



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

LAURA KELLY DA SILVA XAVIER

**“MULHERES QUE AMAM MULHERES:”
O ACESSO DE MULHERES LÉSBICAS À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO SUS**

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2025

Laura Kelly da Silva Xavier

**“Mulheres Que Amam Mulheres:”
o acesso de mulheres lésbicas à Atenção Básica de Saúde no SUS**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema do Tocantins para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Dr^a. Ingrid Karla da Nóbrega Beserra

Miracema do Tocantins, TO

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

X3

Xavier, Laura Kelly da Silva.

“Mulheres Que Amam Mulheres:” o acesso de mulheres lésbicas à
Atenção Básica de Saúde no SUS. / Laura Kelly da Silva Xavier. – Miracema,
TO, 2025.
44 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2025.

Orientadora : Ingrid Karla da Nóbrega Beserra

1. Mulheres lésbicas. 2. Atenção Básica. 3. Saúde pública. 4.
LGBTQIAPN+. I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da
UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

LAURA KELLY DA SILVA XAVIER

“MULHERES QUE AMAM MULHERES: ”
O ACESSO DE MULHERES LÉSBICAS À ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE NO SUS

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema, Curso de Serviço Social foi avaliado para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social e aprovada em sua forma final pela Orientadora e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 27/02/2025

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Ingrid Karla da Nóbrega Beserra, orientadora, UFT

Prof^a Doutoranda Sheyla Paranaguá Santos, examinadora externa, EBSEH

Prof^a Dr^a Josenice Ferreira dos Santos Araújo, examinadora, UFT

Dedico este trabalho para todas as lésbicas, que antes de mim, tiveram que lutar incessantemente por seus direitos, pela liberdade de se relacionar e amar quem escolherem. Ainda não conquistamos todo o respeito que merecemos, mas estamos cada vez mais perto desse objetivo. Por fim, dedico este trabalho a todas as mulheres que tem coragem de amar outras mulheres em uma sociedade que nem sempre nos acolhe, que possamos lutar pelo direito de amar livremente e existir com dignidade.

AGRADECIMENTOS

Finalizo essa etapa da minha formação com essa monografia, uma fase cheia de desafios e dúvidas, mas que enriqueceu profundamente minha vida. Diante de tantas conquistas, só me resta expressar minha gratidão a todos que me proporcionaram a oportunidade de vivenciá-la:

Agradeço sobretudo a minha mãe, Maria Lúcia, meu pai, José Xavier, minha irmã, Rafaela Cristina que desde o início sempre me apoiaram e me motivaram em como os estudos são importantes e que com ele posso alcançar grandes voos; a minha querida avó Helena (in memoriam) e ao meu Tio José Edson (in memoriam), por todo amor, carinho e cuidado. O apoio deles foi essencial para que eu pudesse concluir essa etapa na minha vida.

A minha orientadora e amiga Ingrid Karla pelo incentivo, paciência e contribuições valiosas, sem as quais este trabalho não seria possível.

Aos meus amigos e futuros colegas de profissão, que me incentivaram a cursar Serviço Social, por terem me apresentado uma nova visão de mundo repleta de luta por direitos, por uma sociedade mais igualitária, sendo eles: Andreia Andrade, Diana Coelho, Rosiane José, Lanna Jackelyne, Helen Silva, Willy Cardoso.

A minha namorada Kallynne Guimarães, por todo amor, por estar ao meu lado e ser meu porto em momentos em que o desânimo e o medo me rodeava, por me inspirar a buscar novas perspectivas e ser uma mulher melhor a cada dia.

A minha amiga Mirraily Ferreira, por ser mais que minha dupla durante uma parte da graduação, sua presença em minha vida acadêmica a deixou mais leve, obrigada pelas trocas e conversar sobre as disciplinas, e pelos momentos também fora da Universidade.

Por fim, agradeço aos meus demais amigos, os quais não mencionei aqui, mas, saibam que vocês foram fundamentais em todo esse processo e fazem parte de toda essa história. E como tenho falado em meus últimos discursos de aniversário: Família não é somente de sangue, pois também considero meus amigos como parte dela.

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

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como tema “Lesbianidade e Saúde Pública”. Nesse sentido, buscou-se analisar os atravessamentos vivenciados por mulheres lésbicas no atendimento da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se que a saúde no Brasil como se conhece hoje é fruto de um intenso processo luta, resistência e construção coletiva, nesse sentido, este começa a ser delineado a partir da Constituição Federal de 1988, formando junto a política de Assistência e Previdência o tripé da Seguridade Social. Diante disso, na busca em dar conta do presente estudo, utilizou-se como método de análise o materialismo histórico-dialético, uma vez que este permite compreender a totalidade e a contradição dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que perpassam a vida em sociedade. Por se tratar de um estudo bibliográfico e documental e, não possuir nenhum dado quantitativo, a pesquisa é de natureza qualitativa, nesse sentido, buscou analisar os fenômenos das categorias teórico-metodológicas no que se refere a lesbianidade e saúde pública.

Palavras-chave: Mulheres lésbicas. Atenção Básica; Saúde pública. LGBTQIAPN+

ABSTRACT

This Course Completion Work has as its theme “Lesbianity and Public Health”, in this sense, we sought to analyze the obstacles experienced by lesbian women in providing primary care in the SUS. It is understood that health in Brazil as we know it today is the result of an intense process of struggle, resistance and collective construction, in this sense, this begins to be outlined from the Federal Constitution of 1988, forming together with the Social Assistance and Social Security policy the tripod of security. In view of this, in the search to provide an account of the present study, historical-dialectical materialism was used as a method of analysis, since it allows us to understand the totality and contradiction of the social, economic, political and cultural aspects that permeate life in society. As it is a bibliographic and documentary study and does not have any quantitative data, the research is qualitative in nature, in this sense, it sought to analyze the phenomena of theoretical-methodological categories with regard to lesbianism and public health.

Keywords: Lesbian women. Basic care; Public health. LGBTQIAPN+

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1: Mapa Mental Lei 8.080/90.....	26
Figura 2. Linha do tempo dos documentos que estruturam a política de saúde.....	30
Figura 3. Linha do tempo com os documentos da política de saúde em articulação com questões feministas e LGBT+.....	31
Figura 4. Objetivos da Portaria N° 2.836/2011.....	32
Figura 5. Diretrizes e atribuições da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.....	33
Figura 6. Medo/receio/constrangimento de falar sobre sua sexualidade/orientação afetivo-sexual ou falar que é sapatão/lésbica em algum atendimento de saúde.....	37
Figura 7. Frequência de realização de exame ginecológico.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LBL	Liga Brasileira de Lésbicas
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual, Pansexualidade, Não-Binariedade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional De Atenção Integral A Saúde Da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	GÊNERO E O CONTEXTO HISTORICO DA LESBIANIDADE	14
2.1	Gênero, Identidade e Orientação sexual.....	14
2.2	A heterossexualidade como norma social	19
2.3	Movimento lésbico brasileiro, visibilidade, lutas sociais e direitos	21
3	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER (PNAISM): O ATENDIMENTO ÀS MULHERES LÉSBICAS EM QUESTÃO	25
3.1	Sistema Único de Saúde: garantias e desafios às Lesbianas	25
3.2	Entre o Papel e a Prática: A Saúde das Mulheres Lésbicas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2011)	29
3.3	Particularidades da Atenção Básica no Atendimento às Lésbicas: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	34
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como tema “Lesbianidade e Saúde Pública”. Analisa-se os atravessamentos vivenciados por mulheres lésbicas no atendimento da atenção básica do SUS através de artigos científicos, teses, dissertações disponíveis na base de dados da capes, scielo dentre outras. Entende-se que a saúde no Brasil como se conhece hoje é fruto de um intenso processo luta, resistência e construção coletiva que desencadeia na Constituição Federal de 1988, formando junto a política de Assistência Social e Previdência Social o tripé da seguridade.

Ao se discorrer sobre as políticas públicas voltadas às mulheres lésbicas, é necessário compreender as relações que permearam a construção dessas políticas e identificar os desafios que ainda persistem e que vêm causando a não implementação das mesmas. É possível apontar que as primeiras reivindicações do movimento diziam respeito à invisibilidade das lésbicas nos espaços de cuidado em saúde, além da falta de preparo dos profissionais durante o atendimento e a evasão dessas mulheres desses serviços.

A luta e a conquista de um espaço político e social voltado exclusivamente às lésbicas começou a ganhar visibilidade na esfera pública durante o processo de redemocratização do país. Até então, as pautas dessas mulheres estavam inseridas no contexto mais amplo dos movimentos feminista e homossexual, onde suas demandas frequentemente ocupavam um lugar secundário e invisibilizadas (BRASIL, 2012). Nesse sentido, questiona-se quais os atravessamentos vivenciados por essas mulheres ao acessar o atendimento na atenção básica de saúde pública?

Compreendendo que saúde é um direito social de todos, o qual deve ser ofertado de forma equânime, sem discriminação de raça/etnia, classe, gênero e orientação sexual, a presente pesquisa dentro dos limites busca dar visibilidade a essas mulheres as quais cotidianamente lutam de forma coletiva contra a censura e pela garantia aos seus direitos, bem como a necessidade do acesso às políticas de saúde voltadas as suas particularidades.

Diante disso, na busca em dar conta do presente estudo, utilizou-se como método de análise o materialismo histórico-dialético, uma vez que este permite compreender a totalidade e a contradição dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que perpassam a vida em sociedade. Compreende-se que o método possibilita maiores contribuições para o conhecimento da realidade, através dos estudos sócio histórico. De acordo com Pontes (2007), o método procura extrair:

[...] da forma empírica do fenômeno a raiz histórica de sua constituição, os processos que o constituíram e este enquanto partícipe dos processos. Enfim, a concepção dialética determina a intenção e a ação de compreender as condições que engendram os processos históricos e os sujeitos destes processos nas suas particularidades e processos (PONTES 2007, p. 66).

Por se tratar de um estudo bibliográfico e documental e, não possuir nenhum dado quantitativo, a pesquisa é de natureza qualitativa, nesse sentido, buscou analisar os fenômenos das categorias teórico-metodológicas no que se refere a lesbianidade e saúde pública.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo e de fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. [...] O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. (MINAYO, 2002, p.22).

Ao que se refere a pesquisa bibliográfica foram utilizados artigos, monografias, dissertações e livros que discutiam o lesbianidade; saúde pública etc. E, para a pesquisa documental utilizou-se a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080/90, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, além de cartilhas e dossiê.

Os levantamentos de dados seguiram duas etapas. No primeiro momento buscou-se por livros, revistas, monografias e artigos no banco de dados SciELO-Brasil, Google Acadêmico entre outros, que auxiliasse no processo de interpretação dos dados coletados.

Nessa primeira etapa foi realizado a seleção dos textos que discutissem “gênero”, “lesbianidade”, “heteronormatividade”, “identidade de gênero”, “heteronormatividade compulsória”, “política de saúde”, “saúde pública” etc. A sistematização e análise dos textos se deu com leitura e fichamento dos mesmos.

