



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
DEPARTAMENTO DE DIREITO PÚBLICO
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIAS

MICHAEL AUGUSTO SOUZA DE LIMA

**(IN)VISIBILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO LÉSBICA E DIREITO À SAÚDE:
PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL COMO ELEMENTO GARANTIDOR DA
DIGNIDADE HUMANA**

JOÃO PESSOA

2019

MICHAEL AUGUSTO SOUZA DE LIMA

**(IN)VISIBILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO LÉSBICA DIREITO À SAÚDE:
PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL COMO ELEMENTO GARANTIDOR DA
DIGNIDADE HUMANA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito, do Centro de Ciências Jurídicas (Unidade Sede), da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Jailton Macena de Araújo

JOÃO PESSOA

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L732i Lima, Michael Augusto Souza de.

(In)Visibilização da População Lésbica e Direito à
Saúde: Promoção da Saúde Sexual como Elemento
Garantidor da Dignidade Humana / Michael Augusto Souza
de Lima. - João Pessoa, 2019.

73 f.

Orientação: Jailton Macena de Araújo.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Lésbicas. 2. Atendimento em Saúde. 3. Dignidade da
Pessoa Humana. I. Araújo, Jailton Macena de. II. Título.

UFPB/CCJ

MICHAEL AUGUSTO SOUZA DE LIMA

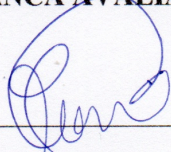
**(IN)VISIBILIZAÇÃO DA POPULAÇÃO LÉSBICA E DIREITO À SAÚDE:
PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL COMO ELEMENTO GARANTIDOR DA
DIGNIDADE HUMANA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito de João Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial da obtenção do grau de Bacharel em Direito.

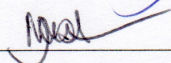
Orientador: Prof. Dr. Jailton Macena de Araújo

Data da Aprovação 20/09/2019

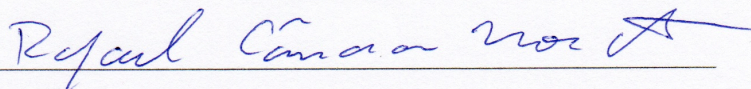
BANCA AVALIADORA



Prof. Dr. Jailton Macena de Araújo
Orientador e Presidente da Banca Avaliadora



Prof.ª Esp. Narice Flaviana de Souza Alves Barbosa Braz
Avaliadora



Prof. Me. Rafael Câmara Norat
Avaliador

*“Dedico este trabalho a todas e todos estudantes de origem pobre,
como eu, que com muito esforço conseguiram entrar em uma
universidade e puderam concluir um curso considerado por alguns
como ‘exclusivo para gente rica’.”*

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela vida e a coragem, e ao Universo pela oportunidade que me foi dada para viver e evoluir com os meus erros e acertos e assim tentar me tornar um ser melhor.

Agradeço a minha mãe, ROSANGELA SOUZA, pelo estímulo, pelo suporte, por ser meu porto seguro, que mesmo em meio a tantas dificuldades ao longo da vida sempre fez o melhor para criar sozinha a mim e a meus irmãos. Sou eternamente grato por tudo e o que eu puder fazer para tornar sua vida melhor, eu farei, sempre.

Agradeço a CLÓVIS PEREIRA (Nuno), por ter entrado na minha vida em 2009 e desde então ter se tornado essencial e único. Durante esses anos já passamos por tantas coisas, e você sempre esteve ao meu lado, nos momentos bons e ruins. Agradeço pelo carinho, pela paciência, pela cumplicidade, pela ternura, pelo apoio, por tornar meus dias mais felizes e minha vida mais completa.

Agradeço ao professor JAILTON MACENA DE ARAÚJO, um grande orientador, por ter acreditado e confiado no meu trabalho. Obrigado pela paciência, por todo o tempo que dedicou em me ajudar na busca por materiais, por ter lido e relido todos os meus textos diversas vezes, por sempre ter respondido todas as minhas dúvidas, por ter me guiado e proporcionado a chance de analisar um tema sob outra perspectiva, e com isso permitido que eu alcançasse novos conhecimentos.

Agradeço imensamente ao ex-presidente LULA e a ex-presidenta DILMA ROUSSEFF, democraticamente eleitos, pela oportunidade concedida a mim e a outros tantos, por meio de políticas sociais inclusivas, de podermos ser os primeiros de nossas famílias a adentrar os portões da universidade. Vocês fizeram toda diferença na minha e na vida de milhares de pessoas pelo país.

A todos meus amigos da graduação em Direito, por fazerem parte dessa jornada. Especialmente KAROLINA KARLA, ISABELA DE ARAÚJO, JOÃO VITOR, JOSÉ DOS ANJOS, NADJA COSTA, RUBÊNIA CRISTINA, TÚLIO CABRAL, VICTOR LANDIN e VINÍCIUS CAVALCANTE. Vocês tornaram essa caminhada mais leve.

A todos os mestres que tive até aqui, especialmente meus professores de Direito que doaram um pouco de seus conhecimentos para que eu pudesse hoje dar meus primeiros passos rumo a atuação profissional.

A Petit, Kiko, Bidú, Mag, Odin e Loki, meus amores de quatro patas, por tornarem minha vida mais feliz e me fazerem conhecer o lado mais puro do amor.

