAS: ANÁLISE DOS CONTEXTOS DO TEXTO E DAS PRÁTICAS

Public Policies for Lesbian Health: Analysis of text contexts and practices

Resumo

Objetivamos analisar a institucionalidade da saúde de lésbicas, seu processo de inserção na agenda governamental brasileira, no contexto da PNAISM e da Política LGBT e seus desdobramentos em outros documentos relacionados a essas políticas. Trata-se de uma pesquisa-análise documental das políticas de saúde voltadas para lésbicas, ancorada em conceitos de Ball e Bourdieu. Os documentos foram problematizados por meio de questões-analíticas sobre: o contexto em que se formulou as políticas; as influências que incidiram sobre políticas e os desdobramentos dos princípios políticos dos primeiros documentos oficiais. Como resultados, observamos que os princípios políticos acerca da saúde das lésbicas surgiram da constatação das assimetrias de gênero existentes na sociedade e sofreram influências de ideias-força que surgiram na interseção dos movimentos homossexual e feminista. Os primeiros textos políticos se desdobraram em vários documentos para lidar com as diversas interpretações sobre seus textos e orientar ações que materializassem seus preceitos políticos. Concluimos que há muito a ser realizado para que a atenção à saúde das lésbicas leve em conta suas necessidades, por meio de uma gestão de cuidado eficiente, favorecendo a construção de vínculos e o comprometimento com a integralidade.

Palavras-chaves: Políticas de Saúde. Homossexualidade feminina. Ciclo de políticas. Habitus. Violência simbólica.

Abstract

We aim to analyze the institutionality of lesbian health, its insertion process in the Brazilian governmental agenda, in the context of PNAISM and LGBT Policy, and its developments in other documents related to these policies. This is a documentary analysis of health policies aimed at lesbians, anchored in concepts by Ball and Bourdieu. The documents were problematized by means of analytical questions about: the context in which the policies were formulated; the influences on policies and the unfolding of political principles in the first official documents. As a result, we observed that the political principles about the health of lesbians arose from the observation of gender asymmetries existing in society and were influenced by strong ideas that emerged at the intersection of the homosexual and feminist movements. The first political texts unfolded in various documents to deal with the different interpretations of their texts and to guide actions that materialized their political precepts. We concluded that there is much to be done so that the health care of lesbians takes into account their needs, through efficient care management, favoring the construction of bonds and the commitment to integrality.

Keywords: Health Policies. Female homosexuality. Policy cycle. Habitus. Symbolic violence.

Introdução

Segundo Ball (1993), os significados dados à política podem influenciar diretamente como a pesquisamos e como interpretamos o que nela se encontra. “As políticas normalmente não nos dizem o que fazer, elas criam circunstâncias nas quais o espectro de opções disponíveis sobre o que fazer é reduzido ou modificado, nas quais metas particulares ou efeitos são estabelecidos” (BALL, 2006: 26).

Ball (1993) observa que a política pode ser vista a partir de duas perspectivas: como texto e como discurso. Como texto, a política se afigura como representações que são codificadas e decodificadas atravessadas por contextos, lutas, compromissos, interpretações públicas autorizadas e reinterpretação, bem como por significados e experiências dos atores. Já, como discurso, a política refere-se a práticas que integram os objetos a eles relacionados, envolvendo o que pode ser dito e pensado, bem como quem pode falar, quando, onde e com que autoridade. Nessa perspectiva, apesar de a política ter o efeito de redistribuir a “voz”, não se deve desconsiderar a existência de discursos discordantes, incoerentes, contraditórios e subjugados.

Ainda em sua reflexão sobre as políticas, Ball (1993) distingue os efeitos de primeira ordem (mudanças na prática ou na estrutura) e os de segunda ordem (impacto das mudanças nos padrões de acesso e oportunidade social e justiça social). Em uma entrevista, o mencionado autor chama a atenção para a complexidade de se traduzir as políticas em práticas, uma vez que esse processo envolve transformar a dimensão textual da política em ações ou, dito de outra forma, traduzir a palavra escrita em ações (MAINARDES; MARCONDES, 2009).

Outro aspecto importante na análise de uma política é levar em conta características do campo político em que ela é produzida. Para Bourdieu (2011), esse campo pode ser visto “como um jogo no qual o que está em disputa é a imposição legítima dos princípios de visão e divisão do mundo social” (p. 206). Nesse jogo, para o autor, as ideias só se tornam políticas quando se transformam em ideias-força e se integram a combates de poderes. Outra consideração importante, segundo esse autor, se refere ao fato de o campo político não poder se tornar completamente autônomo, necessitando incessantemente de articular-se com a sua clientela que, de certa forma, tem a última palavra nas lutas (BOURDIEU, 2011).

Ao focalizarmos especificamente as políticas voltadas para lésbicas, as ideias-força que deram origem a essas políticas praticamente surgem na interseção dos movimentos homossexual e feminista, em fins dos anos de 1970, sendo que os primeiros grupos exclusivamente lésbicos foram formados a partir de 1980. O “termo ‘lésbicas’ foi incluído no nome do movimento apenas a partir do 1993, com o VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais” (1993, p.9). Nesse cenário onde estão as lésbicas nos documentos das políticas? E como são interpretadas nas práticas de cuidados?

Nesse sentido, especificamente em relação à saúde de lésbicas, cabe problematizar se as políticas visibilizam demandas e especificidades a elas relacionadas por meio de promoção de ações conjuntas, desenvolvimento de pesquisas, divulgação e avaliação de experiências nos serviços, além de fornecer informações às pessoas envolvidas e interessadas na área (FACCHINI; BARBOSA, 2006; CALDERARO, 2011).

Cabe, então, explicitar argumentos presentes na Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM) (Brasil, 2004) e na Política Nacional de Saúde Integral de

Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política LGBT) (Brasil, 2011) apresentados no contexto brasileiro e que podem evidenciar como a saúde de lésbicas entrou nas agendas governamentais e as dificuldades enfrentadas pelas lésbicas no acesso à saúde. Na primeira política se configura a diversidade de mulheres, aí incluindo as lésbicas, enquanto, na segunda política, o debate político acerca da saúde amplia-se para todo o coletivo LGBT.

Ainda que tenha havido a ampliação desse debate, prevalecem obstáculos culturais, em que a presença marcante da heteronormatividade atrelada à estrutura fragmentada dos serviços reproduz posturas lesbofóbicas, com a presença de consultas curtas, sem escuta qualificada, profissionais despreparados e a negação do seu direito.

Investir numa análise das questões políticas voltadas para a saúde de lésbicas, após quase 20 anos – momento em que essas mulheres foram inseridas na PNAISM – e após cerca de 10 anos – na promulgação da Lei LGBT – parece que estamos promovendo um empreendimento, no mínimo, atrasado, mas essa ideia logo pode ser descartada, uma vez que Ball, em uma entrevista, afirma que:

“Uma política tem uma trajetória semelhante à de um foguete: decola, atravessa o espaço e depois aterrissa. Algumas vezes, acidenta-se; em outras, atinge uma realização espetacular, mas move-se através do tempo e, algumas vezes, simplesmente desaparece (...) ou, algumas vezes, leva muito tempo para elas se tornarem integradas” (MAINARDES; MARCONDES, 2009).

Com base nessas considerações iniciais, objetivamos analisar a institucionalidade da saúde de lésbicas e seu processo de inserção na agenda governamental brasileira, no contexto da PNAISM e da Política LGBT, bem como seus desdobramentos em outros documentos relacionados a essas políticas.