Na segunda etapa foi realizado o levantamento das políticas públicas voltadas a população LGBTQIAPN+, além de cartilhas, dossiê que fossem direcionadas as lésbicas. A priori foi realizado a leitura desses documentos, a qual foi possível determinar como ocorreria a sistematização e análise dos dados. Após a leitura atenciosa, foi realizada a construções de mapas mentais e linha do tempo.

O trabalho está dividido em dois capítulos, sendo eles: “*Gênero e o contexto histórico da lesbianidade*”, o qual trata os conceitos de gênero, identidade e orientação sexual e o contexto histórico da lesbianidade, com base nos principais autores da área. A discussão foi conduzida de forma a compreender as diferentes perspectivas teóricas e suas implicações

práticas, considerando como tais conceitos impactam as experiências individuais quanto as compartilhadas em sociedade.

O segundo capítulo é intitulado “*Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM): o atendimento às mulheres lésbicas em questão*”, o qual destaca que apesar dos avanços em instituir uma Política Nacional de Saúde Integral LGBT, ainda existem lacunas que impedem que a política atenda todos de forma equânime. E, mesmo com elaborações posteriores de documentos que apontam a necessidade de um olhar mais atento para os particulares das mulheres lésbicas, assistimos mais uma vez o Brasil avançando no papel e deixando de materializar na prática.

2 GÊNERO E O CONTEXTO HISTÓRICO DA LESBIANIDADE

Nesta seção, serão abordados os conceitos de Gênero, Identidade e Orientação Sexual e o contexto histórico da lesbianidade, com base nas principais autoras da área. A discussão será conduzida de forma a compreender as diferentes perspectivas teóricas e suas implicações práticas, considerando como tais conceitos impactam as experiências individuais quanto as compartilhadas em sociedade.

2.1 Gênero, Identidade e Orientação sexual

A temática "Gênero, Identidade e Orientação Sexual" é complexa, abrange desde expressões da questão social, aspectos culturais e individuais. Ao longo deste capítulo, será explorado diferentes perspectivas sendo elas teorias e experiências relacionadas a esses temas, visando uma compreensão mais profunda e abrangente da diversidade humana. A sociedade desempenha um papel fundamental na formação e reafirmação dessas identidades, e é essencial reconhecer a fluidez, assim como a complexidade inerentes a esses conceitos. Romper com estereótipos e normas tradicionais é essencial para criar espaços mais inclusivos e aceitáveis.

Guaciara Louro, em seu livro *Gênero, Sexualidade e Educação*, destaca que o conceito de gênero é central no movimento feminista contemporâneo, tanto linguística quanto politicamente. Para compreendê-lo, é importante entender o contexto de sua incorporação. As feministas anglo-saxãs começaram a usar o termo "gender" de maneira distinta de "sex" (Louro, 1997). Buscando “rejeitar o determinismo biológico implícito no uso de termos como sexo ou diferença sexual”, elas buscam acentuar, por meio da linguagem "o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo" (SCOTT, 1995, p.72). Dessa forma o conceito, funcionará tanto como uma ferramenta analítica quanto como um instrumento político.

Para compreender Gênero, devemos levar em consideração seu conceito. Conforme Louro (2004):

[...] que determinado sexo (entendido, neste caso, em termos de características biológicas) indica determinado gênero e este gênero, por sua vez, indica o desejo ou induz a ele. Essa sequência supõe e institui uma coerência e uma continuidade entre sexo-gênero- sexualidade. Ela supõe e institui uma consequência, ela afirma e repete uma norma, apostando numa lógica binária pela qual o corpo, identificado como macho ou como fêmea, determina o gênero (um de dois gêneros possíveis: masculino ou feminino) e leva a uma forma de desejo (especificamente, o desejo dirigido ao sexo/gênero oposto) (LOURO, 2004, p. 38).

Louro (1997), aponta que a sociedade estabelece regras para seus membros, na tentativa de definir seus comportamentos, ou seja, suas roupas, modos de ser e se relacionar, como se

portar, entre outros. São assim, expectativas esperadas que homens e mulheres cumpram conforme seus papéis de gênero. Desse modo, esse pensamento reducionista ainda permeia os espaços sociais e pode ser um ponto de tensão que reproduz violências contra quem não responde a essas expectativas, principalmente porque esses padrões não levam em consideração as complexidades presentes na sexualidade.

Gênero é um conceito que transcende a divisão entre masculino e feminino. Conforme destacam Gonçalves e Peres Gonçalves (2021), o gênero é uma construção social e cultural, que envolve papéis, comportamentos, expressões e identidades atribuídos às pessoas com base em expectativas de feminilidade ou masculinidade. Dessa forma, o gênero é algo que é aprendido e moldado pela sociedade e pode variar de acordo com as diferentes culturas e contextos sociais.

Historicamente, as mulheres são as que mais sofrem com esses padrões patriarcais, e é a partir dos movimentos feministas que elas começam a dialogar e questionar esse sistema. Após os primeiros passos dos movimentos feministas, as mulheres negras surgem denunciando que ao se falar de mulheres também era preciso considerar que elas não são uma categoria única e que possuem especificidades (CARNEIRO, 2003). Após as mulheres negras falarem sobre a questão da raça, as mulheres lésbicas começam também a falar sobre suas necessidades e diversidade (LOURO, 1997).

O conceito de identidade de gênero, refere-se a maneira a qual uma pessoa vivencia e se identifica ao seu gênero, independentemente de corresponder ou não a seu sexo biológico. Como aponta Louro (2000), as pessoas podem se identificar ou não com seu sexo biológico. A identidade é percebida pela própria pessoa, podendo ser masculino ou feminino (cisgênero), ou uma combinação de ambos (transgêneros), dessa forma é uma parte essencial na auto identificação de uma pessoa pois não está interligada as normas de gênero estabelecidas socialmente. Como ressalta Piscitelli, (2009. p.145) “[...] falar de gênero não podemos restringir-nos a homens e mulheres, a masculino e feminino. É necessário incluir todas essas categorias de pessoas”.

Já o conceito de orientação sexual diz respeito à atração romântica, sexual e afetiva que uma pessoa tem por outras pessoas. Segundo Gonçalves e Peres Gonçalves (2021) a orientação sexual é uma dimensão da identidade humana relacionada à atração e ao desejo sexual, podendo ser classificada em heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, assexualidade, entre outras.

De acordo com Piscitelli (2009, p 145), os indivíduos transgênero são aqueles cujo sexo ao nascer é caracterizado como masculino ou feminino, porém sua identificação identitária quanto psicológica, não corresponde a seu gênero biológico.

A identidade de gênero, por sua vez, está relacionada à forma como uma pessoa se identifica e se sente em relação ao seu gênero atribuído ao nascer. Segundo Nemi Neto (2015), a identidade de gênero pode ser fluida e não necessariamente corresponder ao sexo biológico de uma pessoa. Pessoas transgênero, por exemplo, podem se identificar com um gênero diferente do que lhes foi atribuído ao nascer

Assim, encontramos outro conceito relevante do atual levantamento, identidade de gênero, entendido pelas possibilidades dos seres humanos de reconhecerem a si como pertinentes, ou não, de determinado gênero ou de possuírem características femininas ou masculinas, sem que deixem de pertencer ao que se constitui por homem ou mulher (GONÇALVES; GONÇALVES, 2021, p. 2).

Já a orientação sexual, diz respeito à atração afetiva, romântica e/ou sexual que uma pessoa sente por outras pessoas. Ela não está necessariamente relacionada ao gênero das pessoas envolvidas. Segundo Gonçalves e Peres Gonçalves (2021), a orientação sexual pode ser heterossexual, homossexual, bissexual, entre outras.

Essas questões têm grande relevância no âmbito educacional. Irineu e Maia (2018) ressaltam a importância de abordar a diversidade de gênero e orientação sexual nas escolas, contribuindo para a construção de uma sociedade mais inclusiva e livre de preconceitos. A escola desempenha um papel fundamental na promoção de uma educação que valorize a diversidade e respeite as diferenças individuais.

Para garantir a igualdade de direitos para a população LGBTI, o Ministério Público do Estado do Ceará (2017) destaca a importância da conscientização e da implementação de políticas públicas que assegurem a proteção dos direitos dessa população. O reconhecimento da identidade de gênero e o respeito à orientação sexual são fundamentais para assegurar o bem-estar e a dignidade de todas as pessoas.

No que diz respeito aos aspectos legais, a alteração de registro civil de nascimento por travestis e transexuais é uma demanda importante. Conforme destacado pela Clínica Jurídica LGBTQIA+¹ da Universidade Federal Fluminense (2021), a mudança de nome e gênero no registro civil é um direito fundamental dessas pessoas, garantindo o reconhecimento jurídico de sua identidade de gênero.

¹ A sigla LGBTQIA+ designa pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, queer, intersexo, assexual e as demais que não se identificam com essas denominações nem se alinham aos padrões estabelecidos pela heteronormatividade e/ou cisnormatividade. Tal sigla é utilizada no Guia de Inclusão e Diversidade LGBTQIA+ do Senado Federal (disponível em <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/598613>).

A diferenciação entre identidade de gênero e orientação sexual é fundamental para compreender as complexidades das experiências individuais e sociais relacionadas à diversidade de gênero e sexualidade. Gonçalves e Peres Gonçalves (2021) destacam que a identidade de gênero se refere à percepção interna e profunda de uma pessoa sobre seu próprio gênero, que pode ou não coincidir com o sexo atribuído ao nascimento. Essa concepção vai além das categorias tradicionais de masculino e feminino, abrangendo uma variedade de identidades de gênero, como não-binário, agênero, bigênero, entre outras.

Nesse contexto, Nemi Neto (2015) aborda as questões de identidade(s) de gênero(s) e orientação sexual, enfatizando a abordagem da Pedagogia Queer. A autora destaca que a Pedagogia *Queer* propõe uma desconstrução das normas sociais relacionadas ao gênero e à sexualidade, buscando criar espaços educacionais mais inclusivos e respeitosos com as diversas identidades e expressões de gênero, assim como aborda Irineu e Maia:

Incentivar o caráter vital da diferença nas instituições que estamos envolvidos para além do pressuposto da tolerância possibilita romper com os mecanismos de interdições e normatizações restritivas, vigilantes, colonizadoras e higienizadas, forjando condições para um direito democrático da sexualidade e da livre expressão de gênero (IRINEU; MAIA, 2018, p. 44).

A orientação sexual, por outro lado, refere-se ao padrão de atração emocional, romântica e/ou sexual de uma pessoa em relação ao gênero de outras pessoas. O Ministério Público do Estado do Ceará (2017) destaca a importância de garantir a igualdade de direitos para pessoas LGBTI, abordando conceitos e legislação relacionados. A orientação sexual engloba diversas categorias, incluindo, mas não se limitando a, heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, pansexualidade e assexualidade.