RESUMO

O presente trabalho avalia como a promoção da saúde sexual, materializada nos atendimentos em saúde sexual, prestados no Sistema Único de Saúde por profissionais de saúde, para as mulheres lésbicas, afeta a garantia da dignidade da pessoa humana e do direito fundamental a saúde desta população. Assim, parte-se do seguinte questionamento: Como o atendimento nos serviços de saúde às pacientes lésbicas impacta na garantia da dignidade da pessoa humana e do direito fundamental a saúde desta população? Para tanto utiliza-se a vertente jurídico-sociológica, visto ser uma abordagem que propõe a compreensão do fenômeno jurídico no ambiente social de forma mais ampla. Quanto aos métodos de procedimento, utiliza-se dos métodos monográfico para evidenciar como as formas de atendimento, advindas de profissionais de saúde, podem afetar o direito social fundamental à saúde da população lésbica, bem como à garantia da dignidade pessoa humana para estas mulheres; histórico, pois se realiza uma análise histórica da representação da figura da mulher lésbica no Ocidente ao longo do tempo, com o intuito de se buscar compreender a conduta que alguns profissionais de saúde mantêm condutas consideradas inadequadas na prestação do atendimento em saúde para população lésbica; e comparativo, visto que se realiza uma comparação entre aquilo que dispõe a Constituição Federal, em relação ao direito social fundamental à saúde para mulheres lésbicas. Como técnicas de pesquisa, são utilizadas a pesquisa documental indireta com fontes primárias, bem como a pesquisa bibliográfica. Como principais resultados, destaca-se, no que diz respeito ao regime jurídico-constitucional que o direito à saúde passou por um longo processo evolutivo. Sendo inicialmente considerado como uma garantia de “socorros públicos”, passando a ser garantido apenas a uma parcela da população, como os trabalhadores e as mulheres grávidas, até chegar ao modelo atual, de direito social fundamental. Embora com a Constituição Federal de 1998 a saúde seja um direito social fundamental, sabe-se que na realidade, este direito é constantemente violado, seja por questões relativas a deficiência de políticas; seja por insuficiência de investimentos do Estado. Quanto à existência de políticas públicas e campanhas do Estado voltadas para o cumprimento do direito à saúde da população lésbica, considera-se que as atuais políticas públicas de saúde e suas ferramentas (campanhas, materiais informativos, treinamentos, e etc.) são insuficientes, de baixa abrangência e em alguns casos não chegam a concretizar o que originalmente era pretendido pelo Estado.

Palavras-chave: Lésbicas. Atendimento em Saúde. Dignidade da Pessoa Humana.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CFL – Coletivo de Feministas Lésbicas

CIS – Cisgênero

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IST – Infecção Sexual Transmissível

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais

LGBTQ+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer e mais

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A SEXUALIDADE ENTRE MULHERES	14
2.1 O CONCEITO DE SEXUALIDADE	14
2.2 A SEXUALIDADE ENTRE MULHERES NO OCIDENTE.....	19
2.3. A INVISIBILIDADE SOCIAL DAS MULHERES LÉSBICAS	23
3 A SAÚDE SEXUAL PARA MULHERES LÉSBICAS	26
3.1 A INVISIBILIDADE SOCIAL DAS MULHERES LÉSBICAS NO CAMPO DA SAÚDE	26
3.2 ESPECIFICIDADES E DEMANDAS EM SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES LÉSBICAS.....	31
3.3 OS ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA MULHERES LÉSBICAS	34
3.4 AS VIOLAÇÕES DO DIREITO À SAÚDE	37
4 A SAÚDE SEXUAL COMO UM DIREITO HUMANO E COMO GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....	41
4.1 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA	41
4.2 O DIREITO À SAÚDE SEXUAL E A GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA PARA POPULAÇÃO DE MULHERES LÉSBICAS	47
4.3 DIREITO À SAÚDE SEXUAL NA PRÁTICA: MEDIDAS DO ESTADO NA BUSCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E O COMBATE À DISCRIMINAÇÃO E AO PRECONCEITO NO ATENDIMENTO DE MULHERES LÉSBICAS.....	54
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	64

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho terá como objetivo geral avaliar como a promoção da saúde sexual, materializada nos atendimentos prestados no Sistema Único de Saúde¹, poderia afetar a garantia da dignidade da pessoa humana e do direito fundamental a saúde para a população lésbica brasileira.

Para tanto, buscar-se-á analisar brevemente o regime jurídico-constitucional do direito fundamental à saúde e sua relação com a promoção da saúde sexual da população de mulheres lésbicas, propondo uma discussão sobre a existência de políticas governamentais nacionais de saúde acerca da promoção da saúde sexual de mulheres lésbicas voltadas para os profissionais de saúde, tomando como base o que dispõe a Constituição Federal acerca da saúde enquanto direito social fundamental, bem como discutir sobre os impactos causados pela qualidade do atendimento prestado por profissionais de saúde para com as pacientes lésbicas para a garantia da dignidade da pessoa humana nesta população.

Tomar-se-á como ponto de partida a compressão de que a ausência de atendimento adequado em saúde por parte de profissionais de saúde voltados para as práticas sexuais entre mulheres, associada, muitas vezes, a atitudes discriminatórias e ao despreparo e falta de conhecimento dos profissionais no atendimento de suas demandas, seriam um retrato da violação do direito constitucional à saúde para essas mulheres, que é materializada dentro dos serviços de saúde, especialmente, mas não exclusivamente, aqueles oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se de uma realidade preocupante, visto que é esperado que os profissionais de saúde tenham em seus currículos conteúdos a respeito do enfrentamento do preconceito relacionado à orientação sexual e à identidade de gênero. Contudo, diferentes estudos têm indicado que os serviços de saúde seriam um dos principais contextos de ocorrência de discriminação para a população de mulheres lésbicas.