Articulações teórico-metodológicas

O estudo consiste numa análise documental das políticas de saúde voltadas para lésbicas, tendo como referencial teórico-analítico ancorado nas ideias de Ball^{1,2} (1993, 2006) e na apresentação dessas ideias realizadas por Rezende e Baptista (2015) e por Mainardes (2006 e 2018).

Ball considera que o seu método “não tem a intenção de ser uma descrição das políticas, é uma maneira de pensar as políticas e saber como elas são feitas” (MAINARDES; MARCONDES, 2009). Segundo Rezende e Batista (2015), no modelo de análise de Ball, o foco está em acompanhar como as políticas se movem e como os consensos e conflitos acontecem, e que são constituídos por três contextos: o contexto de influência, o contexto de produção de textos e o contexto de prática. A interação e o diálogo que ocorre com a inter-relação entre os contextos de influência, de produção de textos e o de prática inter-relacionados permite compreender determinantes no processo de formulação e implementação de uma política (GASPARELO; JEFFREY; SCNECKENBERG, 2018), pois dialogam e interagem, permitindo ao pesquisador a compreensão dos determinantes e condicionantes presentes no processo de formulação que refletem diretamente quando essa política é colocada em prática.

Mainardes (2018) observa que esses três contextos, propostos por Ball, não são estanques e lineares, nem tampouco temporais ou sequenciais. “Cada um desses contextos apresenta arenas, lugares e grupos de interesse e cada um deles envolve disputas e embates”.

Frente às críticas voltadas para sua abordagem, Ball expandiu o ciclo de políticas acrescentando outros dois contextos ao referencial original: o contexto dos resultados

(efeitos relacionados às questões de justiça, de igualdade e de liberdade individual) e o contexto da estratégia política (relacionado às atividades necessárias para lidar com as desigualdades criadas pela política investigada) (MAINARDES, 2018). Em uma entrevista, Ball observa que não é útil separar esses dois últimos contextos aos outros formulados anteriormente; eles podem ser incluídos no contexto da prática e da influência, respectivamente (MAINARDES; MARCONDES, 2009).

Além do referencial teórico-metodológico de Ball, levaremos em conta os conceitos de Pierre Bourdieu (1989, 1992, 1996, 1999, 2002, 2004, 2009, 2011) sobre *habitus*, campo e violência simbólica.

Entendemos *habitus* como um conhecimento adquirido, um haver, uma disposição incorporada que corresponde a matrizes, social e historicamente construídas. Seu exercício será determinado pela posição social do indivíduo, permitindo-lhe pensar, ver e agir nas mais variadas situações. Diferentemente da palavra hábito, que se associa a algo cristalizado, a expressão *habitus* envolve uma capacidade criadora, ativa e inventiva. Assim, o sujeito tanto receberia, quanto reinventaria a “herança” para a formação do *habitus* (BOURDIEU, 2002).

Bourdieu (1996), ao se referir a campo, o descreve como o espaço social global, sendo – ao mesmo tempo – como um campo de forças (em que as necessidades se impõem aos agentes neles envolvidos) e um campo de lutas (no qual os agentes se enfrentam conforme sua posição no campo de força). Segundo o autor “a gênese do Estado é inseparável de um processo de unificação dos diferentes campos sociais, econômico, cultural (ou escolar), político etc., que acompanha a constituição progressiva do monopólio estatal da violência física e simbólica legítima” (1996: 51).

Ainda segundo Bourdieu (1989), o campo social é multidimensional de posições, no qual os agentes se distribuem segundo o valor global do capital que possuem e

segundo o peso relativo no conjunto de suas posses. Em outras palavras, é no campo, que refere como espaço social, que se configuram os conflitos, os valores dos agentes e as relações estabelecidas entre os dominantes e dominados. Sendo de fundamental importância a ação de agentes capazes de transformar as práticas de cuidados direcionadas a essa população, a partir do reconhecimento desse grupo dentro do espaço social (GASPARELO; JEFFREY; SCNECKENBERG, 2018).

Em relação à violência simbólica, Bourdieu (2009) entende como aquela que é eufemizada, branda e invisível e a distingue da violência aberta e observa que ambas se relacionam aos modos de dominação, coexistindo em todas as instituições e relações sociais (BOURDIEU, 2009). Para ele, enfatizar a violência simbólica não significa minimizar o papel da violência física ou fazer esquecer-la, nem tampouco entendê-la como oposta à violência real, uma violência meramente espiritual, sem efeitos reais (BOURDIEU, 1999). Ainda para o autor, não se rompe a violência simbólica apenas com armas da consciência e da vontade, uma vez que a sua eficácia se inscreve de uma forma duradoura no mais íntimo dos corpos, expressa por predisposições (aptidões, inclinações).

Nas proposições teóricas de Ball e Bourdieu, nos diferentes campos sociais, as relações estão imbricadas em lutas de força e de reconhecimento, nas quais os agentes devem estar comprometidos com sua função no espaço social e nas relações com os elementos visíveis que comprometem os sujeitos envolvidos no espaço da saúde. O próprio Ball, em uma entrevista (MAINARDES; MARCONDES, 2009), se filia a Bourdieu ao criticar a prática recorrente de se trabalhar estrutura e agência (ação humana), colocando uma em detrimento da outra. Segundo ele, Bourdieu tenta desconstruir esse biônimo, combinando as possibilidades de agência e estrutura em um mesmo modelo.

Com esse olhar, ao articular os referenciais teórico-metodológicos da análise de ciclos de Ball com os conceitos de Bourdieu, teremos a oportunidade de desvelar aspectos de contextos e textos voltados para a saúde das lésbicas. Com isso pretendemos contribuir, no âmbito do campo político, por meio da mudança de *habitus* e do enfrentamento da violência simbólica, na diminuição entre o distanciamento entre intenções políticas e práticas de saúde voltadas para essas mulheres.

O *corpus* analítico do estudo foi composto pelos seguintes documentos: PNAISM (BRASIL, 2004), Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (que institui a Política LGBT) (BRASIL, 2011a), Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (que estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo voltado para mulheres lésbicas e bissexuais) (BRASIL, 2011b); Direitos, Saúde e Participação Social/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2013a); Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (BRASIL, 2011c), Relatório da Oficina de “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” (BRASIL, 2014), Cartilha *Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber* (LEMOS; SANTOS; BARBOSA, 2016) e Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Esses documentos foram problematizados por meio das seguintes questões-analíticas: (1) Em que contexto se formularam as políticas que, em menor ou maior proporção, se voltavam para a saúde das lésbicas? (2) Quais as influências que incidiram sobre essas políticas? (3) Ao longo do tempo quais foram os desdobramentos dos princípios políticos dos primeiros documentos oficiais que mencionavam a saúde das lésbicas?

Contexto da formulação das políticas

Com a promulgação da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser o principal documento da atenção à saúde no Brasil, que com seus princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, buscou atendimento igualitário a todos os segmentos sociais nos serviços de saúde (BRASIL, 1988). A partir disso, a saúde é vista como direito dos cidadãos e dever do estado através de políticas públicas, passando as ações e serviços de saúde a ser providas pelo SUS, seguindo seus princípios de descentralização, responsabilidade em cada esfera do governo, integralidade e controle social.

No entanto, quando pensamos nas assimetrias de gênero existentes na sociedade brasileira, a visibilidade de que alguns grupos não estavam sendo incluídos. Isso levava à compreensão de que a integralidade não estava sendo contemplada e parecia desconsiderar as demandas de alguns representantes dos movimentos sociais – como os movimentos de mulheres e gays – que vinham lutando há anos por políticas específicas.