No âmbito educacional, Irineu e Maia (2018) exploram as cenas, contextos e indicadores educacionais da região do Tocantins, destacando a necessidade de promover ambientes escolares inclusivos que respeitem a diversidade de gênero e orientação sexual. A obra ressalta a importância de reconhecer as múltiplas identidades presentes nas escolas e implementar práticas pedagógicas que valorizem a diversidade.

Um aspecto específico da vivência de pessoas transgênero é abordado por Colen, Brum e Silva (2021), que tratam da alteração de registro civil de nascimento por travestis e transexuais. O trabalho destaca a importância do reconhecimento legal da identidade de gênero autodeclarada e o papel das clínicas jurídicas LGBTQIA+ nesse processo.

Essas referências evidenciam a necessidade de compreender e respeitar as distintas dimensões da identidade de gênero e orientação sexual, reconhecendo a diversidade de

experiências e lutando pela promoção de direitos iguais para todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero.

Dessa forma como cita Gonçalves e Gonçalves:

Ou seja, nós formamos e nos identificamos por quem somos ao longo de nosso desenvolvimento, levando em consideração que nos identificamos com determinado gênero, nos constituímos por nossas identidades de gênero e nos relacionamos em questões afetivas através de nossas sexualidades (GONÇALVES; GONÇALVES, 2021, p. 2).

Resta evidente que indivíduos que fogem das normas de gênero ou que têm orientações sexuais diversas frequentemente enfrentam desafios significativos. A discriminação, seja institucional, social ou individual, persiste em muitas comunidades, impactando negativamente a saúde mental e bem-estar desses grupos. A promoção da igualdade e a conscientização são passos essenciais para combater essas formas de discriminação.

Em contrapartida, é alentador observar os avanços legais e sociais na promoção dos direitos LGBTQIA+. Leis que reconhecem e protegem a diversidade de identidades de gênero e orientações sexuais têm sido implementadas em muitos lugares. Contudo, é vital garantir que tais leis sejam efetivamente aplicadas e que a conscientização da população acompanhe essas mudanças.

A educação desempenha um papel crucial na desconstrução de preconceitos e estereótipos relacionados a gênero e orientação sexual. Introduzir currículos inclusivos e programas de sensibilização nas escolas e nas universidades é um passo significativo para criar uma sociedade mais informada e respeitosa em prol da diversidade humana. Por fim, ressaltamos a importância de continuar a pesquisa e o diálogo sobre gênero, identidade e orientação sexual. À medida que a sociedade evolui, novas questões e desafios emergirão, exigindo uma abordagem dinâmica e informada. A pesquisa contínua nesse campo é crucial para desenvolver políticas e práticas mais eficazes e inclusivas.

A temática "Gênero, Identidade e Orientação Sexual" não apenas reflete a diversidade humana, mas também desafia normas e expectativas antiquadas. Ao abraçarmos a complexidade desses temas, podemos contribuir para uma sociedade mais justa, igualitária e respeitosa da autenticidade de cada indivíduo, independentemente de sua identidade de gênero ou orientação sexual.

2.2 A heterossexualidade como norma social

Como descrito no item anterior, a heterossexualidade é compreendida como uma “norma social”, o qual é imposto e reforçado socialmente que a atração sexual só deve ocorrer com pessoas do sexo oposto. A sociedade capitalista, a qual dita, estabelece e determina os papéis de gênero e, sobretudo quais tipos de relações os indivíduos devem seguir para se “encaixar” no meio social, impõe heterossexualidade ao indivíduo independentemente de sua real orientação sexual. Dessa forma, compreender que toda e qualquer relação que “fuja” desse padrão estabelecido é tratado com indiferença, violência e preconceito é fundamental para que estudos aprofundados ocorram e, assim se alcance o respeito e a igualdade social independente da raça, etnia, sexualidade, classe e gênero.

Segundo Vieira e Costa (2016) ao definir norma social, é estabelecido orientações ao modo como as relações entre os indivíduos devem ser elaboradas e desenvolvidas na sociedade, de modo possível para a reprodução da ordem social. Na mesma linha de raciocínio, Ferreira (2023), destaca que uma norma não é determinada pelo acaso, uma vez que, “a norma requer um exercício refinado de criação, articulação, composição e repetição, o acaso se traduz na imprevisibilidade do acontecimento” (FERREIRA, 2023, p. 8).

Ao refletir sobre normas pré-estabelecidas, Sousa (2018) evidencia que desde pequenos, somos criados em padrões hegemônicos da cisheterossexualidade,

Ainda em casa [...], temos a decoração de nossos quartos instituídas em valores binários do menino e da menina, pressupondo que o menino gostará de “coisas de menino”, e assim, quando um pouco mais velho, o pai o levará para a escolinha de futebol, o ensinará valores restritamente masculinos, como sobre conquistar uma menina e saber a diferença entre uma “mulher para a diversão” e uma “mulher para se casar e constituir família”. Nesse patamar, meninos se vestem de azul, assistem desenhos como Dragon Ball Z, e jogam vídeo game, predominando jogos da FIFA. Por outro lado, as meninas têm seus quartos delicados, tingidos de rosa, floridos, com tons de sensibilidade. Tudo muito diferente do que se constitui como masculino. Não é à toa que desde criança estamos mais que acostumados a ouvir a expressão “sexo oposto”. As meninas não jogam vídeo game e nem se matriculam em escolinhas de futebol – quando os fazem são julgadas por fugir aos padrões cis-heteronormativos. Para elas, a constituição de valores predestinados pela sociedade intitula que o balé, as bonecas e os brinquedos que as familiarizam com o espaço familiar e o lar são coisas de menina. (SOUSA, 2018, p. 2)

Diante disso, é possível perceber essa imposição em espaços importantes, a ex-ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos em um evento realizado em 2019, afirma que “menina usa rosa e menino usa azul” e que no governo do ex-presidente Bolsonaro seria uma “nova era”. As declarações da ex-Ministra, tem um peso enorme, uma vez que ocupava um cargo em que a supremacia dos direitos humanos deveria prevalecer e, por também refletir de forma

extremamente negativa, aumentando assim, o preconceito e a violência na vida dos meninos afeminados que usam tênis rosa, da menina trans que não consegue ir na escola, das mulheres que apanham em casa de seus maridos etc.

De acordo com Ferreira (2022, p. 8),

Na nossa sociedade, construiu-se um imaginário social elaborado unicamente na (re) produção da relação afetivo-sexual entre um homem e uma mulher. No entanto, quando sujeitos fogem à regra imposta, instrumentos de violência e controle são acionados para fazer voltar à normalidade sedimentada. (FERREIRA, 2022, p.8)

É notório que a discussão sobre a heterossexualidade vem ganhando espaço dentro e fora da academia, diante disso, os autores Berlant; Warner (1998) definem a categoria como um conjunto de “instituições, estruturas de compreensão e orientações práticas que fazem a heterossexualidade ser vista não apenas como coerente – ou seja, organizada como uma sexualidade – mas também privilegiada” (Ibidem, p.548).

Levando em questão a discussão sobre lesbianidade, Rich (1993), orienta que ao se referir a existência lésbica, não se deve referir ao lesbianismo, pois esse termo é limitado e de caráter clínico, ainda, discute que a heteronormatividade compulsória é vista como um mecanismo político patriarcal e conservador, o qual retira o direito das mulheres lésbicas as impondo-lhes em relacionamentos heterossexuais e a maternidade compulsória, pelo simples fato de pertencerem ao gênero feminino. Ressalto que em concordância com a autora, acredito que as mulheres independentemente de sua sexualidade, experiências afetivas ou sexuais, possam se unir em conjunto de modo a exprimir a recusa ao patriarcado em ato de rejeição, sendo não submissas a uma dependência masculina de forma compulsória e heterormativa.

“Uma lésbica não é uma mulher” (WITTIG, 1891) questiona o modo de como o sexo social foi construído e como as mulheres são subjugadas dentro de um sistema universal que as definem "mulher". Para Wittig, as lésbicas não se alinham com a definição de "mulher" como é normalmente entendida, pois fogem do controle e da apropriação masculina. Uma vez que essa definição está intimamente relacionada ao sistema heteronormativo e à opressão de gênero. Nesse contexto, as lésbicas desafiam esse sistema ao não aceitarem os papéis designados às mulheres na lógica patriarcal.

As lésbicas, ao serem vistas como "não-mulheres", acabam sendo invisibilizadas tanto no campo da ciência quanto no da política. Desse modo essa exclusão as afasta do exercício pleno de exercer sua cidadania e direitos, acentuando a marginalização de suas experiências. Diante disto, propõe-se a lesbianização do corpo e do pensamento como uma estratégia de resistência e uma ferramenta de análise crítica. Esse procedimento torna visível de que modo

as estruturas de gênero, em suas diversas vertentes, se interconectam e se replicam na construção de identidades, gerando oportunidades para desafiar e desconstruir os mecanismos de opressão.

A lesbianização do pensamento não se limita à sexualidade; ela expressa uma recusa à normalização de narrativas como "somos todas mulheres", que, embora pareçam promover inclusão, podem ocultar as particularidades das vivências lésbicas, as quais também são agravadas pelas interseccionalidades dos determinantes e condicionantes sociais. Essa abordagem ressalta a diversidade e o potencial transformador da lesbianidade, confrontando as normas sociais e políticas que perpetuam desigualdades. Paralelamente, busca um novo espaço de cidadania e visibilidade para as lésbicas, tanto no discurso quanto nas práticas cotidianas.

É crucial destacar que os anseios e as relações sexuais que não se alinham ao padrão heterossexual rompem com os discursos e práticas sociais enraizados no patriarcado. A desconstrução da cisheteronormatividade é essencial para reconhecer e validar a diversidade das identidades de gênero e orientações sexuais, fomentando uma sociedade mais inclusiva e equitativa. A lesbianização, portanto, não é apenas um instrumento de análise, mas também um ato político que visa transformar as estruturas que perpetuam a exclusão e a invisibilidade.

2.3 Movimento lésbico brasileiro, visibilidade, lutas sociais e direitos

É preciso dar visibilidade a história das lutas sociais por direitos, perpassando pelo apagamento que historicamente as mulheres que amorosamente se relacionavam com outras mulheres sofreram e ainda sofrem:

A história da lesbianidade é uma história clandestina, ignorada e marcada por invisibilidades, contradições e discordâncias entre historiadoras que assumiram a tarefa de recuperar seus fragmentos. Conta-se com insuficiente disponibilidade de fontes de documentação que confirmem as relações amorosas e sexuais entre mulheres [...]. (SOARES; COSTA, 2011, p. 26).

Este tópico abordará brevemente a perspectiva histórica do movimento lésbico brasileiro entre as décadas de 1960 a 1980, onde as questões de gênero e sexualidade embora vistas como marginalizadas, passaram a se tornar mais visíveis. É possível apontar que o movimento lésbico se estabelece no Brasil através do movimento feminista, o qual impulsiona e dá visibilidade as mulheres lésbicas no movimento (LGBT), buscando alcançar mudanças sociais, políticas e culturais.