Situações como a indiferença, diante da revelação da orientação sexual das pacientes, pode representar um despreparo por parte dos profissionais, que optam por negar as práticas

¹ A escolha por delimitar as análises aos atendimentos prestados pelo Sistema Único de Saúde foi em decorrência do SUS ser a materialização de uma política pública de saúde do Estado, sendo de direito de todos os brasileiros, e por isso, conseqüentemente, sendo o sistema de saúde mais utilizado pela população, especialmente pelos menos favorecidos economicamente, e assim, onde poderiam vir a ocorrer o maior número de casos de violação de direitos à população de mulheres lésbicas.

sexuais destas mulheres, ao invés de prestarem orientações adequadas à promoção da saúde sexual, podendo assim, fazer valer o direito destas mulheres à saúde.

Diante deste quadro, nos últimos anos, têm-se observado uma forte pressão exercida por grupos formados por ativistas lésbicas com o intuito de promover a elaboração de políticas públicas consistentes de saúde, por parte dos governantes, que possam contemplar suas demandas e assegurar o direito ao atendimento adequado nos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, até o ano de 2018, o Ministério da Saúde brasileiro mantinha uma promessa de enfoque em saúde destinado a realizar uma mudança social e assistencial, cujas estratégias em saúde incluíam a ação contra a discriminação e o preconceito contra a população LGBTQ+.

Uma das estratégias que merecem destaque, corresponde a elaboração, no ano de 2011, da Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, focada em legitimar às necessidades e especificidades da população LGBTQ+.

Também merece destaque a campanha elaborada pelo Ministério da Saúde no ano de 2015, intitulada “Cuidar bem da saúde de todas. Faz bem para a Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil”. Esta campanha foi constituída por materiais de apoio voltadas para profissionais de saúde com o intuito de promover orientações acerca das demandas e necessidades das mulheres lésbicas, com enfoque na promoção da saúde sexual.

Contudo, é importante destacar que, embora perceba-se um interesse do Estado em promover e tentar garantir o direito constitucional à saúde para a população lésbica, verifica-se que apesar da existência da referida política, ou de campanhas educativas, o que é possível constatar, mediante relatos de ativistas e das próprias usuárias dos serviços de saúde, é que ainda existem dificuldades no tocante à efetividade daquilo que o Estado propõe para promoção da saúde sexual das mulheres lésbicas.

Logo, alguns estudos evidenciam queixas sobre a ocorrência de atendimentos discriminatórios por parte dos profissionais, bem como condutas inadequadas, situações de constrangimentos, insinuações preconceituosas ou ofensas verbais vivenciadas dentro dos serviços de saúde e direcionadas à população de mulheres lésbicas.

Assim, infere-se a existência de questões específicas relacionadas a forma como as mulheres lésbicas são tratadas nos serviços de saúde e que estão mais relacionadas a fatores de ordem individual. Entre tais elementos destacam-se as crenças negativas dos profissionais de saúde acerca do sexo entre mulheres, sendo estas muitas vezes relacionadas a dogmas

religiosos, e as atitudes que norteiam comportamentos desfavoráveis dos profissionais e que vão de encontro a garantia do direito constitucional à saúde e à igualdade formal e material, preconizadas pela Constituição Federal e que, quando violados, podem ferir à dignidade da pessoa humana.

Diante do exposto, justifica-se a escolha do tema em decorrência da relevância social do mesmo, e por se considerar que este estudo possa vir a promover o favorecimento de avanços na área das Ciências Jurídicas, por meio de reflexões no tocante a efetivação de direitos de grupos minoritários, grupos esses que, diante da atual conjuntura política nacional, necessitam, cada vez mais, terem seus direitos e garantias evidenciados diante das possíveis violações que possam surgir.

Parte-se do seguinte questionamento: Como o atendimento nos serviços de saúde às pacientes lésbicas impacta na garantia da dignidade da pessoa humana e do direito fundamental a saúde desta população?

Para responder a este problema de pesquisa será utilizada a vertente jurídico-sociológica, visto ser uma abordagem que propõe a compreensão do fenômeno jurídico no ambiente social de forma mais ampla, relacionando elementos jurídicos, no caso do presente estudo, a Constituição Federal a fenômenos sociais, ou seja, a forma como mulheres lésbicas são atendidas nos serviços de saúde.

Quanto ao método de abordagem, será utilizado o hipotético-dedutivo, partindo-se da compreensão maior de que o exercício mais amplo do direito à saúde, pelas mulheres lésbicas, compõe parte importante do aspecto de sua própria sexualidade, o que é componente da própria compreensão de dignidade da pessoa humana. Além disso, considera-se que os agravos sofridos nos atendimentos de saúde correspondem a empecilhos à efetivação do direito social fundamental à saúde para esta população, o que poderia acarretar em uma situação de violação da dignidade da pessoa humana.

Quanto aos métodos de procedimento, manejar-se-ão os métodos monográfico, pois será evidenciada como as formas de atendimento, advindas de profissionais de saúde, podem afetar o direito social fundamental à saúde da população lésbica, bem como à garantia da dignidade pessoa humana para estas mulheres; histórico, pois será realizada uma análise histórica da representação da figura da mulher lésbica no Ocidente ao longo do tempo, com o intuito de se buscar compreender a conduta que alguns profissionais de saúde consideradas inadequadas na prestação do atendimento em saúde para população lésbica; e comparativo, visto que se irá

realizar uma comparação entre aquilo que dispõe a Constituição Federal, em relação ao direito social fundamental à saúde para mulheres lésbicas, e como este direito está sendo efetivado na realidade.