No campo da saúde, as ações voltadas para as mulheres eram direcionadas à reprodução e à contracepção. A década de 1980 marcou a visibilidade feminina e, pela primeira vez, a sexualidade passa a ser abordada sob a perspectiva de gênero e de saúde sexual no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a partir das reivindicações do movimento feminista (BRASIL, 1984). Entretanto, ainda permaneceram focadas na reprodução, não direcionando ações as que se encontravam em situação de vulnerabilidade, como as lésbicas.

A década de 1990, com o fortalecimento do movimento lésbico brasileiro, com a visibilidade e maior atuação em grupos, redes, articulações e partidos políticos, esse

movimento participou nas ações coletivas dos movimentos de mulheres, passando a construir uma pauta conjunta.

Toda essa movimentação levou, em 2004, ao lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), pelo Ministério da Saúde (MS), na qual há a proposta de integração das diversas áreas técnicas, tendo nesse documento, além de o olhar voltado para as lésbicas e, pela primeira vez, são incluídas nas propostas das políticas públicas a diversidade de mulheres (BRASIL, 2004) e como as mulheres lésbicas eram contempladas.

Apesar da inclusão das lésbicas na PNAISM, a garantia da equidade do atendimento nos serviços de saúde ainda não existia, sendo lançada uma proposta de reorientação das políticas públicas de saúde, para a ampliação do acesso de qualidade e promoção das ações de enfrentamento das iniquidades em saúde para grupos populacionais vulneráveis, com o lançamento do programa - Programa Mais Saúde – Direito de todos (BRASIL, 2010a).

E mesmo com as propostas contidas nesse documento que – de certa forma – fortaleciam as demandas e o acesso aos serviços de saúde por parte das lésbicas, as ações em relação a essas mulheres ainda se apresentavam tímidas.

Com a 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 2008, teve na pauta da saúde a inclusão como determinante social para a saúde, a orientação sexual e a identidade de gênero para o enfrentamento das discriminações em diversos âmbitos e implementação de políticas específicas de enfrentamento das desigualdades de gênero, de orientação sexual, raça, etnia e necessidades especiais, garantindo o controle social e o acesso aos benefícios de seguridade social pelas instituições governamentais (BRASIL, 2008a).

O ano de 2008 é marcado pela realização da 1ª Conferência Nacional LGBTTT sob o tema “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”, com a proposta de mobilizar o país para a definição de diretrizes de políticas públicas para essa população, propondo a monitoração e o fortalecimento do programa Brasil sem Homofobia e elaboração do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT (BRASIL, 2008b).

O investimento no fortalecimento de políticas públicas para saúde, favoreceu a criação do 3º Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), que teve como foco a defesa dos Direitos Humanos Universais, na igualdade, no reconhecimento e respeito à diversidade e na garantia ao respeito à livre orientação sexual e à identidade de gênero (BRASIL, 2010b).

A realização da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBTTT, em 2011, amplia o debate acerca da criação de estratégias de ações para garantia da igualdade e combate à discriminação (BRASIL, 2011c), sendo no mesmo ano instituída pelo MS a Política LGBT com uma perspectiva de promoção da saúde integral, buscando o enfrentamento da discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo¹⁰.

Após a promulgação da Política LGBT, no ano de 2013, as articulações direcionadas para a promoção da equidade e da integralidade de saúde das lésbicas, se inicia com a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social”, para o compartilhamento de informações, promoção da visibilidade desse grupo, sensibilização de gestores e profissionais para acolhimento dessa população (BRASIL, 2013b).

Os diferentes campos onde as lutas e disputas ocorrem são reconhecidos pela maneira que esse grupo se organiza nos espaços sociais (GASPARELO; JEFFREY; SCNECKENBERG, 2018), fruto das lutas históricas do movimento lésbico pela desconstrução de um *habitus* que desconsidera lésbicas e outras orientações que contestam a hegemonia heteronormativa. Assim, de certa forma, foi preciso que o movimento lésbico operasse dentro de uma estrutura que imponha as transformações reais na prática e, que culmine numa realidade evidente.

Outros documentos também trouxeram visibilidade à saúde das lésbicas, tais como: no ano de 2014, o documento do Relatório da Oficina de “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” (BRASIL, 2014). Neste documento, encontra-se a síntese da oficina para o levantamento e aprofundamento de conteúdo para o desenvolvimento de materiais voltados para profissionais de saúde sobre promoção e atenção à saúde integral deste grupo social. A Cartilha Integral de Saúde das lésbicas, publicada em 2017 aborda a necessidade dos profissionais, junto às usuárias dos serviços de saúde, discutir ações sobre as especificidades e demandas de saúde dessa população (LEMOS; SANTOS; BARBOSA, 2016).

Neste contexto, o movimento de lésbicas com seu protagonismo vem provocando mudanças no cenário da saúde, e diálogo entre a sociedade civil e sociedade política para a definição e materialização das políticas públicas conectadas com as necessidades reais e fundamentadas no contexto social, cultural, político e não somente no contexto econômico.

Ainda que venha ocorrendo esse protagonismo do movimento das lésbicas, não significa que o apagamento sofrido por essas mulheres no cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sido abolido. Continua existindo esse apagamento, com base em Ball (1993), podemos considerar que ainda não há o efeito político desejado, tanto

em termos de primeira ordem (mudanças na prática ou na estrutura), quanto de segunda ordem (impactos das mudanças nos padrões de acesso e oportunidade social).

Nesse sentido, com base em Bourdieu (1996), compreendemos que se faz necessário que os agentes envolvidos nessa política, seja como formuladores, seja como beneficiários, com meios e fins diferenciados de acordo com a sua posição no campo de força, promovam ações para que haja um deslocamento da conservação para a transformação da estrutura. Isso porque os efeitos de uma política “não podem ser simplesmente lidos em textos e são o resultado de conflito e luta entre ‘interesses’ no contexto”. (BALL, 1993: 13).

Influências que incidiram sobre as políticas

As influências que incidiram sobre as políticas voltadas às lésbicas podem ser analisadas em dois momentos: na produção do texto da PNAISM e na produção do texto da Política LGBT.

Os textos políticos são resultados de disputas e acordos de grupos que atuam dentro dos diferentes lugares da produção de textos e competem para controlar as representações da política, pode-se dizer que as políticas são intervenções textuais, mas que também carregam limitações materiais e possibilidades e têm consequências reais, que são vivenciadas no contexto da prática (MAINARDES, 2006).

As lutas das lésbicas pelo reconhecimento e visibilidade nos espaços sociais que funcionam como arenas de luta e disputas políticas se deu junto ao movimento de gays e lésbicas, porém suas pautas não encontravam apoio. Falar da saúde das mulheres, é pensar na existência da diversidade de mulheres como as negras,

brancas, indígenas, rurais, heterossexuais, lésbicas, bissexuais e, que cada uma dessas mulheres tem especificidades que influenciam nas ações de saúde.

A produção do texto da PNAISM foi reflexo da conferência do Cairo, em 1994, e IV Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Pequim no ano de 1995, e, pela primeira vez, as mulheres lésbicas e bissexuais foram incluídas nessa proposta de políticas públicas para a saúde (BRASIL,2004), porém o desenvolvimento da política não trouxe garantias, e as questões sobre a saúde da homossexualidade feminina não eram vistas por acreditarem que somente mulheres heterossexuais são afetadas, perpetuando uma “inclusão que exclui”.