De acordo com Pinto (2010), ao longo da história sempre houve mulheres que se rebelaram contra as condições em que eram colocadas, neste sentido, lutavam principalmente

por liberdade e igualdade. A primeira onda do feminismo teve uma grande relevância na luta por direitos, este aconteceu nas últimas décadas do século XIX, quando as mulheres, organizaram-se para lutar por seus direitos, sendo que o primeiro deles, o direito ao voto, conseguindo alcançar em 1918 no Reino Unido.

Ao evidenciar o surgimento do movimento feminista no Brasil, tem-se este relacionado a luta pelo fim da Ditadura, que resultou na organização política do movimento brasileiro de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Segundo Facchini (2009), o movimento homossexual, como era chamado na época, tem seu surgimento registrado no final dos anos 1970, colocando em pauta o reconhecimento da comunidade LGBTQIA+ em plena ditadura militar.

O desabrochar de um movimento homossexual no Brasil se deu no final da década de 1970, com o surgimento de grupos voltados explicitamente à militância política, formados por pessoas que se identificavam como homossexuais (usando diferentes termos para tanto) e buscavam promover e difundir novas formas de representação da homossexualidade, contrapostas às conotações de sem-vergonhice, pecado, doença e degeneração. Considerando tais características – de aglutinar pessoas dispostas a declarar sua homossexualidade em público e que se apresentavam como parte de uma minoria oprimida em busca de alianças políticas para reverter essa situação de preconceito e discriminação –, podemos dizer que o movimento político em defesa da homossexualidade no Brasil já completou trinta anos. O marco consagrado nessa historiografia particular é a formação do grupo Somos, em São Paulo, em 1978, na mesma época em que era lançado o *Lampião*, jornal em formato tablóide que se voltava para um enfoque acentuadamente social e político da homossexualidade, assim como de outros temas políticos afins e até então considerados “minoritários”, como o feminismo e o movimento negro (SIMÕES; FACCHINI, 2009, p.13).

A segunda onda do feminismo introduz novas pautas ao movimento, como a sexualidade, os direitos reprodutivos, a autonomia sobre o corpo, entre outros. Dentre as pensadoras mais influentes, destaca-se a filósofa e ativista francesa Simone de Beauvoir (1908-1986), cuja obra “O Segundo Sexo” (1949) se torna um fundamento essencial para esta fase do feminismo.

Beauvoir em “O Segundo Sexo” (1949) fez considerações sobre a submissão da mulher e o poderio masculino; a autora, explica as origens do patriarcado e rejeita que a mulher e homem sejam definidos apenas pelo sexo, apresentando uma perspectiva que, posteriormente, é incorporada aos estudos feministas a partir do conceito de gênero.

Para Falquet (2009), ao fim da década de 1960 o movimento lésbico surge vinculado ao “movimento homossexual”, a partir das críticas formuladas pela segunda onda do feminismo, o patriarcado assume um papel central na compreensão da dominação e opressão dos homens sobre as mulheres.

Em períodos mais recentes, os movimentos feministas foram responsáveis por avanços significativos nas discussões teóricas sobre gênero e sexualidade, incluindo a perspectiva de

rompimento com a heterossexualidade como norma. Exemplo disso é a corrente teórica do feminismo de segunda onda, com atuação ativa entre 1960 e 1980, cujos principais expoentes incluem pensadoras lésbicas. O movimento feminista de segunda onda delineou suas discussões no sentido de compreender a origem da opressão feminina, a qual estaria relacionada diretamente à capacidade reprodutiva da mulher e à exploração dessa capacidade pelo patriarcado (LEMOS, 2015).

O patriarcado sempre desempenhou um papel significativo na opressão e repressão de mulheres lésbicas, de acordo com Pereira (2018), o estupro - uma antiga ferramenta do machismo, e que na contemporaneidade ainda se recebe denúncias sobre esse tipo de violência -, passou a ser utilizado de maneira "corretiva", baseado na ideia de que a mulher lésbica tinha uma sexualidade imatura, e que precisava do homem para se tornar uma "verdadeira" mulher.

Diante desse tipo de violência, além de ser cruel, expõe uma relação de poder arbitrária que nega a autonomia e o reconhecimento dos desejos e liberdades das mulheres. Como uma expressão da dominação masculina, essa violência não apenas prejudica as mulheres, mas também afeta toda a humanidade, comprometendo valores essenciais como dignidade, igualdade, liberdade e justiça.

Ao longo da luta dentro do movimento feminista, as mulheres lésbicas perceberam que as opressões que recaiam sobre as mulheres cisheterossexuais eram diferenciadas daquelas dirigidas a elas. Enquanto o movimento feminista lutava contra a dominação e a submissão, as mulheres lésbicas somado a isto, tinham que lutar contra a patologização e o ódio no seu cotidiano. Pereira (2018, 347), destaca que

Mesmo sofrendo fenômenos semelhantes que tem as mesmas matrizes de subalternização - a dominação masculina, o patriarcado, a heteronormatividade e a cisgeneridade - que se expressam de maneira específica para cada segmento, a afirmação das identidades LGBT no Movimento Feminista sempre se mostrou carregada de tensões, resistências e, por que não, discriminações internas. As lésbicas sofreram muitas resistências entre a primeira e a segunda ondas do feminismo para demarcarem suas orientações sexuais "diferenciadas" e a necessidade de discutir direitos sexuais e reprodutivos, afetos e a heteronormatividade dominante na cultura. As lésbicas inauguraram um pensamento que subverteu uma agenda central nas denúncias feministas: a violência doméstica da união heterossexual. (PEREIRA, 2018, p. 347)

Na contemporaneidade é possível perceber que a secundarização da pauta lésbica dentro do Movimento Feminista gerou ainda mais desigualdade. Observa-se, estas lutando pelo reconhecimento da diversidade de orientação sexual, além da visibilidade, conquistando assim, o Dia Nacional da Visibilidade Lésbica, celebrado em 29 de agosto.

Diante disso, pode-se ressaltar a dificuldade de os órgãos responsáveis por políticas públicas para as mulheres reconhecer e adotar iniciativas voltadas para a cidadania de lésbicas e bissexuais. A maioria das políticas sociais concentrando-se predominantemente no combate à violência doméstica sob uma perspectiva heteropatriarcal. Além disso, questões específicas como saúde ginecológica, direito ao casamento, reprodução, adoção e maternidade para lésbicas e bissexuais são frequentemente tratadas de forma subordinada.

A Constituição Federal de 1988, é um importante instrumento de reconhecimento dos direitos fundamentais para a população, mas no que tange a pauta da diversidade sexual e nos direitos voltados as mulheres lésbicas, é possível perceber uma grande lacuna, pois não existe de fato políticas públicas e sociais voltadas para estas mulheres.

3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER (PNAISM): O ATENDIMENTO ÀS MULHERES LÉSBICAS EM QUESTÃO

O presente item busca destacar que apesar dos avanços em instituir uma Política Nacional de Saúde Integral LGBT, ainda existem lacunas que impedem que a política atenda todos de forma equânime. E, mesmo com elaborações posteriores de documentos que apontam a necessidade de um olhar mais atento para os particulares das mulheres lésbicas, assistimos mais uma vez o Brasil avançando no papel e deixando de materializar na prática.

3.1 Sistema Único de Saúde: garantias e desafios às Lesbianas

Com a elaboração da Constituição Federal de 1988, houve avanços significativos de direitos fundamentais presentes no Art. 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS) baseado na Constituição Federal de 1988, tem o intuito de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, consolidando assim uma conquista resultante de debates e lutas democráticas. Partindo das diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e rompendo com o controle social, esse sistema pressupõe oferecer saúde pública e de qualidade a população sem distinção ou preconceitos. (BRASIL, 2001).

Durante muito tempo o acesso a saúde no Brasil era tratado como um benefício restrito, atrelado a previdência social, pois estava ligada diretamente ao trabalho, desse modo, quem a acessava tinha um emprego formal com carteira assinada e conseguia pagar pelo atendimento médico, enquanto os demais ficavam a margem do sistema. A década de 1980, foi de suma importância para os avanços incorporados na Constituição Federal de 1988, foi um período de intensa mobilização social, com destaque para os movimentos de reforma sanitária, onde a luta era para que a saúde fosse reconhecida como um direito de todos. Esses esforços obtiveram resultados na C. F. (1988), que estabeleceu a saúde uma questão política como um direito universal e de dever do Estado, a ligando diretamente à construção de uma sociedade mais justa e democrática (BRAVO, 2009)

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e

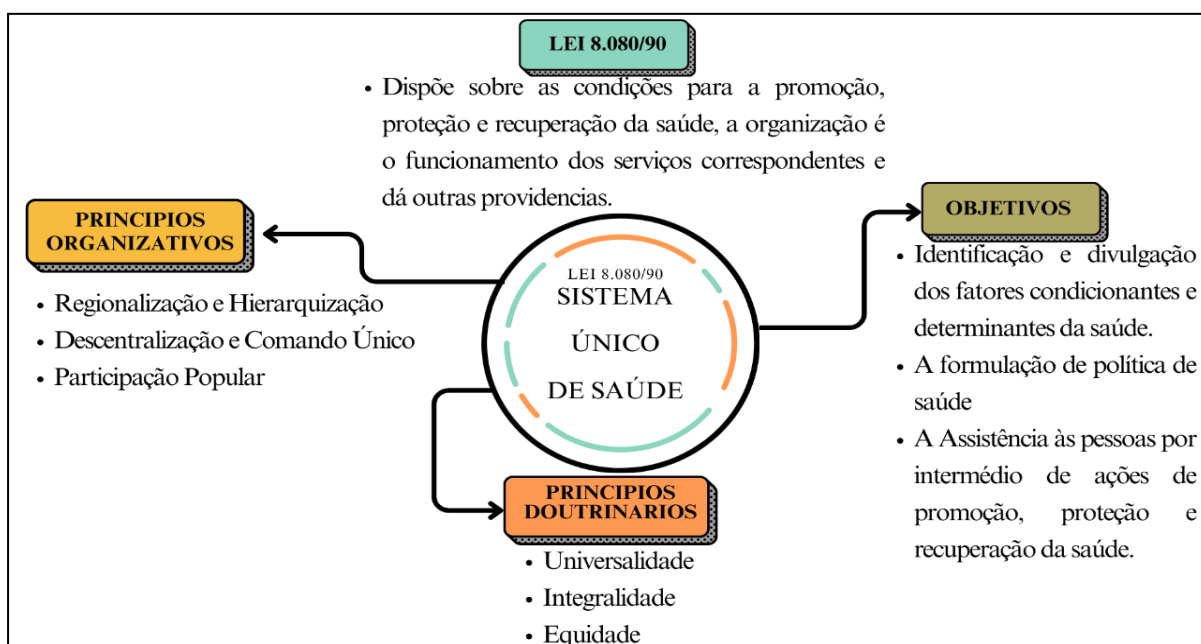
coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009, p. 9).

Ainda da mesma autora, entende-se que atualmente a política de saúde não é mais a mesma de tempos atrás, de acordo com Bravo (2009), o Estado assume a responsabilidade com a saúde dos trabalhadores durante o período industrial, em conjunto com o surgimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. No entanto, no Brasil, a atuação estatal nessa área só ocorreu de forma mais efetiva a partir da década de 1930, sendo que até então, a assistência médica era baseada principalmente na filantropia e no exercício liberal da medicina.