Por fim, quanto às técnicas de pesquisa, será utilizada a pesquisa documental indireta, visto que será realizada pesquisa documental e bibliográfica. A pesquisa documental será realizada de fontes primárias, de modo a ser constituída por documentos de campanhas e/ou políticas governamentais voltadas para a promoção da saúde da população de mulheres lésbicas, elaboradas no Brasil pelo Governo Federal. A pesquisa bibliográfica buscará reunir diferentes materiais e fontes sobre o tema estudado.

A pesquisa será realizada em sites disponibilizados na internet, para tanto será utilizado o buscador Google, bem como será realizada a busca diretamente dos sites da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, onde se procurará por campanhas voltadas para profissionais de saúde e/ou usuárias que possuem o intuito de promover a saúde sexual de lésbicas. Para localização dos sites serão utilizadas palavras-chave relacionadas ao tema e elaboradas com auxílio dos descritores em ciências da saúde disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

2 A SEXUALIDADE ENTRE MULHERES

Para se suscitar qualquer discussão acerca da dignidade e saúde das mulheres cis lésbicas², torna-se fundamental a delimitação dos conceitos que envolvem a realidade dessas pessoas. Neste sentido, ao se propor discutir o direito fundamental à saúde para população lésbica, faz-se inicialmente necessário localizar o conceito de sexualidade e como a sexualidade desta população foi percebida ao longo do tempo.

Neste sentido, o presente capítulo se debruça na investigação acerca da sexualidade entre mulheres, no entanto, sem desconsiderar a compreensão de que para se estudar assuntos relacionados à homossexualidade feminina, é preciso que ocorra a superação da limitação da apresentação de meros conceitos, tendo em vista a necessidade de se analisar e refletir sobre como as relações entre mulheres são consideradas, invisibilizadas e compreendidas na sociedade.

Para tanto, este capítulo apresenta, além de breves conceitos, alguns indícios históricos sobre a sexualidade entre mulheres no Ocidente, de modo a tornar possível a verificação de organizações sociais e de traços culturais que podem ter influenciado a percepção social acerca das vivências sexuais entre mulheres, ao longo do tempo.

Por fim, considerando a importância de se discutir a questão da (in)visibilidade social das mulheres lésbicas, situação presente em diferentes momentos da história ocidental e motivo de queixas de grupos contemporâneos, o último tópico do presente capítulo trata brevemente deste fenômeno e suas consequências para a garantia de direitos desta população.

2.1 O CONCEITO DE SEXUALIDADE

Ao longo da história da humanidade, em todas as épocas, questões relacionadas à sexualidade têm sido objeto de discussão e de interesse social, entre sociedades que buscam negar ou reprimir sua existência, ou àquelas que diferentemente vivenciam, expõem ou exploram a sexualidade, de modo que a forma como as diferentes civilizações entendiam e

² O presente trabalho optou por delimitar o objeto de pesquisa estudado, visto que as análises e as discussões realizadas se baseiam no que a literatura aponta sobre as experiências e vivências de mulheres cis (cisgênero) lésbicas nos serviços de saúde, não se estendendo, no momento, a situações vivenciadas por mulheres transexuais lésbicas nos mesmos serviços. Trata-se de uma escolha de pesquisa por se partir do entendimento de que as mulheres cisgênero lésbicas podem vir a sofrer violações de direitos pela influência da lesbofobia e da misoginia, enquanto que mulheres transexuais lésbicas possivelmente sofram violações de direitos por maior influência da transfobia presente na sociedade. Assim, tendo em vista a necessidade de aprofundamento em fenômenos que embora parecidos, não são idênticos, e com o intuito de traçar uma delimitação teórico-metodológica, mas sem com isso tentar quantificar a relevância de se estudar quaisquer das duas populações, optou-se, neste trabalho, por tratar das questões relativas às violações de direitos sofridas por mulheres cisgênero nos serviços de saúde.

lidavam com comportamentos, valores e normas ligados ao sexo não foram unânimes, muito menos uníssonas.

A sexualidade é largamente influenciada pelas normas sociais, porém, como destaca Pontes (2011) esta influência é recíproca, a exemplo do que ocorreu a partir da liberdade sexual e emancipação feminina, que influenciou profundamente as sociedades atuais, principalmente no que diz respeito ao papel da mulher da sociedade.

Desse modo, considera-se a sexualidade como algo relevante na vida dos indivíduos e das sociedades, visto que, segundo Pontes (2011, p. 17), “não existiriam pessoas ao longo de todo o seu percurso de vida, não se tenham confrontado constantemente com a sua sexualidade, que mais não seja pela inevitável vivência do corpo”.

Assim, ao se realizar uma busca pelo conceito de sexualidade é possível identificar uma variação de conceitos, que vão desde aqueles que consideram sexualidade como um conjunto de caracteres especiais, externos ou internos, determinados pelo sexo do indivíduo (FERREIRA, 2014), até conceitos mais abrangentes, como o elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define sexualidade como:

[...] um aspecto central do ser humano ao longo da vida e inclui o sexo, gênero, identidades e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem sempre elas são todas experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (WHO, 2006, p.27).

Relacionados com esta definição de sexualidade, estariam as noções de saúde sexual e reprodutiva e de direitos sexuais. Segundo Pontes (2011), a saúde sexual e reprodutiva deve ser percebida de maneira ampla, envolvendo principalmente a defesa dos direitos sexuais e a vivência plena da sexualidade, não se restringindo às questões relativas à reprodução ou às doenças sexualmente transmissíveis.

No entanto, pode-se dizer que o reconhecimento de que os indivíduos são detentores de direitos sexuais seria algo bem distante do que é vivenciado na prática. Contudo, como bem destaca Pontes (2011) existe todo um percurso histórico que podem estar por trás desta situação, principalmente, no que diz respeito à sexualidade feminina e às diferentes orientações sexuais.