A naturalização entre gênero e reprodução, na ideia de que o gênero está ligado ao papel que mulheres e homens assumem na reprodução biológica e da consequente confusão entre gênero e sexualidade, leva ao não reconhecimento pelos profissionais de saúde das questões de saúde das mulheres que fazem sexo com mulheres e da sua própria vida (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

O texto da PNAISM, publicado em 2004 pelo Ministério da Saúde, em seus princípios e diretrizes traz a importância da incorporação do entendimento de que as mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser contempladas no conjunto das ações de atenção à saúde da mulher.

E em suas diretrizes enfatiza que a PNAISM deve atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).

Ainda ressalta que a integralidade da atenção à saúde da mulher, implica no estabelecimento das relações com pessoas singulares por diversas razões como

econômicas, culturais, religiosas, raciais e de diferentes orientações sexuais e, o atendimento deve ser norteado a partir do reconhecimento e respeito a essas diferenças.

Apesar do reconhecimento das demandas das lésbicas no documento da PNAISM, quando em contraste com o primeiro Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), ao trazer como foco central o combate a todas as formas de discriminação contra a mulher e que afirmar diferenças é promover, (BRASIL, 2013c), não faz menção em seu texto sobre orientação sexual relacionada à saúde, quando traz os direitos sexuais e reprodutivos e, enfatiza a prioridade de ações que atendam as diferentes orientações sexuais, porém essas ações não são especificadas.

Contrastando o II PNPM (BRASIL, 2008c), no capítulo que trata dos direitos sexuais e reprodutivos, já traz ações para as lésbicas que aparecem no item prioridade:

3.8 - Estimular a implantação da Atenção Integral à Saúde das Mulheres, por meio do enfrentamento das discriminações e do atendimento às especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual, e das mulheres com deficiência, do campo e da floresta e em situação de rua. (2008, p. 81).

Propondo a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para a abordagem das especificidades da saúde das lésbicas e bissexuais. Além da elaboração de materiais sobre direito à saúde das mulheres negras, quilombolas, indígenas, ciganas, população feminina do campo e floresta, lésbicas e bissexuais, a PNAISM traz que o atendimento nas unidades de saúde deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.

A publicação da Política LGBT, em 2011, foi fruto das lutas históricas do movimento LGBT e marca o reconhecimento da existência de discriminação, por orientação sexual e identidade de gênero, e segundo o mesmo documento o reconhecimento de todas as formas de homofobia como determinante social no processo de saúde e adoecimento dos LGBTs devem ser considerados na determinação de sofrimento e doença (BRASIL, 2011a).

Em relação ao texto da Política LGBT, mesmo que existam avanços e conquistas, com o reconhecimento da discriminação, por orientação sexual e por identidade de gênero como determinante social de saúde no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2011b), em relação às lésbicas, apesar de suas demandas e necessidades serem apontadas no texto da política, não há direcionamento de quais são essas especificidades e nem como essas mulheres devem ser abordadas nos serviços de saúde, persistindo a vulnerabilidade e o preconceito, sendo um empecilho entre as lésbicas e o atendimento integral à saúde.

Outra questão é o desfecho das disputas e acordos com as lésbicas que coordenam os movimentos, e compõem o contexto da produção da Política LGBT e da “cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais-Direitos, Saúde e Participação Social” (BRASIL, 2008a), em que considerando as especificidades de lésbicas, a luta por empoderamento da cidadania feminina foi o marco das políticas públicas para o fortalecimento do controle social no SUS e deve ser enfatizada pelo movimento lésbico. Dentro dessa perspectiva, a participação de lésbicas na prática pode ser

representada pela existência do Seminário Nacional de Lésbicas ¹⁰– SENALE, que ocorre desde 1996 e de movimentos lésbicos como a Articulação Brasileira de Lésbicas ¹¹(ABL) e Liga Brasileira de Lésbicas ¹²(LBL).

Os objetivos da política trazem o foco no combate e na promoção do respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS, o texto não faz menção de ações que combatam a homofobia nos serviços de saúde, pois é nesse espaço que são reproduzidas as diversas formas de exclusão, apagamento e discriminação.

Ao relacionar as ações e serviços propostos na PNAISM e Política LGBT, a primeira traz ênfase à heterossexualidade compulsória, enquanto a segunda, utiliza os termos preconceito e discriminação. A heterossexualidade compulsória tem sido uma das principais questões discutidas pelo movimento lésbico, visto que esse pressuposto estrutura as relações que se estabelecem quando as lésbicas procuram acesso aos serviços de saúde, e repercute na invisibilização e existência dessas mulheres.

¹⁰ O SENALE nasceu como um Seminário, em 1996, reunindo lésbicas pela primeira vez na cidade do Rio de Janeiro, onde se estabeleceu o 29 de agosto como DIA NACIONAL DA VISIBILIDADE LÉSBICA. espaço de interação político pedagógico nacional construído por Lésbicas e mulheres Bissexuais no Brasil, com a finalidade de discutir, refletir e propor ações para intervir nas políticas públicas, através da construção coletiva, na busca por direitos e dignidade, pela livre expressão das sexualidades e pela diversidade de orientação sexual e identidade de gênero. <https://senale.wordpress.com/historia/>. Acesso: 18 de agosto de 2020.

¹¹ ARTICULAÇÃO BRASILEIRA DE LÉSBICAS - fundada em 14/05/04, é uma articulação de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais, que tem como objetivo principal instrumentalizar e qualificar politicamente novas lideranças, promovendo a criação e manutenção de grupos e/ou núcleos de mulheres e/ou grupos mistos, fortalecimento da rede, para que estas assumam conosco a luta por nossos direitos. <https://ablnarede.blogspot.com/> Acesso: 18 de agosto de 2020.

¹² LIGA BRASILEIRA DE LÉSBICAS – foi fundada no III Fórum Social Mundial, em janeiro de 2003, na cidade de Porto Alegre, é uma expressão do movimento social, de âmbito nacional, que se constitui como espaço autônomo e não institucional de articulação política, anticapitalista, antirracista, não lesbofóbica e não homofóbica e de articulação temática de mulheres lésbicas e bissexuais, pela garantia efetiva e cotidiana da livre orientação e expressão afetivo-sexual. <http://lbnacional.wordpress.com/> Acesso: 18 de agosto de 2020.

Como foco nas especificidades de saúde, os documentos analisados trazem em destaque o risco de câncer de mama e de colo de útero, ISTs e AIDS e violência (seja como vítima e/ou agressor), porém não mencionam dados que comprovem ações direcionadas em relação à prevalência em lésbicas. Esses dados compõem o texto do Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília (BRASIL, 2014), trazendo o destaque que mulheres lésbicas, muitas vezes, passam despercebidas nas unidades de saúde, e ressalta a importância da abordagem direta às mulheres nas consultas e a desconstrução da crença errônea de que lésbicas não estão sujeitas a câncer de mama, colo de útero e transmissão de IST/AIDS, portanto não precisam de orientações específicas.

Outras questões apontam para a necessidade de preparação dos profissionais de saúde, como os casos de violência contra lésbicas no âmbito familiar, institucional, doméstico e sexual, uso de substâncias ilícitas, prostituição, saúde mental e, propõem a inserção da temática LGBT nos cursos de formação. No entanto, em relação à reprodução, somente aparece no documento da Política LGBT a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS, porém sem ações direcionadas em face ao custo dos procedimentos serem altos.

Como já mencionamos, nas influências na produção do texto da Política LGBT, destacam-se as pressões e reivindicações do movimento homossexual aliadas ao movimento feminista. Como observa Bourdieu (1999), o movimento de gays e lésbicas, por meio de uma revolta subversiva contra uma forma da violência simbólica, pode dar visibilidade à sua existência, “invertendo o sinal de estigmatização para transformá-lo em emblema – como faz o *gay pride*” (p. 145).