Com base na definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que compreende a “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”. Nessa perspectiva, a Lei 8.080/90, entende que a saúde tem “[...] como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), os elementos da imagem abaixo formam a base do SUS, garantindo um sistema público de saúde universal, gratuito e de qualidade:

Figura 1: Mapa Mental Lei 8.080/90



Fonte: Autora, 2025.

A partir da Constituição de 1988, a saúde passa a ser concebida como um direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros e como um dever do Estado. O SUS surge então em 1990, com o objetivo de garantir acesso gratuito e universal a todos. Tendo como princípios fundamentais: a universalidade, a descentralização, a regionalização, a territorialização, a equidade, o acolhimento e a humanização (BRASIL, 1990). O acolhimento e humanização, buscam sensibilizar os trabalhadores da saúde a atenderem da melhor forma a todos, garantindo seus direitos básicos. Mas é o princípio da humanização que traz mais claro os direitos dos grupos oprimidos, das pessoas com orientações sexuais diferentes da norma (BRASIL, 1990).

Ao longo do século XX, o Estado assume a assistência à saúde dos trabalhadores nos países industrializados, desde o início da industrialização até o desenvolvimento de políticas de saúde mais amplas. Ao assumir, o Estado não se limitava apenas a garantir o bem-estar físico dos trabalhadores, mas também estava intrinsicamente ligada à manutenção da ordem social e econômica.

Durante o intenso processo de industrialização do Brasil ocorreu um significativo movimento migratório em direção aos emergentes polos industriais. Esse fenômeno trouxe consigo diversos impactos, incluindo o crescimento desordenado das cidades, onde um número cada vez maior de pessoas passou a viver em áreas limitadas e carentes de infraestrutura. Isso resultou em condições de vidas precárias para grande parte da população. Diante a esse contexto de grandes mudanças que a saúde emerge, como uma “questão social²”.

Diante dos desafios impostos pela consolidação do capitalismo, a saúde surgiu como uma questão de preocupação central. O acelerado crescimento urbano, aliado as condições de vida precárias, favoreceu a disseminação de doenças e agravaram os problemas de saúde pública. Nesse contexto, a saúde passou a ser vista como uma expressão da “questão social”, estando diretamente relacionada às condições econômicas e ao avanço industrial. Essa percepção destacou a necessidade de políticas públicas que abordassem não apenas os aspectos médicos, mas também as desigualdades sociais e os impactos do desenvolvimento econômico sobre o bem-estar da população.

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1999, p.27). Para Santos (2012, p. 133), a “[...] “questão social” é, de um lado considerar a exploração do trabalho pelo capital e, de outro, as lutas sociais protagonizadas pelos trabalhadores organizados em face desta premissa central à produção e reprodução do capitalismo”.

A política de saúde implementada entre 1930 e 1940 foi estruturada em dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária. No âmbito da saúde pública, as principais medidas adotadas, foram:

Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (BRAGA; PAULA, 1986, p. 53-55).

A década de 1960, foi marcada por mudanças significativas, marcado pela instauração da ditadura militar, que consolidou um modelo de desenvolvimento econômico, social e político para a sociedade brasileira. De acordo com Bravo (2009), no contexto da “questão social” entre 1964 a 1974, o Estado adotou uma estratégia de intervenção baseada no binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial, ampliada, burocratizada e modernizada pela estrutura estatal, com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, amenizar tensões sociais e garantir legitimidade ao regime autoritário, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2009, p. 08).

Com o avanço das lutas pela redemocratização, conforme Mota (2009), foi somente a partir dos anos 1980 que a sociedade brasileira começou a consolidar a institucionalização e constitucionalização em prol do exercício da cidadania, de formas de democracia, da constitucionalização de novos direitos sócias, trabalhistas e políticos, num contexto de lutas democráticas contra o regime militar. Na década de 80, o debate sobre políticas públicas ganhou força no Brasil, impulsionado pelo agravamento da pobreza e da miséria.

Para Bravo (2000), a década de 80 também é um momento importante para a saúde, uma vez que há uma grande intensificação nos debates sobre saúde pública no Brasil. O SUS tem sua raiz histórica nas lutas sociais dos anos 1970 e 1980 com o movimento sanitário. Porém, vale ressaltar que a saúde sempre esteve em um jogo de disputa entre dois projetos com

diferentes ideais, o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista, mas em um primeiro momento vencemos, pois, a ideia colocada na Lei 8080/90 é que a saúde é um direito de todos, devendo o Estado assegurar o pleno exercício desta política.

O processo de implantação do SUS é marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública calcada na universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado, quanto às dificuldades para construir modelos assistenciais ancorados na concepção ampliada de saúde, que foi a base do processo de proposição do próprio SUS (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Como fruto das lutas populares e sindicais a área da saúde foi a que mais obteve sucesso no que diz respeito ao fortalecimento dos direitos sociais, fato refletido na Constituição de 1988. Com perfil bastante programático em diversos aspectos, a nova carta constitucional propôs um novo ordenamento ao setor saúde, propiciando um desenho particular em aspectos ético-políticos fundamentais. Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação.

3.2 Entre o Papel e a Prática: A Saúde das Mulheres Lésbicas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2011)

Na música “Flutua” de Johnny Hooker, lançada em 2007, diz: “o que vão dizer de nós? Seus pais, Deus e coisas tais, quando ouvirem rumores do nosso amor? Baby, eu já cansei de me esconder. Entre olhares, sussurros com você”, o trecho revela o medo da comunidade LGBTQIA+ em vivenciar seus afetos em uma sociedade, o qual impõe a heteronormatividade como única forma de se relacionar. O medo é justificado quando se analisa dados de violência que cotidianamente acomete essa comunidade, segundo o Grupo Gay da Bahia (2022), o Brasil lidera o ranking de países que mais matam essa parcela da população.

No âmbito das políticas públicas, ao evidenciar a saúde, tem-se a Lei 8.080 de 1990, que destaca esta como um “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990), além de assegurar o acesso de forma equânime sem distinção de raça/etnia, classe, gênero e orientação sexual. Porém, historicamente mulheres lésbicas denunciam as mais diversas formas de negação de seus direitos. Desde o surgimento do Movimento de Lésbicas feministas em 1979, essa parcela da comunidade denunciam o apagamento das suas existências, as violências e discriminações

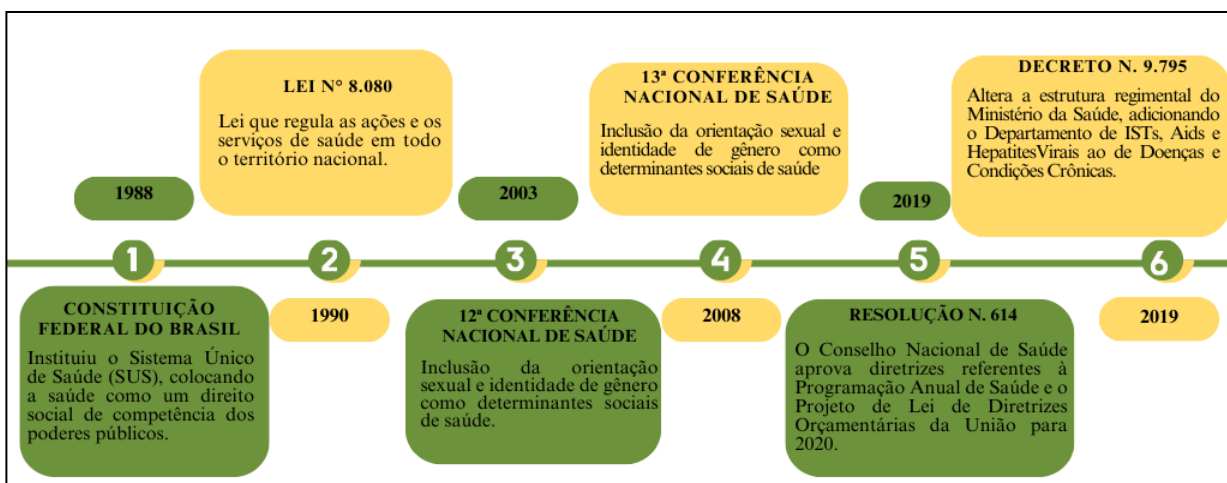
sofridas pelo fato de serem mulheres e “sapatão”, além da ausência de políticas públicas e legislações voltadas a elas.

A luta e a conquista de um espaço político e social voltado exclusivamente às mulheres lésbicas começaram a ganhar visibilidade na esfera pública durante o processo de redemocratização do país. Até então, as pautas dessas mulheres estavam inseridas no contexto mais amplo dos movimentos feminista e homossexual, onde suas demandas frequentemente ocupavam um lugar secundário e invisibilizados.

Ao se discorrer sobre as políticas públicas de saúde voltadas as mulheres lésbicas, é necessário compreender as relações que permearam a construção dessas políticas e identificar os desafios que ainda persistem e, que vem causando a não implementação das mesmas. É possível apontar que as primeiras reivindicações do movimento diziam respeito à invisibilidade das lésbicas nos espaços de cuidado em saúde, além da falta de preparo dos profissionais durante o atendimento e a evasão dessas mulheres desses serviços. No entanto, é importante reconhecer que o Brasil registrou avanços significativos, pois, a partir dessas denúncias, foram desenvolvidas uma série de políticas públicas e materiais informativos, como cartilhas, direcionados ao cuidado em saúde para essa comunidade.

Nesse sentido, a luta e conquista da Constituição Federal do Brasil em 1988; a 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003; a 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2008a; e a Lei n. 8.080 (1990), além da Resolução N° 614 de 2019 e o Decreto N° 9.795 de 2019, representam avanços importantes na estruturação e consolidação do modelo de saúde pública foram cruciais para a construção das políticas de saúde voltadas as mulheres lésbicas no Brasil.