Neste sentido, por ser a sexualidade um conceito surgido no século XIX (NUNES, 1987), este já passou por diversas correntes e perspectivas, até se chegar a sua forma atual. Porém, é preciso destacar que definir univocamente este termo é uma tarefa extremamente

complexa. Visto que, em decorrência da importância que assume no contexto da existência humana, este emerge envolto a um conjunto de dimensões e problemáticas diversas ao longo de toda história humana (PONTES, 2011).

Embora seja possível considerar que os assuntos relativos à sexualidade humana tenham estado, por muito tempo, no centro das preocupações ocidentais, Weeks (2003) salienta que estes eram, em geral, até o século XIX, preocupações da religião e da filosofia moral da época. Desde então, questões relacionadas às vivências da sexualidade humana se tornaram preocupações recorrentes de especialistas das áreas da saúde e reformadores morais, a exemplo da Igreja (WEEKS, 2003).

Entretanto, anterior ao século XIX, merecem destaque as transformações ocorridas e que datam de épocas mais remotas. Desde a Antiguidade, por exemplo, que a sexualidade tem sido objeto de preocupação moral, estando o conceito de vida sexual em constante modificação (PONTES, 2011).

Nos primórdios da civilização, como destaca Engels (1991), as práticas sexuais eram livres entre homens e mulheres, sem a presença da conotação de promiscuidade em tais práticas. Os filhos descendiam da linhagem materna e os grupos familiares formavam os clãs. Com o passar do tempo, foi ocorrendo o acúmulo de bens dentro clãs, o que deu origem, segundo Engels (1991), as primeiras propriedades privadas.

Desse modo, diante da nova organização social, Cano, Ferriani e Gomes (2000) evidenciam que as práticas sexuais passaram a ser consideradas uma atividade exercida por um casal, com a finalidade de gerar herdeiros que viessem a herdar os bens acumulados pelo clã. Foi assim que as uniões passaram a se moldar em um modelo monogâmico e as famílias passaram a se organizar dentro de um sistema patriarcal, com linhagem sanguínea paterna (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000).

A partir do surgimento do sistema patriarcal de organização familiar, os mitos e tabus em torno da sexualidade emergiram na sociedade (RIBEIRO, 2013). Criou-se quase que um consenso social de que às práticas sexuais que não fossem unicamente destinadas a reprodução deveriam ser proibidas, visto serem desviantes. Foi assim, como destaca Gauderer (1994), que os tabus e mitos em torno da masturbação, do sexo anal e da homossexualidade tiveram sua origem, já que foram práticas consideradas inadequadas, sem a finalidade de procriação.

O povo hebreu, por sua vez, é detentor de uma cultura que influenciou diretamente as práticas sexuais ocidentais (COSTA, 1986). Estes mantinham uma forma patriarcal de

casamento e o consideravam algo de origem divina (COSTA, 1986). Por isso, segundo Ribeiro (2013) era exigido que a mulher se mantivesse virgem até o casamento, visto que a castidade era exaltada e aproximava da virgindade sacra.

Percebe-se a influência que a Igreja passou a ter no Estado e conseqüentemente, na vida dos indivíduos, inclusive sobre os assuntos relativos à sexualidade. Segundo Costa (1986), a partir do século XVI a sexualidade passou a ser totalmente moldada tomando como base os valores e normas cristãs, situação decorrente do papel regulador que a Igreja assumia na sociedade. Foi nesta época que as práticas sexuais passaram a ganhar um teor de sublimação, havendo necessidade de controle dos desejos com o intuito de evitar o pecado da carne (LINS, 2012).

As práticas sexuais e os sentimentos amorosos vinculados ao amor unicamente carnal passaram a ser combatidos não apenas pela Igreja e pelo Estado, mas também pela medicina dos séculos XVI e XVII (RIBEIRO, 2013). Segundo Lins (2012), os médicos dessa época buscavam de forma constante a eliminação de vapores e humores do mau, que acreditavam poder estar presentes nos corpos dos indivíduos considerados voluptuosos.

Durante o século XIX a medicina adquire um monopólio crescente sobre os fenômenos corporais, enquanto que as igrejas vão aos poucos se distanciando dessas questões, porém, sem abandoná-las por completo até os dias atuais. A sexualidade passa a ser encarada como uma força potencialmente perigosa para a saúde que, por isso, necessita ser vigiada e controlada (LINS, 2012).

Foi no final do século XIX e início do século XX que Sigmund Freud (1856-1939), considerado o pai da psicanálise, apresentava explicações para comportamentos neuróticos a partir da existência de possíveis conflitos de natureza sexual (LINS, 2012). A partir da sua Teoria do Inconsciente Dinâmico, Freud (1905) fornece outra fonte para uma nova abordagem da sexualidade.

Segundo Louro (2000) a psicanálise em sua forma original buscou estabelecer que aquilo que é processado no inconsciente da mente geralmente contradiz as aparentes certezas da vida consciente dos indivíduos. Fato que trouxe grande repercussão e inquietação no campo científico da época e que, hoje, atua como base para o estudo da mente humana.

Em seus argumentos, Freud (1905) afirma ser possível delimitar, nos sintomas neuróticos, ou por meio da análise dos sonhos e de atos falhos, a indicação de desejos

reprimidos ou recalcados que, por serem considerados inapropriados pelos próprios indivíduos ou pela sociedade como um todo, se mantêm no plano inconsciente (LOURO, 2000).

Foi então, a partir dos argumentos iniciais de Freud, que foi dado início a um verdadeiro campo de incertezas sobre a natureza aparentemente sólida e, até aquele momento, determinista sobre questões de gênero, da necessidade sexual e da identidade, visto que, em seus estudos, Freud (1905) sugere que tais estruturas que foram socialmente delimitadas seriam realizações precárias, modeladas no processo de aquisição e das regras da cultura impostos aos indivíduos (LOURO, 2000).