Por outro lado, ainda que esse movimento tenha tido alguma participação na produção do texto da mencionada política, sua mobilização deve ser constante, uma

vez que – se forem levadas em consideração ideias de Ball (1993) – não se pode ignorar que as mudanças podem ser diferentes das intenções dos autores de uma política, inserindo-se numa complexidade da relação entre intenções, textos, interpretações e reações.

Desdobramentos dos princípios políticos e reflexos na saúde das lésbicas

Ao buscarmos fundamentar a análise das PNAISM e Política LGBT com os conceitos de *habitus*, campo e violência simbólica de Bourdieu, poderemos compreender os mecanismos de interpretação dos textos políticos para a realidade (BALL; BOWE; GOLD, 1992), visto que a forma como as ações ocorrem mostram ser direcionadas à mulher adulta, heterossexual, esses textos não se relacionam diretamente com as realidades institucionais, contribuindo para a persistência de problemas no acesso e na integralidade das ações de saúde.

Por esse viés, ao abordar a saúde de lésbicas na perspectiva da saúde integral, é preciso pensar que o *habitus* resultante das condições históricas e sociais traz consequências que são vivenciadas no contexto da prática, local onde as políticas ganham sentido (GASPARELO; JEFFREY; SCNECKENBERG, 2018) e onde se encontra a violência simbólica que veio sendo construída historicamente pelas estruturas de dominação, que contribuem para a naturalização de protocolos voltados às mulheres heterossexuais (BOURDIEU, 1999) e para o apagamento da visibilidade lésbica.

O *Dossiê de Saúde de Mulheres Lésbicas*, publicado em 2006, fruto do trabalho de pesquisas realizado por Facchini e Barbosa, em seu capítulo *Homossexualidade feminina e saúde: há especificidades?*, traz que questões sobre invisibilidades das lésbicas, refletem na prática das unidades de saúde, e é nesse local em que essa

violência ocorre, seja pela falta de informações adequadas pelos profissionais ou pelos serviços de saúde inadequados para atendê-las (FACCHINI; BARBOSA, 2006). Sendo assim, os direitos contidos nos textos políticos são interpretados pelos profissionais, diferentemente, pois esses não são leitores ingênuos, uma vez que essa interpretação atravessa suas histórias, experiências, valores, propósitos e interesses que são diferentes (MAINARDES, 2006; REZENDE; BAPTISTA, 2015).

Assim, diante das diversas interpretações dos textos políticos, que podem vir de leituras ou não leituras das políticas e documentos, o processo de assimilação das políticas públicas para lésbicas é complexo, ficando claro que os profissionais de saúde têm dificuldades de abordar, lidar e identificar a orientação diferente da qual costuma atender, e seguem os protocolos determinados sem levar em consideração as diferentes necessidades (MAINARDES, 2006).

Com isso, se traduz na relação entre a violência simbólica (BOURDIEU, 1999) e o acesso das lésbicas, que perpassa pela não abordagem da temática nos processos de formação ou quando esta ocorre é a partir do viés da heterossexualidade, o que contribui para a persistência de um *habitus* (1989, 1992), que orienta as ações desses sujeitos dentro do campo onde as práticas de cuidados às lésbicas são realizadas (BOURDIEU, 1989; 1992).

Neste sentido, o reconhecimento das dificuldades de acesso aos serviços de saúde tem convocado a participação social na construção das políticas públicas, no cumprimento dos direitos contidos nas políticas e inseridos nos diversos contextos, de modo que a ênfase discursiva no documento da PNAISM e na Política LGBT reforça que os serviços de saúde precisam dispor de profissionais capacitados no atendimento de lésbicas, que saibam atender às mulheres lésbicas dentro de suas especificidades e respeitando seus direitos de cidadania.

Entretanto, mesmo que já tenham sido enfatizadas nos textos das políticas, as lacunas de atendimento ainda persistem durante o atendimento às lésbicas nos serviços de saúde. A base para que as coisas aconteçam estão nos diversos documentos apresentados anteriormente, porém não há materialização, pois, as mulheres não dizem que são lésbicas e os profissionais não perguntam (BARBOSA; FACCHINI, 2006). Apesar de existirem diretrizes e princípios nas políticas que asseguram o direito às lésbicas, percebe-se um distanciamento entre o que consta nos textos políticos e o que ocorre no contexto das práticas de saúde.

A tentativa de superação das lacunas dos profissionais que atuam no contexto das práticas de saúde está fundamentada na *Cartilha Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber* (LEMOS; SANTOS; BARBOSA, 2016), que propõe a garantia do direito de como as lésbicas querem ser atendidas, além do acolhimento de forma qualificada quando vão ao ginecologista, trazendo na visão delas como os profissionais que atuam no contexto da prática (serviços de saúde) devem instrumentalizar o cuidado à saúde dessa população.

Nesta perspectiva, o espaço da unidade de saúde é o local onde são reproduzidas as políticas oficiais, e onde elas são materializadas e, apesar de existir nas diretrizes e princípios das políticas, esse direito com os mecanismos que influenciam as ações direcionadas a essas mulheres, nota-se a relação com a dominação simbólica, e como essas relações operam nos diferentes espaços da saúde e que reproduzem as desigualdades entre o que consta nas políticas e o que ocorre no cotidiano das unidades de saúde.

Em síntese, os desdobramentos de documentos políticos realizados ainda não operaram reflexos suficientes no âmbito das práticas de atenção à saúde de lésbicas. Assim, apesar de a Política LGBT e os demais documentos relacionados trazerem no

seu escopo a importância de se considerar as trajetórias e práticas sexuais das lésbicas, ainda persiste o desconhecimento e a falta de materialização da política reproduzindo crenças errôneas sobre a saúde de lésbicas.

Por esse viés, no discurso e nas práticas de saúde voltadas às lésbicas o *habitus* heteronormativo tem contribuído para o distanciamento do trabalho profissional na saúde, posturas de discriminação e preconceito que, na maioria das vezes, contribui para o apagamento de suas demandas e especificidades, o que vem afastando-as dos serviços e comprometendo a integralidade da assistência.

No caminho para que tais reflexos sejam mais efetivos, insistimos no papel do movimento de lésbicas, que – como observa Bourdieu (1999) – são duplamente dominadas, dentro e fora do movimento homossexual, por conta da forte “tradição masculinista” (p. 148).

Conclusão

No contexto em que as políticas públicas de saúde se deslocam e que são influenciadas pelas relações que se estabelecem, destacamos a importância de se observar constantemente se os mecanismos de reprodução e manutenção de práticas que produzem ou não mudanças na realidade das unidades de saúde. Observamos que em dez anos da inserção das lésbicas nas agendas de saúde, as mudanças no âmbito da atenção à saúde voltadas para essas mulheres são inexpressivas. Isso pode ser visto como uma discrepância entre o contexto da produção dos textos políticos e o contexto das práticas onde se materializariam as intenções desses textos.

A atenção à saúde de mulheres ainda é influenciada pela estrutura heteronormativa. Para que caminhemos na direção da mudança dessa ótica, as lésbicas devem ter maior visibilidade dentro da própria categoria homossexual, que –

em alguns casos – ainda é permeada pelo predomínio do poder masculino. No âmbito da saúde das mulheres, elas também devem ser mais visíveis no sentido de destacar a existência das diferenças do ser feminino, demarcando as suas especificidades.

Conseguindo essa maior visibilidade, talvez haja uma superação do *habitus* heteronormativo que contribui para a reprodução da exclusão, discriminação e apagamento da existência lésbica, de modo que esses possam ser problematizados e transformados.