Figura 2. Linha do tempo dos documentos que estruturam a política de saúde

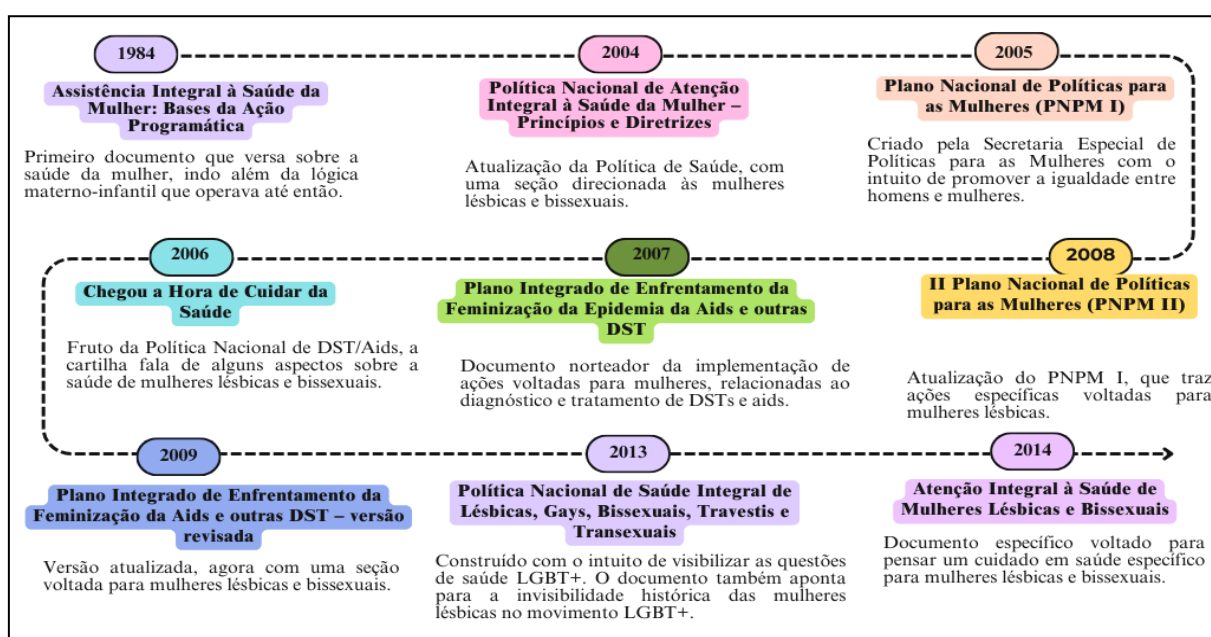


Fonte: Autora, (2025)

Entende-se que a saúde no Brasil como se conhece hoje é fruto de um intenso processo luta, resistência e construção coletiva, nesse sentido, este começa a ser delineado a partir da Constituição Federal de 1988, formando junto a política de Assistência Social e Previdência Social o tripé da seguridade aqui no país. A partir Lei n. 8.080 de 1990 e, logo após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que dá início a materialização dessa política como direito universal. Diante disso, pontua-se a saúde como um direito social de todos, o qual é gerido e assegurado pelo Estado (BRASIL, 1988).

Na tentativa de pontuar os avanços de políticas de saúde voltadas a comunidade LGBTQIA+, especificamente as mulheres lésbicas, é possível destacar a elaboração dos seguintes documentos: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases da Ação Programática” (1984); “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” (2004); “Plano Nacional de Políticas para as Mulheres” (2005); “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde” (2006); “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST” (2007); “II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres” (2008b); “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e Outras DST – Versão Revisada” (2009); “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais” (2012); “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” (2014), estes estão sistematizados na imagem abaixo:

Figura 3. Linha do tempo com os documentos da política de saúde em articulação com questões feministas e LGBT+



Fonte: Autora, 2025

É necessário destacar que as extensas elaborações de documentos são resultados das articulações do movimento lésbico tanto com o movimento feminista quanto com o movimento LGBTQIA+, estratégia utilizada para dar maior visibilidade às pautas que essas mulheres identificavam como prioridade para a sua saúde. Porém, observa-se mais uma vez, o Brasil avançando no papel e deixando de materializar na prática.

Ao voltar-se para o objetivo do presente item, em 2011 é estabelecida a Portaria Nº 2.836, que culminou, em 2013, na criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Essa política surgiu em um cenário de reconhecimento e proteção dos direitos da comunidade LGBTQIA+ no Brasil, alinhando-se aos princípios da Reforma Sanitária e da Constituição Federal de 1988, que reforçam o conceito ampliado de saúde, a qualidade de vida e o bem-estar da população (SENA; SOUTO, 2017). Destaca-se ainda que para além de promover a saúde integral dessa comunidade a política visa eliminar a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades (BRASIL, 2013).

No que se refere a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, entende-se que esta é apoiada por um conjunto de concepções éticas e políticos que identificam as consequências negativas dos processos de discriminação e exclusão no âmbito da saúde. Por isso, suas diretrizes e objetivos foram pensadas e consolidadas para a promoção da equidade em saúde, visando garantir o acesso e a qualidade dos serviços para essa população e, esse compromisso é pontuado nos seus onze (11) objetivos, como indicado na imagem 4 abaixo. Com isso, é possível evidenciar que o Estado reconhece os impactos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT.

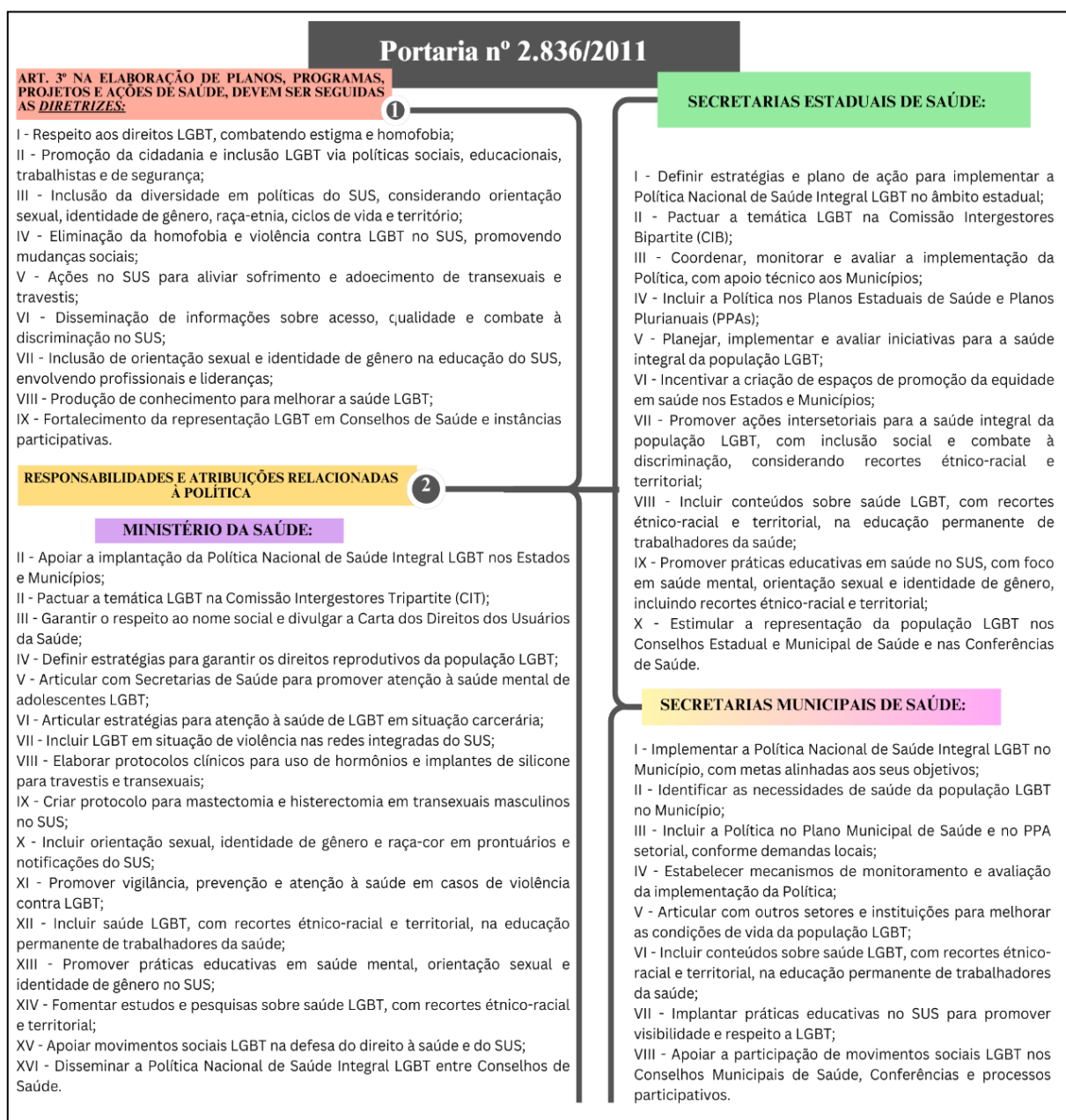
Imagem 4- Objetivos da Portaria Nº 2.836/2011



Fonte: Autora, (2025)

Ao analisar os objetivos descritos na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, destaca-se a preocupação do Estado em promover uma maior equidade no SUS, fazendo com que de fato ocorra a efetivação do que está disposto na Lei 8.080/90 e na Constituição Federal (1988). Por isso, para além dos objetivos, é possível destacar também as diretrizes e as responsabilidades que as esferas Federal, Estadual e Municipal precisam apresentar para assegurar estratégias amplas de gestão no processo de implementação dessa política, deste o acolhimento, até o atendimento a essa população. A imagem 4, frisa as diretrizes e as atribuições de cada esfera do poder público na gestão e materialização desta política.

Imagem 5- Diretrizes e atribuições da Política Nacional de Saúde Integral LGBT



Fonte: Autora, (2025)

Compreende-se que a criação de uma política nacional que visa reduzir as vulnerabilidades da população LGBTQIAPN+ e, além disso, efetivar os princípios norteadores do SUS é de grande importância no campo dos direitos sociais daqueles que tem seus direitos diariamente negados. Apesar dos avanços no papel, ainda se assiste a não efetivação e criação de inúmeros obstáculos que dificultam as ações para se colocar em prática a Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Segundo Avellar; Rodrigues (2023), para a efetivação dessa política é necessário superar os poucos estudos que contribuam para criação de marcadores em saúde, formação de profissionais da saúde de forma deficitária, e a invisibilidade da população LGBTQIAPN+, principalmente da população lésbicas em formulações de estratégias que atendem as suas demandas de forma eficiente.

Dessa forma, ao perceberem que ainda não havia espaço para suas demandas, mulheres lésbicas e bissexuais buscaram estratégias para a criação de políticas que atendessem às suas necessidades. Nesse sentido, em 2013, o Departamento de Apoio à Gestão Participativa elaborou a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social”. O material destacou a importância da participação social das lésbicas e bissexuais na construção de políticas públicas, especialmente na área da saúde, considerando as especificidades dessas mulheres e sensibilizando gestores e profissionais de saúde para um acolhimento adequado e inclusivo.

Diante da discussão, compreende-se a necessidade de efetivação de políticas voltadas a assegurar a perspectiva de integralidade na atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, uma vez que, é necessário reconhecer que a orientação sexual e a identidade de gênero são fatores que aumentam a vulnerabilidade no quesito saúde. Essa compreensão, portanto, é fundamental para que o cuidado em saúde seja adequado às suas reais necessidades, evitando a invisibilidade e a exclusão dessas mulheres dos serviços de saúde devido à falta de atendimento apropriado.