Assim, segundo Lins (2012) o surgimento da psicanálise foi decisivo para a forma de pensar e viver a sexualidade no mundo ocidental. As ideias de Freud foram bastantes revolucionárias para a época e abriram a possibilidade para a existência de debates que foram sendo atualizados e aperfeiçoados ao longo do tempo, e que perduram até os dias de hoje, o que agregou valores às lutas contra a repressão sexual e aos modelos sociais rígidos até perpetuados na sociedade Ocidental.

Dando seguimento às mudanças trazidas com o século XX, no ano de 1965 entra no mercado mundial um produto que causou uma verdadeira revolução sexual nos indivíduos: a pílula anticoncepcional. Foi a partir desse medicamento que, pela primeira vez, as práticas sexuais passaram a ser dissociadas unicamente da procriação. As mulheres então poderiam se libertar da angústia da maternidade indesejada e com isso reivindicarem o direito de fazer do seu corpo o que quiserem (LINS, 2012).

Considera-se que a pílula não apenas favoreceu às mulheres mas, como bem destaca Lins (2012), deu início para a ruptura da relação direta existente entre práticas sexuais e procriação, bem como abriu caminho para que as expressões de sexualidade homossexuais pudessem ser socialmente consideradas. Logo, a homossexualidade passou a ser percebida também como forte representante para a transformação do paradigma entre o sexo e a procriação, “onde é possível atingir um alto nível de prazer sem a menor possibilidade de procriação” (LINS, 2012, p. 271).

Ao longo do século XX, algumas mudanças sociais, políticas e culturais proporcionaram, ainda de forma incipiente, que grupos considerados minorias sociais fossem ganhando, ainda de forma tímida e com inúmeras ressalvas, espaço social (RODRIGUES, 2011). A exemplo de tais grupos, destacam-se as mulheres e os homossexuais.

Desse modo, tornou-se urgente a necessidade de existência de uma nova política acerca da sexualidade, que inicialmente foi se materializando através de diversos movimentos sociais que se uniram e passaram a lutar diferentes causas: causas feministas; pelas políticas LGBTI+; e de forma contra o conservadorismo histórico. Assim, como destaca Louro (2000), desde então têm se questionado muitas das certezas existentes dentro das tradições sexuais.

Em contrapartida, a produção médico-científica desta época insistiu em supervalorizar a maternidade, visto que acreditavam ser esta a forma de delimitar o papel social da mulher, partindo do pressuposto de que a vida sexual ativa de todas as mulheres é heterossexual ou ligada ao desejo da maternidade (LIMA, 2016). Assim, qualquer forma de vivenciar a sexualidade diversa ao objetivo da maternidade persistiu a ser considerada desviante e socialmente fora do padrão.

Neste contexto, Lima (2016) destaca que:

as práticas sexuais entre mulheres foram cada vez mais silenciadas e moralmente reprimidas, chegando ao quadro das violações de direitos que se impunha a quem não seguisse os papéis de gênero socialmente criados, nem aceitar a heteronormatividade como regra dentro de um processo de normalização compulsória dos corpos (LIMA, 2016, p. 15).

Historicamente a sexualidade feminina vem sendo socialmente controlada, por elementos como o machismo e o patriarcado que estão inseridos em diversas práticas e costumes na sociedade, sendo em alguns casos nem percebidos como manifestações de opressão ao feminino (BARBOSA *et al.* 2015). Logo, é fundamental entender que a busca por uma contextualização histórica torna-se um ponto de partida primordial para a compressão de como é concebida a homossexualidade feminina na atualidade, bem como para facilitar a compreensão de como os direitos desta população estão sendo garantidos e efetivados.

2.2 A SEXUALIDADE ENTRE MULHERES NO OCIDENTE

São raros os vestígios históricos sobre as vivências da sexualidade feminina ao longo do tempo (MATA, 2009). As poucas informações existentes datam inicialmente da Grécia Antiga (4500 a. C. a 146 a. C.), especificamente em Atenas. Segundo Navarro-Swain (2004) práticas sexuais dos gregos desta época não tiveram tanto destaque se comparados aos seus discursos de saber, porém, registros indicam que entre os homens gregos a prática da homossexualidade era encorajada, sendo vivenciada de maneira livre.

Porém, não se sabe de fato se o mesmo era permitido às mulheres. Lins (2013) acredita ser possível que entre as mulheres gregas também tenham existido expressões de homossexualidade feminina, contudo, não teriam sido localizados, até o momento, registros que aprofundem essa questão. Além disso, comparada às práticas homossexuais masculinas da época, as relações entre mulheres parecem ter sido descartadas ou consideradas sem importância histórica.

Em Roma (146 a. C. ao século III) práticas homossexuais masculinas, assim como na Grécia Antiga, também eram comuns, embora tais vivências sexuais tinham o intuito único de obtenção de prazeres físicos (LINS, 2013). No entanto, apenas as vivências entre homens eram permitidas, já que nesta época as manifestações de homossexualidade entre mulheres eram recriminadas, pois o sexo entre mulheres era considerado “monstruoso, ilegal, libertino, anormal e vergonhoso (LINS, 2003, p. 121)”.

Foi em Roma que a medicina começou a demonstrar grande interesse na investigação das práticas sexuais entre mulheres, considerando-as como uma enfermidade que se manifestava a partir da presença de sintomas considerados masculinizantes (LINS, 2013). Assim, como destaca Lins (2013), segundo os médicos romanos da época, o que levaria as mulheres a apresentarem comportamentos homossexuais seria uma condição física específica, onde o clitóris seria mais protuberante nas mulheres que tivessem tendências a manifestar comportamentos masculinos.