Nesse sentido, efeitos podem ser produzidos nas relações em que os profissionais estabelecem com as lésbicas, reconhecendo e valorizando as necessidades dessas mulheres a partir de uma gestão de cuidado eficiente, que favoreça a construção de vínculos e o comprometimento com a integralidade.

As unidades de saúde são o contexto final das políticas voltadas às lésbicas, é nelas que repercutem os diferentes processos de interpretação e recontextualização das políticas públicas. E uma postura acolhedora e proativa dos profissionais de saúde, valorizando as trajetórias e práticas sexuais dessas mulheres, respeitando suas vivências e especificidades, contribui para um cuidado pautado na humanização e na integralidade.

Referências¹³

BALL SJ. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. *The Australian Journal of Education Studies*. 1993; 13(2):10-17.

¹³ Formatadas no padrão da revista.

BALL S. Sociologia das políticas educacionais e pesquisa crítico-social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional. *Currículo sem Fronteiras*. 2006; 6(2):10-32.

BALL, SJ; BOWE, R.; GOLD, A. *Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology*. London: Routledge, 1992.

BOURDIEU, P. O campo político. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* [online]. 2011, n.5, pp.193-216. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522011000100008&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-3352. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-33522011000100008>. Acesso: 29 de setembro de 2020.

_____. *O senso prático*. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

_____. *Esboço de uma teoria da prática: precedido de três estudos de etnologia*. Cabília. Oiras [Portugal]: Celta; 2002.

_____. *A Dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____. *Razões Práticas: Sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papirus Editora, 1996.

_____. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva; 1992.

_____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Relatório da oficina atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais*, realizada em Brasília: abril, 2014. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2014/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>. Acesso: 18 de maio de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013a. 32 p.:il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acessado: 10 de junho de 2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social*. Brasília: MS; 2013b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 2836*, de 1º dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política nacional de saúde Integral LGBT). [Internet] 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.htm.

_____. *Resolução nº 2*. de 6 de dezembro de 2011. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2011b.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos: 2008-2011* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 3. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 138 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Programa nacional de Direitos Humanos (PnDH-3)* / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - - rev. e atual. - Brasília: SDH/Pr, 2010b.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres II*. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Anais da Primeira Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT. Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania GLBT*. – Brasília: 2008c.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres I*. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível

em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf .

Acesso: 18 de maio de 2020.

_____. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

CALDERARO, F. *Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade*. 2011. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

FACCHINI R, BARBOSA RM. *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte: Rede Saúde; 2006.

GASPARELO RRS; JEFFREY DC; SCHNECKENBERG, M. Análise de políticas educacionais: fundamentos teóricos- metodológicos do ciclo de políticas e as contribuições de Pierre Bourdieu. *EccoS – Revista Científica*, São Paulo, n. 47, p.237-252. set/dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/EccoS.n47.7877>.

COMLESBI. *Cartilha Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber*. Pernambuco: Coletivo de Lésbicas e Mulheres Bissexuais de Pernambuco (COMLESBI); 2016

MAINARDES J. A abordagem do ciclo de políticas: explorando alguns desafios da sua utilização no campo da Política Educacional. *Jornal de Políticas Educacionais*. 2018;12(16):1- _____. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educação e sociedade*, v. 27, n. 94, 47-69, 2006.

MAINARDES J, MARCONDES MI. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. *Educação e sociedade*. 2009; 30(106):303-318.

REZENDE M; BAPTISTA TWF. *A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: Caminhos para análise das políticas de saúde / Ruben Araújo de Mattos, Tatiana Wargas de Faria Baptista, organizadores. 1 ed. – Porto alegre: Rede Unida, 2015.*

VII encontro brasileiro de lésbicas e homossexuais, 1993, São Paulo. *Anais*. Grupo de Homossexuais do PT/ Rede de Informação Lésbica um Outro Olhar, 1993.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre saúde de lésbicas na produção nacional e internacional evidenciou que existe a necessidade de reconhecer as demandas e especificidades das lésbicas para ampliação do acesso e efetivação do atendimento à saúde.

E que apesar de alguns avanços em relação às políticas, cartilhas e protocolos voltados aos profissionais de saúde, o *habitus* heteronormativo nas práticas de saúde mantém a construção de um cuidado como se elas fossem heterossexuais.

Com a naturalização da heterossexualidade, a violência simbólica se encontra presente nos serviços de saúde e quando as lésbicas procuram acesso, suas demandas e especificidades não são consideradas, o que contribui para o apagamento de sua existência, que segundo Adrienne Rich (1980), a via da heterossexualidade compulsória, por meio da qual a experiência lésbica é percebida através de uma escala que parte do desviante ao odioso ou a ser simplesmente apresentada como invisível.

A mudança nesse cenário implica também em mudanças sociais que extrapolem os espaços da área de saúde e convoca ações do movimento lésbico, corroborando com Bourdieu (1999), que diz que a ação desse movimento não deve se limitar às rupturas simbólicas, mas sim operar transformações dos esquemas de pensamento através da educação.

Com isso, o papel dos movimentos lésbicos na organização de uma agenda política, vem ampliando a visibilidade massiva e produzindo estratégias de fortalecimento da afirmação de especificidades, a partir de questões centrais em seu ativismo como representatividade e reconhecimento. Assim, percebe-se que a relação que vem sendo estabelecida entre partidos políticos e movimento social tem se intensificado, legitimando as temáticas LGBTs.

Conforme as teorias de Bourdieu, a mudança do *habitus* heteronormativo, está na intensificação entre o movimento lésbico, o governo e a academia que fortalece a criação de políticas, protocolos e estudos sobre saúde de lésbicas. Por outro lado, apesar dos avanços e a atuação de diversos grupos, as responsabilidades do Estado e a atuação na área de saúde com a ressignificação do trabalho dos profissionais ainda apresentam fragilidades.

Na análise das políticas públicas, destacamos a importância de se observar constantemente os mecanismos de reprodução e manutenção de práticas que produzem ou não mudanças na realidade das unidades de saúde, pois se observa que em dez anos de inserção das lésbicas nas agendas de saúde, as mudanças são inexpressivas, fato que tem forte influência das estruturas heteronormativas, nas quais as relações sexistas são naturalizadas e pautadas no homem e mulher.

Considerando esse viés, pensar o contexto em que as políticas foram formuladas é trazer a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de mulheres lésbicas e como esse sistema opera, produzindo a marginalização das sexualidades não heterossexuais e invisibilização das necessidades de saúde dessa população. Construções baseadas na heteronormatividade colocam as práticas sexuais não hegemônicas numa posição de subordinação, o que não quer dizer exclusão dessas práticas, mas numa condição de inferioridade.

A naturalização cultural da heterossexualidade incide sobre a materialização no campo do cuidado à saúde às lésbicas e contribui para o não reconhecimento de que as normativas de gênero são potencialmente opressoras, uma vez que o próprio sistema vem reproduzindo o reconhecimento desigual das demandas e especificidades da sexualidade heterossexual em relação à sexualidade homossexual.

Isso vem contribuindo para uma relação profissional de saúde e usuária fragmentada, pois essa normativa, presente nas práticas de cuidado, reflete a gerência da vida e dos corpos das pessoas, e vem contribuindo com um modelo de atendimento em saúde que pressupõe heterossexualidades, invisibilização da diversidade feminina, negligência nos atendimentos, excluindo os modos de vida que se distanciam da estreita definição de “normalidade” em saúde e que afasta as lésbicas do cuidado à saúde.