3.3 Particularidades da Atenção Básica no Atendimento às Lésbicas: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Em comum a todos e qualquer cidadão, os direitos humanos incluem a liberdade, igualdade, acesso à educação, saúde, moradia, lazer, dentre tantas outras necessidades sociais, que possibilitem melhores condições de vida aos indivíduos. Porém, nos limites de uma sociedade capitalista, sexista, patriarcal e heteronormativo, os direitos são sempre relativos e limitados, entretanto, ao utilizar as categorias de raça/etnia, classe, gênero e orientação sexual

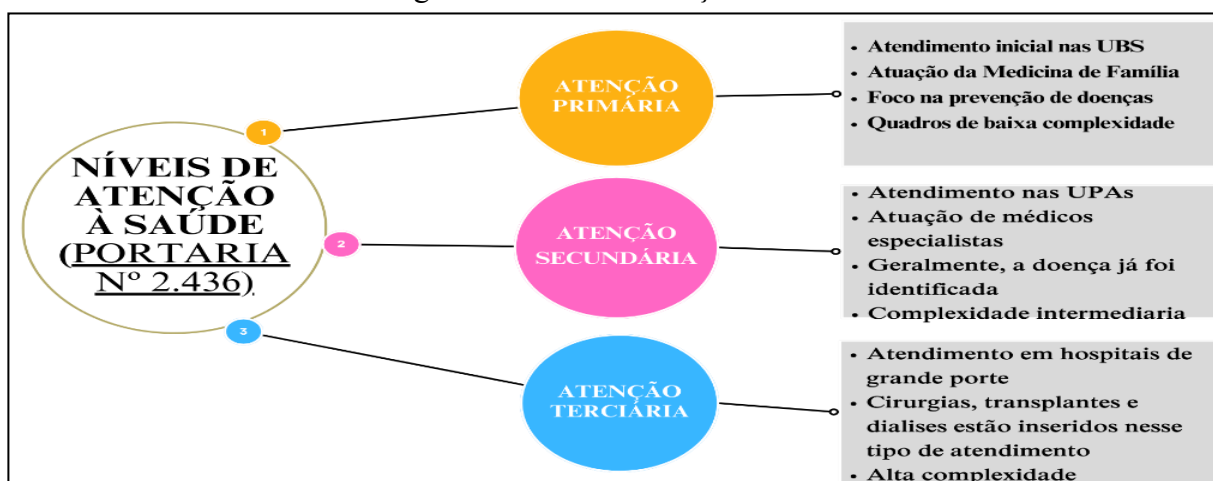
é possível pontuar um número expressivo de pessoas excluídas desses direitos básicos (SILVA; SANTOS, 2024). Nesse sentido, ao evidenciar o acesso das mulheres lésbicas na Atenção Básica de Saúde, temos estas sendo excluídas de um direito que é universal.

A autora Maior et.al (2019), destaca que é nítido que no Brasil existe uma lacuna entre os princípios configurados na Constituição de 1988 e a efetiva concretização dos avanços garantidos legalmente, ou seja, a contradição no que se refere ao “Brasil real” e o “Brasil legal”, visto que, na medida em que se registram avanços em relação à defesa e garantia dos direitos humanos, muitos obstáculos ainda se fazem presentes e acompanham o processo tardio de conquistas legais para a defesa e efetivação desses direitos e, isso é possível observar quando se analisa as políticas destinadas às mulheres lésbicas.

A Política Nacional de Atenção Básica- PNAB (2012), atualmente nomeada como Atenção Primária à Saúde (APS), demonstra a importância dos princípios que garantam um modelo de atendimento humanizado e que priorize a participação ativa da sociedade, pois considera “o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2012, p. 20). Dessa forma, a APS é a porta de entrada do Sistema de Saúde, pois é capaz de atender de forma preventiva as demandas da população. A saúde, é um direito universal, que deve ser garantido de acordo com a Constituição Federal de 1988, de forma inclusiva e respeitando as necessidades cada indivíduo e comunidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS), possui em sua estrutura três níveis de atenção à saúde, como estabelecido pela Portaria de nº2436. De modo que possa garantir um atendimento integral e hierarquizado, atendendo assim às necessidades da população. Na figura, abaixo, pode-se observar um esquema de como está organizado os níveis de atenção à saúde, abrangendo o atendimento desde a prevenção até o tratamento de condições mais complexas.

Figura 6- Níveis de atenção à saúde



Fonte: Autora, 2025

Segundo Schraiber; Mendes-Gonçalves (2000), a Atenção Primária à Saúde (APS), por ser o primeiro ponto de contato dos usuários com o sistema, funciona como a porta obrigatória de entrada para o acesso aos serviços de saúde. No entanto, não se restringe apenas a esse papel, porém em seu nível de atendimento, a APS é capaz de lidar com uma variedade de necessidades que ultrapassam a esfera da intervenção curativa e individual. As quais são as chamadas necessidades básicas de saúde, que incluem tanto aspectos preventivos quanto a promoção da saúde.

Ainda do mesmo autor, as ações programáticas de saúde consistem na utilização da programação como ferramenta para redefinir o processo de trabalho em saúde, partindo da identificação das necessidades sociais de saúde da população que busca atendimento nas unidades básicas (SCHRAIBER, 1990, 1993, 1995, 1996).

Os Programas de Saúde da Família envolvem ações que vão além dos limites físicos das unidades de saúde, priorizando atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, com foco em ações básicas de atenção à saúde voltadas para grupos prioritários.

Na atenção Primária à Saúde, pode se observar que as ações voltadas as mulheres referem-se aos aspectos reprodutivos. Tendo em vista, que essas ações priorizam um modelo de mulher adulta, heterossexual e mãe, inviabilizando aquelas que não se enquadram nesse perfil, como as mulheres lésbicas (LOURO, 2009; MELLO, 2014).

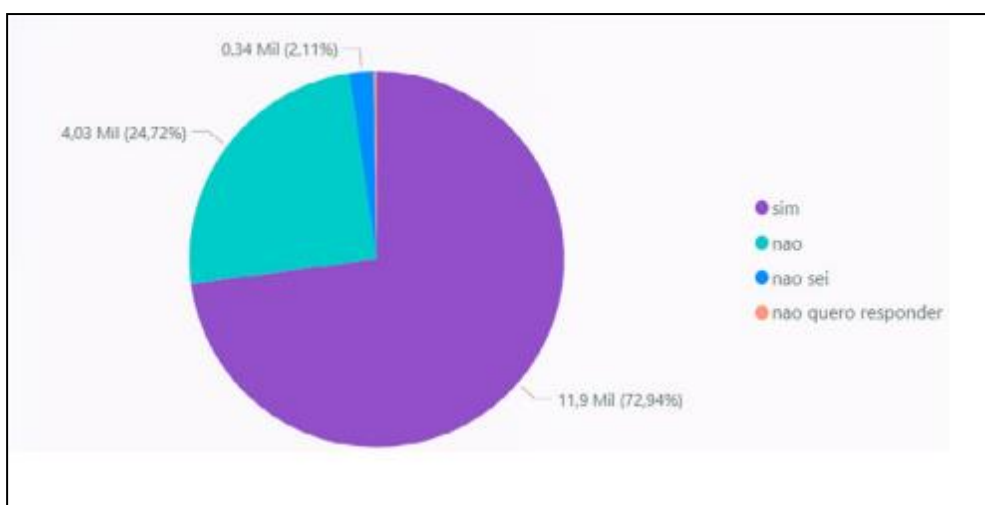
Na década de 1980, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), traz ações direcionadas à reprodução e à contracepção. Nesse contexto, as demandas do movimento feminista, nas questões relacionadas a sexualidade passaram a ser incorporadas na pauta política do movimento, embora tenham sido incluídas nas estratégias de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), essas ações voltadas as mulheres continuam focadas na saúde reprodutiva, desvalorizando a saúde sexual. (BRASIL, 1984).

Dessa forma, em desacordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, que preza a equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 1988), comparada Atenção à Saúde de mulheres heterossexuais, a Atenção a Saúde de mulheres lésbicas ocorre precariamente, e de forma “excludente”, reforçando as desigualdades no atendimento daquelas que não se encaixam no padrão heteronormativo e reprodutivo. Para que haja melhoria o investimento do atendimento deve ocorrer no primeiro nível da APS, tendo em vista que é porta para o primeiro contato das usuárias com o SUS, além de ser onde são oferecidas ações de promoção, prevenção e tratamento.

De acordo com o I LesboCenso Nacional (TAGLIAMENTO et al., 2022), realizado pela Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) e pela Associação Lésbica Feminista de Brasília – Coturno

de Vênus, a pesquisa revelou que a maioria das mulheres sapatão/lésbicas (67.10%) utiliza a rede privada de saúde, enquanto (31.49%) acessam pela rede pública. Além disso, (72.94%) das participantes relataram medo/receio/constrangimento em falar sobre a sua sexualidade/orientação afetivo-sexual ou falar que é sapatão/lésbica durante atendimentos de saúde.

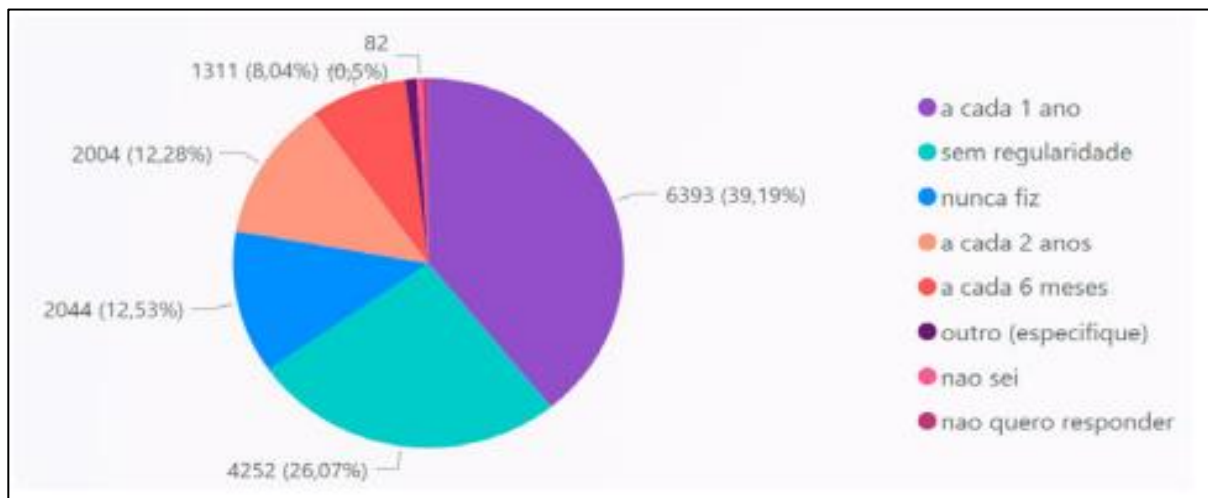
Figura 7- Medo/receio/constrangimento de falar sobre sua sexualidade/orientação afetivo-sexual ou falar que é sapatão/lésbica em algum atendimento de saúde.