Logo, para a medicina romana do ano 146 a. C. ao século III, mulheres que apresentassem clitóris volumosos possuiriam tal característica por terem herdado atributos hormonais masculinos, de modo que o clitóris protuberante, na visão dos médicos romanos da época, seria um pequeno pênis em desenvolvimento (LINS, 2013). Assim, a recomendação médica para conter este tipo de comportamento, considerado anormal e fazer com que as mulheres retornassem aos comportamentos considerados condizentes com o feminino, era para realização de um procedimento chamado de clitoridectomia, ou seja, a retirada cirúrgica do clitóris (LINS, 2013).

Avançando no tempo, chega-se a Antiguidade Tardia (século III ao V), que segundo Navarro-Swain (2004) representou uma época em que qualquer manifestação sexual era considerada pecado, sendo prontamente passível de punição. Segundo a autora, os textos bíblicos comprovam a repressão ocidental surgida com o cristianismo.

Proibições contidas no Antigo Testamento fazem referência à condenação de práticas diversas, inclusive a homossexualidade, chamada de “sodomia”. Logo, teria sido neste cenário que todas às práticas homossexuais passaram a ser consideradas uma perversão e um grande pecado, chegando a serem tomadas como crimes de sodomia, passíveis de condenação até com a execução do acusado (NAVARRO-SWAIN, 2004).

Segundo Del Priore (2004) uma passagem bíblica contida em Levítico deixa claro qual o posicionamento que deve ser tomado pela Igreja, ao considerar abominável “um homem se deitar como outro homem como se fosse mulher” (LEVÍTICO, 20:13). Assim, a estigmatização da sodomia esteve desde o início presente na moral cristã, passando a representar a total rejeição das relações homossexuais, os excessos sexuais e os coitos anal e oral (DEL PRIORE, 2004).

Seguindo a cronologia, chega-se na Idade Média (século V ao XV), época histórica em que as relações entre mulheres permanecem tidas como práticas malignas, de blasfêmia e ligadas ao demônio. Inquisição nasceu na Idade Média, no século XII, como forma de combater quem de algum modo não seguisse os dogmas da Igreja (hereges, bruxas, doentes mentais, homossexuais, etc.) (PINHO, 2018).

No entanto, no século XVI, o Regimento da Inquisição Portuguesa passou a tratar de forma exaustiva apenas as práticas sexuais entre homens, que foram consideradas de sodomia (DEL PRIORE, 2004), estabelecendo-as como práticas criminosas sujeitas ao foro da Inquisição. Porém, o mesmo regimento não emitiu qualquer posicionamento sobre as práticas sexuais entre mulheres, não havendo assim nenhuma penalidade, visto que sua preocupação era voltada para o “modelo ejaculatório” considerado possível entre homens (DEL PRIORE, 2004, p.103).

Sobre o tema, Del Priore (2004, p.105) salienta que:

As relativas impunidades das relações homoeróticas entre mulheres foi característica geral das sociedades europeias na Época Moderna, ao contrário do furor da perseguição que alguns países moveram contra os sodomitas, sobretudo nos séculos XVI e XVII. Deve-se considerar a esse respeito, antes de tudo, que as relações entre mulheres eram menos visíveis do que as relações entre homens, ou ao menos não eram tão rumoradas. Com toda certeza, tais relações não se exprimiram em espaços de sociabilidade próprios, a exemplo do que ocorria entre os homens [...] em várias cidades europeias.

Durante o século XIX, um costume de época merece destaque: trata-se da prática do “Boston Marriage” (Casamento de Boston), que consistia na união de herdeiras solteiras residentes em Boston, que decidiam morar juntas, supostamente sem manterem práticas sexuais e com o intuito de resistir ao casamento tradicional e de conservarem suas heranças longe de

possíveis candidatos interesseiros. Embora esse tipo de união fosse estigmatizada, percebidas como prática homossexual feminina, as informações sobre as mulheres que viveram nessas condições são limitadas e, por isso, impossíveis de afirmar o tipo de relação íntima que realmente mantinham (ROTHBLUM; BREHONY, 1993).

Avançando para o final do século XIX e o início do século XX, destaca-se o surgimento de estudos de natureza psiquiátrica e de medicina legal (LIMA, 2016). A ciência passou a ter o valor de “verdade universal”, instituindo uma categoria nova – o Homossexual. Segundo Pison e Strey (2012) foram os médicos, os filósofos, os moralistas e os pensadores da época, organizados dentro de um movimento que buscou promover a higiene social, que passaram a ter o controle e a regulação da vida das massas urbanas, classificando, definindo e estabelecendo o que era ou não apropriado e saudável.

Nesta época os estudos de Freud sobre a sexualidade feminina consideravam que o comportamento homossexual feminino teria suas raízes na dificuldade de aceitar a ausência de pênis. Segundo Oliveira (2005) para Freud, restava às mulheres três possibilidades para lidar com a inveja do pênis: ou mantinham-se em abstinência sexual; ou optariam por um objeto sexual homossexual, ou superariam esta situação e chegariam à plenitude sexual feminina: o orgasmo vaginal, obtido através da penetração do pênis (OLIVEIRA, 2005).

Ao longo de todo século XX até os dias atuais, a história das mulheres lésbicas parece ter uma relação intrínseca com o movimento feminista, marcado pelo início da participação, de fato, das mulheres, na sociedade. Para Rodrigues (2011) mudanças sociais, políticas e culturais que ocorreram em maior intensidade durante a década de 1980 proporcionaram que grupos considerados fora das normas sociais, como os homossexuais, fossem ganhando, aos poucos, visibilidade na sociedade.