Uma maneira de contrapor essa ordem social é a ampliação e a construção de espaços de discussões sobre concepções lésbicas, pois ser lésbica é antes de tudo uma questão política, e, ao romperem com a lógica heteronormativa de cuidado, colocam os formuladores de políticas, os docentes e os profissionais de saúde a corrigirem dissonâncias dentro de um sistema que opera na lógica heteronormativa e que leva a pensar como as descrições normativas de gênero e sexualidade interferem na visibilidade ou invisibilidade no processo saúde-doença-cuidado e nas relações entre profissionais de saúde e as usuárias lésbicas.

O caminho para a mudança estaria na visibilidade das lésbicas dentro da própria categoria homossexual, na qual ainda se observa predomínio do masculino e no âmbito da saúde das mulheres, a ênfase no entendimento da diversidade na construção de políticas para mulheres.

A resolução dos obstáculos nos serviços de saúde que dificultam o acesso de lésbicas aos serviços de saúde está diretamente relacionada à maneira pela qual essas mulheres são acolhidas, de modo que elas se sintam pertencentes àquele espaço, a partir de uma escuta qualificada e do reconhecimento de que essas práticas sexuais existem na sociedade e que essas experiências devem ser valorizadas.

Faz-se necessário romper com os obstáculos culturais, presentes na sociedade patriarcal, heterocêntrica e machista que invisibiliza e vem vulnerabilizando as lésbicas. Pois à medida que o atendimento a elas segue protocolos heteronormativos, com ações direcionadas à mulher heterossexual, que faz sexo com homem, reproduzimos nos atendimentos anamneses heteronormativas, exames preventivos dolorosos, consultas breves, reações discriminatórias e as várias questões nas quais esse corpo está exposto à violência simbólica.

Uma questão importante é pensar na adoção do termo de identificação dessa população para reivindicação de direitos e construção de políticas públicas e, por outro lado, um termo que permita a ampliação do diálogo com os protagonistas envolvidos no processo de cuidar dessas mulheres. Os diversos termos utilizados, “sapatão”, “lésbica”, “entendida”, embora muitos marquem uma identidade, um pertencimento para contrapor à heteronormatividade, o uso das denominações “mulher que faz sexo com mulher”, “mulher que gosta de mulher”, “mulher que transa com mulher” demarca as diferentes maneiras de afirmação dessa identidade e a forma de lidar com a estigmatização e a visibilidade nos espaços institucionais.

O fortalecimento das lésbicas enquanto sujeitos políticos, retratadas no processo de elaboração, implementação e controle de políticas públicas, que mobilizam essas mulheres para propor mudanças efetivas para o reconhecimento de suas especificidades. O uso do termo “mulher que faz sexo com mulher” tem sido fonte de conflitos, pois os conceitos precisam manter como foco os sujeitos políticos, tais quais construídos pelo movimento (FACCHINI, 2009).

Por outro lado, o uso do termo “mulher que faz sexo com mulher” pode favorecer o reconhecimento das demandas e especificidades, contemplar essa diversidade dentro da própria categoria e possibilitar o estabelecimento de vínculo e o

fortalecimento da relação entre os protagonistas, sendo considerado como estratégia de aproximação dessas mulheres com os serviços de saúde.

No âmbito dos governos, pensar também em que medida essa política se expressa positivamente para a existência e a efetividade de ações. Pois será que, de fato, a política LGBT foi institucionalizada? Nesse sentido, mesmo ela existindo, denota ausência orçamentária e, sem autonomia institucional, as ações ficam relegadas à não garantia de recursos para sua população alvo.

O presente trabalho pode contribuir para a desconstrução de práticas de cuidados discriminatórios e desiguais, de modo a promover a equidade e a integralidade na assistência à saúde. Com a incorporação e materialização da discussão sobre gênero e diversidade na formação profissional e no cotidiano dos serviços de saúde, as posturas lesbofóbicas seriam desmistificadas, porém ainda é uma realidade distante.

Essa problemática no contexto da saúde e da formação desafia gestores, profissionais de saúde, educadores e a própria sociedade na luta por políticas públicas e ações intersetoriais e integradas que:

1. Reconheçam as desigualdades;
2. Promovam discussões sobre gênero e diversidade na escola e na sociedade;
3. Monitorem as condições de cuidados às lésbicas nas instituições de saúde;
4. Reduzam as desigualdades e a discriminação no cuidado;
5. Reconheçam a perspectiva de gênero e a diversidade nas políticas públicas;
6. Efetivem a inclusão das políticas afirmativas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação em saúde;
7. Efetivem as capacitações para os profissionais de saúde que prestam cuidados às mulheres.

Enfim, que posturas acolhedoras e proativas façam parte do cotidiano dos profissionais de saúde e que na relação com as lésbicas sejam valorizadas suas trajetórias e práticas sexuais, e que suas vivências e especificidades sejam respeitadas de modo a favorecer a construção de vínculos e a contribuir para um cuidado mais humano e integral. Os resultados revelaram a necessidade de novas pesquisas no âmbito da saúde da mulher sobre gênero e diversidade.

Referências

1. BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil;1999.
2. FACCHINI, Regina. *Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro*. *Bagoas*. n. 04 | 2009 | p. 131-158.
3. RICH, Adrienne. *A heterossexualidade Compulsória e a existência lésbica*. In: GELP, Barbara C. & GELP, Albert (editores). New York/London: W.W. Norton & Company, 1993. Tradução: Carlos Guilherme do Valle. 1980. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/bagoas/v04n05art01_rich.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1 – REGISTRO DE APROVAÇÃO DO PROJETO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF
INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Rio de Janeiro, 14 de maio de 2020.

REGISTRO DE PROJETO

Declaro que as exigências feitas para liberação da pesquisa "*Análise de Políticas Públicas voltadas à Atenção à Saúde de Lésbicas*" desenvolvido por *Adriane das Neves Silva* sob a orientação de *Romeu Gomes*, protocolado neste departamento sob o nº 2336/VDP/2020, foram todas realizadas. Portanto, projeto está **Aprovado**.