Fonte: I LesboCenso, 2022

No que diz respeito à frequência com que realizavam exames ginecológicos, (26.06%) das entrevistadas os realizavam sem regularidade, enquanto (12.54%) nunca realizaram esse tipo de exame e (12.28%) o faziam a cada dois anos. Essa realidade está ligada ao relato de (24.98%) das participantes, que relataram ter vivenciado situações de discriminação ou de violência durante atendimentos ginecológicos devido a sua orientação sexual. Dessa forma, esses dados destacam não apenas os obstáculos ao acesso de serviços ginecológicos, mas, também a existência de práticas discriminatórias que prejudicam a busca por cuidados preventivos e comprometem a construção de um vínculo de confiança entre as usuárias e os profissionais de saúde.

Figura 8- Frequência de realização de exame ginecológico.



Fonte: I LesboCenso, 2022

Apesar das políticas voltadas para o enfrentamento da violência contra a população LGBTQIA+, inclusive em âmbito nacional (BRASIL, 2013), as Nações Unidas registram violações e abusos contra essa comunidade em todas as regiões do mundo. As violações variam entre agressões físicas brutais, violência sexual, homicídios, incitação ao ódio, criminalização, detenções e prisões arbitrárias, além abusos nas dependências de instituições prisionais e em ambientes médicos, estigmatização generalizada, assédio, intimidação e discriminação no trabalho, em casa, na educação, saúde, habitação e no acesso a serviços públicos.

Segundo Cerqueira; Calvetti; Rocha (2010), em um estudo sobre a percepção da comunidade lgbt do sistema único de saúde, aponta que as mulheres lésbicas apresentam-se como um grupo que sofre a heteronormatividade de dupla maneira nos atendimentos nos sus, por serem mulher e homossexual. Assim, nas práticas preventivas ainda existe muito a lógica sexual do uso do pênis como única forma de relação sexual, o que não faz sentido para as mulheres lésbicas e atrapalham as prevenções e acolhimentos. Portanto, a dificuldade de acesso à saúde de mulheres lésbicas ocorre principalmente pela falta de informação dos profissionais que atuam no sus, pois, estes acabam reproduzindo preconceitos em sua atuação.

Nesse sentido, Rich (1993), aponta que a negação da realidade e da visibilidade da paixão de mulheres por outras mulheres, determinada pela heteronormatividade deixa inúmeras mulheres aprisionadas psicologicamente. Essas mulheres presas “no armário” sofrem e muitas vezes assumem vidas duplas marcadas pela opressão da “heteronormatividade”, sem poder se auto definir de modo livre e poderosamente assumido. E quando conseguem fazer isso, ainda sofrem violências em vários lugares, inclusive na saúde.

Nesse sentido, entende-se que é urgente a discussão acerca de saúde e lesbianidade neste espaço, ou seja, uma formação continuada para os profissionais da saúde, pois se entende que há uma quebra de direitos, considerando a Constituição do Brasil, a Lei nº 8.080 de 1990, que regulamenta as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e os parâmetros e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, de 2004. (BRASIL, 2004)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão acerca do acesso de mulheres lésbicas a Política Nacional de Saúde, apontam que ao falarem sua orientação sexual, enfrentam barreiras significativas na atenção básica. Essas barreiras são marcadas pela heteronormatividade, que privilegia relações heterossexuais e desconsidera as vivências das mulheres lésbicas, gerando um ambiente excludente e invisibilizado.

A Política Nacional de Atenção Básica- PNAB (2017), atualmente nomeada como Atenção Primária à Saúde (APS), demonstra a importância dos princípios que garantam um modelo de atendimento humanizado e que priorize a participação ativa da sociedade, pois considera “o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral” (BRASIL, 2012, p. 20). Dessa forma, a APS é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, pois é capaz de atender de forma preventiva as demandas da população. A saúde, é um direito universal, que deve ser garantido de acordo com a Constituição Federal de 1988, de forma inclusiva e respeitando as necessidades cada indivíduo e comunidade.

No entanto, na prática, a própria política acaba em desacordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, que preza pela equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 1988), haja vista que comparando Atenção à Saúde prestada para mulheres heterossexuais, a Atenção a Saúde fornecida às mulheres lésbicas está última ocorre precariamente, e de forma “excludente”, reforçando as desigualdades no atendimento daquelas que não se encaixam no padrão heteronormativo e reprodutivo.

Segundo Cerqueira; Calvetti; Rocha (2010), em um estudo sobre a percepção da comunidade LGBT do sistema único de saúde, aponta que as mulheres lésbicas apresentam-se como um grupo que sofre a heteronormatividade de dupla maneira nos atendimentos nos SUS, por serem mulher e ter orientação homossexual. Assim, nas práticas preventivas ainda existe muito a lógica sexual falocêntrico como única forma de relação sexual, o que pode não fazer sentido para algumas mulheres lésbicas e atrapalham as prevenções e acolhimentos no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

Portanto, a dificuldade de acesso à saúde de mulheres lésbicas ocorre principalmente pela falta de informação dos profissionais (lesbofobia institucional) que atuam no SUS, pois, estes acabam reproduzindo preconceitos em sua atuação.

Para que houvesse melhoria da realidade, deve-se investir na Atenção Primária, pois é a porta de acesso das usuárias com o Sistema Único de Saúde, é nesse espaço que a promoção,

prevenção e tratamento devem ser fortalecidos, a modo que o atendimento a essas mulheres as acolha independente de sua orientação sexual.

REFERÊNCIAS

- BAILEY, C. F. P. **O desejo lesbiano no conto de escritoras brasileiras contemporâneas**. Revista Mulheres e Literatura, vol. 8, 2004.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo sexo** – fatos e mitos; tradução de Sérgio Milliet. 4 ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1980 [1949].
- BERLANT, L.; WARNER, M. Sex in public. **Critical Inquiry**, v. 24, n. 2, p. 547-566, 1998.
- BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; set 20.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasil, 2014.
- BRASIL. Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>>.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade**. Tradução de Renato Aguiar. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
- CARAVACA-M., J.; PADILHA, M. A realidade transexual desde a perspectiva histórica e cisheteronormativa. *História da Enfermagem: Revista Eletrônica*. 6(2):310-318, 2015.
- CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. *Estudos avançados*, v. 17, p. 117-133, 2003.
- CERQUEIRA-S., E.; CALVETTI, P. U.; ROCHA, K. B. Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde. *Interamerican Journal of Psychology*, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 235-245, ago. 2010
- COLEN, K. de S.; BRUM, P. H. da S.; SILVA, J. P. S. S. **Alteração de Registro Civil de nascimento por Travestis e Transexuais** / Clínica Jurídica LGBTQIA+. Universidade Federal Fluminense. - 1. ed. – Niterói : UFF, 2021. 16p.
- DE SOUSA, V. P. Desconstruindo a cis-heterossexualidade: uma perspectiva de colonial. **ARTEFACTUM-Revista de estudos em Linguagens e Tecnologia**, v. 16, n. 1, 2018.
- FERREIRA, Y. F. et al. **Violências no discurso: heterossexualidade e cisgeneridade como norma sexual e de gênero**. 2022.

GONÇALVES, M. C.; GONÇALVES, J. P. Gênero, identidade de gênero e orientação sexual: Conceitos e determinações de um contexto social. **Revista Ciências Humanas**, v. 14, n. 1, 2021.

HOOKS, b. **O feminismo é para todo mundo**: políticas arrebatadoras. 1º ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2018.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**; trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IRINEU, B. A.; MAIA, M. F. G. (Org.). **Gênero e Diversidade na Escola**: cenas, contextos e indicadores educacionais da região do Tocantins. 01. ed. Palmas: EdUFT, 2018. v. 500. 279p.

LOURO, G. L. (2000). Pedagogias da sexualidade. In: Louro, G. L. (Org.). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. (p.7-45) Belo Horizonte: Autêntica.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista/ Guacira Lopes Louro - Petrópolis, RJ Vozes, 1997.

LOURO, G. L. Heteronormatividade e homofobia. In: JUNQUEIRA, R. D. (org.). Diversidade sexual na educação. Brasília: MEC, Unesco, 2009.

LOURO, G. L. **Um Corpo Estranho**: Ensaio sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte, MG: A Autêntica. 2004

MAIOR, N. M. S. S. et al. **Direitos Humanos E Serviço Social: Demandas E Desafios Contemporâneos**. Temporalis, [S. l.], v. 18, n. 36, p. 127–138, 2019. DOI: 10.22422/temporalis.2018v18n36p127-138. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/21159>.

MELLO, A. P. L. Panorama da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais no país: apresentação de dados existentes e indicadores da saúde. In: **Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014**.

NEMI NETO, J. Questões de identidade (s) de gênero (s) e orientação sexual: uma abordagem através da Pedagogia Queer. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 1, n. 168, p. 27-34, 2015.

PEREIRA, C. F. Conexões entre os movimentos Feminista e LGBT no Brasil. **Caderno Espaço Feminino. Uberlândia**, v. 31, n. 1, 2018.

PINTO, C. R. J. Feminismo, história e poder. Rev. **Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun. 2010.

PISCITELLI, A. Gênero: a história de um conceito In: ALMEIDA, HB de; SZWAKO, J. E.(Orgs.). **Diferenças, Igualdade-Coleção Sociedade em Foco**. São Paulo, Berlendis e Vertecchia Editores, 2009.

PONTES, Reinaldo Nobre. Mediação e Serviço Social. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

RICH, A.. 1981, La contrainte à l'hétérosexualité et l'existence lesbienne, Nouvelles Questions Féministes, Ed. Tierce, mars , n1, p.15-43

SANTOS, J. S. (2012). *Questão Social: Particularidades no Brasil*. São Paulo: Cortez.

SCHRAIBER LB, NEMES. MIB, M.-GONÇALVES. R. B, organizadores. **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec; 2000.

SCHRAIBER, L. (org) **Programação em Saúde hoje**. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo Rio de Janeiro, 1990, 226 p.

SCHRAIBER, L. B. Epidemiologia em Serviços: uma tecnologia de que tipo? In: MS.FNS. CENEPI. Informe Epidemiológico do SUS, ano 2, no. 3, mai/jun de 1993, p. 5-32
SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e Planejamento nas práticas de Saúde. Saúde em Debate, no. 47, CEBES, junho de 1995, p. 28-35

SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B. e GONÇALVES, R. B. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. HUCITEC, São Paulo, 1996, 286 p.

SCOTT, J. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. Educação e Realidade. 20 (2), p.71-99, 1995.

SILVA, K. G.; SANTOS, R. Questão étnico- racial e direitos sociais. **Anais do V SINESPP-Simpósio Internacional, Estado, Sociedade e Políticas Públicas**, 2024, Brasil, 2024.

SIMÕES, J.; FACCHINI, R. **Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

SOARES, G. S.; COSTA, J. C. Movimento lésbico e movimento feminista no Brasil: recuperando encontros e desencontros. **Labrys, études féministes/estudos feministas**, v. 2, p. 1-64, jan-jun. 2012.

TAGLIAMENTO, G., BRUNETTO, D., & ALMEIDA, R. M. (2022). **I LesboCenso Nacional: Mapeamento de Vivências Lésbicas no Brasil**. Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) e Associação Lésbica Feminista de Brasília – Coturno de Vênus.

WITTIG, M. O pensamento hétero. **Ensaio**, 1980.