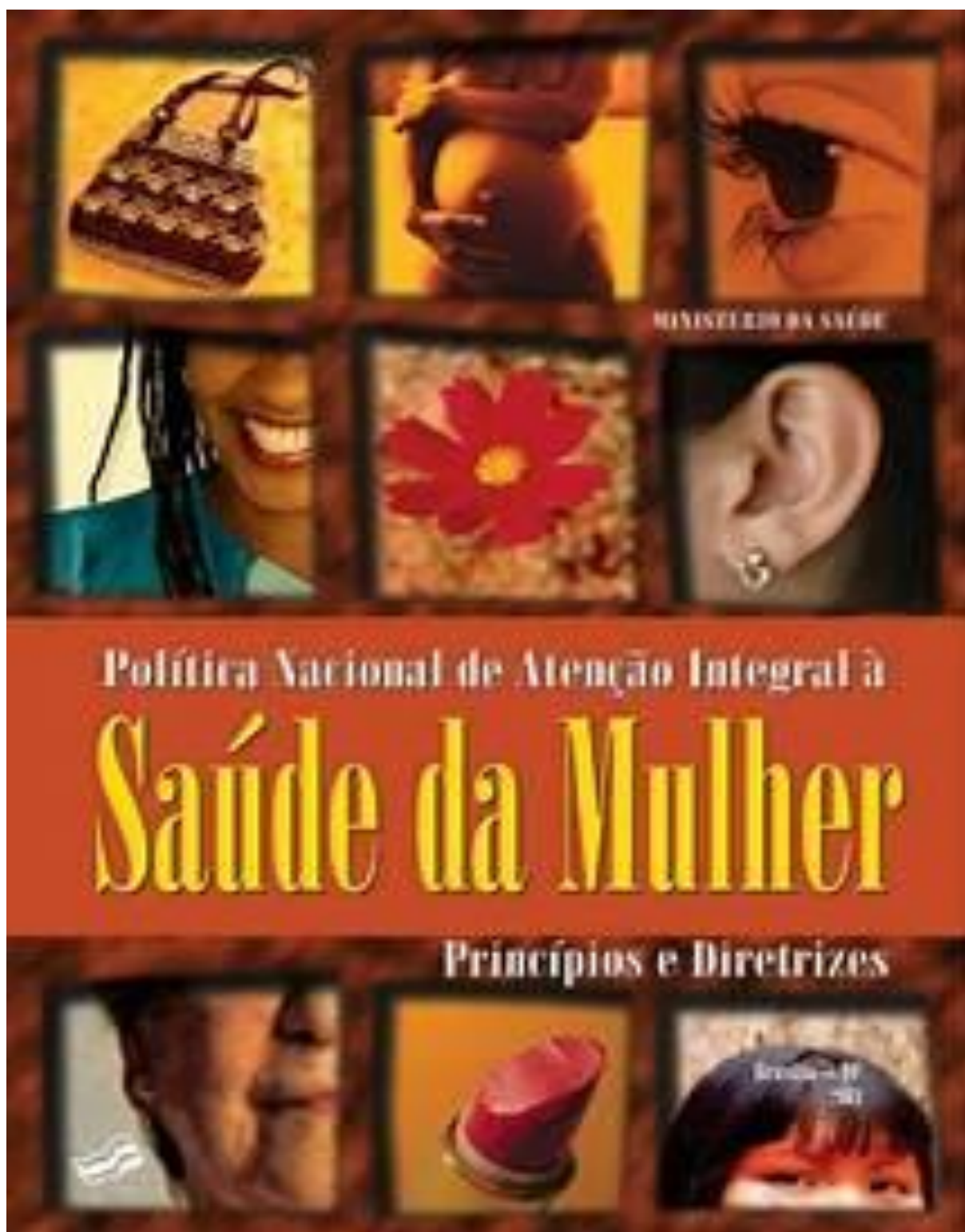
Informamos que o projeto de pesquisa só poderá ser desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente – Fernandes Figueira.

Vania de Matos Fonseca

Vania de Matos Fonseca
Vice-Diretora de Pesquisa

Vania de Matos Fonseca
Vice-Diretora de Pesquisa
IFF / FIOCRUZ
Matrícula: 0463099

**ANEXO 2 – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA
MULHER**



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

ANEXO 3 – POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO LGBT



http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

ANEXO 4 – DOSSIÊ SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS



SAÚDE DAS

PROMOÇÃO DA EQUIDADE E DA INTEGRALIDADE

MULHERES LÉSBICAS

DOSSIÊ

"A invisibilidade da população composta por estas mulheres e de suas demandas implica desperdício de recursos com atenção à saúde e baixa eficácia no tratamento efetivo de suas necessidades."

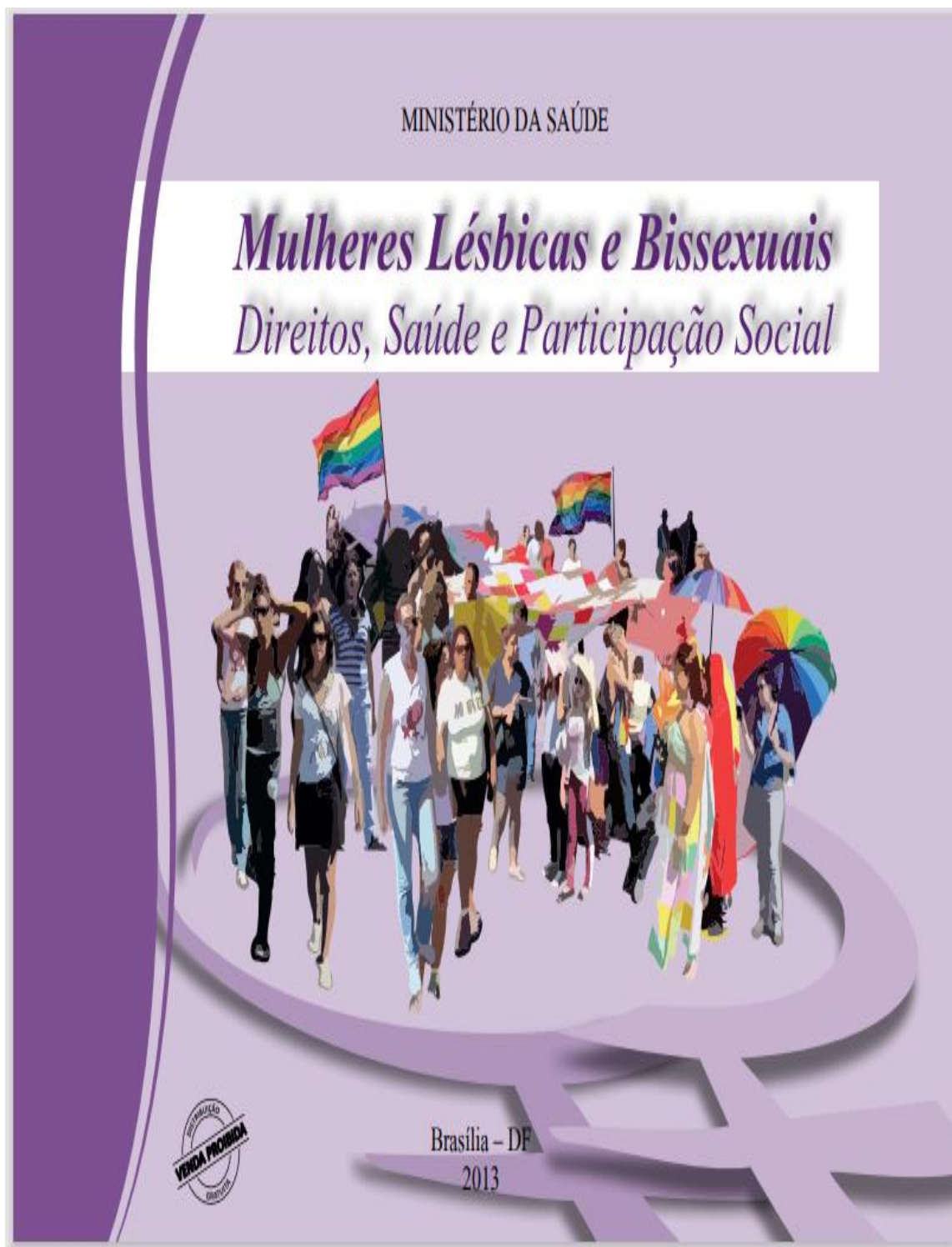
http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf

ANEXO 5 – CARTILHA CHEGOU A HORA DE CUIDAR DA SAÚDE



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/chegou_hora_cuidar_saude.pdf

ANEXO 6 – MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS – DIREITOS, SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL



http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bisexuais_direitos_saude.pdf

ANEXO 7 – RELATÓRIO DA OFICINA – ATENÇÃO À SAÚDE DE MULHERES
LÉSBICAS E BISEXUAIS



**Atenção Integral
à Saúde de Mulheres
Lésbicas e Bissexuais**

Relatório da Oficina **Atenção à
Saúde de Mulheres Lésbicas e
Bissexuais** realizada em Brasília
de 23 a 25 de abril de 2014

Ministério da
Saúde

Secretaria de
**Políticas para
as Mulheres**

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

[https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livreto-
atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf](https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf)