No que diz respeito, especificamente, à figura da mulher lésbica, mesmo diante de algumas conquistas já alcançadas a partir da luta dos movimentos de mulheres lésbicas, percebe-se, principalmente no meio médico, a persistência, até os dias de hoje, da associação da sexualidade feminina às vivências heteronormativas com fins de reprodução e natalidade, omitindo outras formas de sexualidade que podem ser experienciadas por essas mulheres (LIMA, 2016).

Trata-se do resultado de um processo histórico opressor capaz de limitar à liberdade de vivenciar uma sexualidade plena ou invisibilizar quem foge do padrão, como as mulheres que vivenciam relações afetivo-sexuais com outras mulheres (BARBOSA *et al.*, 2014). Neste

sentido, Barbosa e Koyama (2006) e Barbosa e Facchini (2009) consideram que esta situação estaria relacionada ao fato de que as lésbicas carregam consigo um agravante fruto da violação dos direitos da mulher ao longo dos séculos: a invisibilidade social.

A presença de fenômenos sociais como o machismo e o preconceito, com origens em um modelo patriarcal de sociedade, correspondem a grandes agravantes para a repressão e invisibilidade das mulheres lésbicas (PIASON; STREY, 2011). Embora considere-se que tais elementos não afetem apenas o subgrupo das lésbicas, mas sim, toda a categoria de pessoas homossexuais, compreende-se que as relações entre homossexuais masculinos teriam uma maior evidência social, quando comparadas às relações entre mulheres (LIMA, 2016).

2.3. A INVISIBILIDADE SOCIAL DAS MULHERES LÉSBICAS

A homossexualidade feminina foi, ao longo dos tempos e em meio a diferentes culturas, socialmente e moralmente desconsiderada, sendo em diversos momentos proibida e vista como razão para aplicação de punição e violência contra todas aquelas que a praticassem (MOLINA, 2011). Desse modo, percebe-se que as mulheres lésbicas vêm sendo socialmente ocultadas por uma história oficial que, na maioria das vezes, tentou negar ou apagar sua própria existência (OLIVEIRA, 2013).

Muito embora atualmente a homossexualidade venha se tornando progressivamente mais presente na sociedade, ganhando destaque nos seus mais diversos setores, e servindo de tema de diversas discussões e análises, tais mudanças ainda seriam díspares para as mulheres lésbicas, quando comparadas aos homossexuais masculinos (LIMA, 2016).

As disposições heteronormativas, arraigadas na sociedade, poderiam ser consideradas como possíveis causas para manutenção da situação de invisibilidade social das mulheres lésbicas (PRADO; MACHADO, 2008). Assim, mesmo que não se façam explícitas, tais normas atuam dentro das relações sociais e se impõem por meio de um conjunto de disposições e práticas que buscam exercer o controle e regulação do corpo, o que Foucault (1978) denominou de *biopoder*.

O controle social dos corpos possui como base o sistema sexo/gênero e a superestima da heterossexualidade como modelo a ser seguido (TOLEDO, 2010). Esta situação atua, segundo a autora, como agente no processo social de invisibilidade das mulheres lésbicas, justamente por estas não serem consideradas compatíveis com esse sistema de poder.

Historicamente, estas mulheres foram, por muito tempo, caladas e oprimidas, tendo suas histórias sobrepostas, fazendo parecer que não tinham sequer uma história a resgatar, um

presente a viver com dignidade e um futuro melhor a reivindicar (MOTT, 2003) e até hoje, reflete na forma como estas mulheres são percebidas na sociedade (LIMA, 2016).

No entanto, como bem destacam Piason e Strey (2012), não se pode afirmar que as práticas sexuais entre mulheres seriam, necessariamente, de todo rejeitadas ou motivo de incômodo para toda a sociedade, visto que é sabido que no imaginário de muitos homens heterossexuais as cenas de sexo ou de cunho erótico entre mulheres podem causar excitação para eles sendo, inclusive, fetichizadas entre alguns homens.

Uma possível explicação para esta contradição seria o fato de as mulheres terem sido historicamente descritas e narradas a partir da representação, dos desejos sexuais e do imaginário dos homens ou para os homens (PIASON; STREY, 2011). Porém, para estas autoras, aquilo que não seria aceito é o significado simbólico que as relações entre mulheres teriam no processo de quebra da ordem patriarcal e do machismo.

Ao se relacionarem entre si, as mulheres passariam a mensagem de que podem e querem satisfazer seus desejos junto de outra(s) mulher(es), sem que para isso necessitem, sequer, de qualquer representação masculina. Fato que poderia vir a causar um abalo na masculinidade fragilizada de alguns homens (PIASON; STREY, 2011; LIMA, 2016). Ou seja, pode-se dizer que, neste caso, ocorreria a perda do domínio masculino, junto com a desconsideração da figura superestimada do homem.

Desse modo, denominar-se mulher lésbica passou a ser visto por parte da sociedade como afronta à norma e uma forma de agressão social, principalmente, contra a soberania masculina. Assim, a forma que a sociedade encontrou para afastar o que afronta a norma, foi silenciar e desconsiderar esta população, tendo como consequência a perpetuação da situação de invisibilidade das relações entre mulheres lésbicas (NAVARRO-SWAIN, 2004).

A forma como a invisibilidade social atua na intenção de silenciar as relações entre mulheres pode diferir na intensidade e na forma, provocando diferentes consequências. Exemplo disso, ocorre na desconsideração da existência de relacionamentos entre mulheres. Segundo Louro (2005) a lesbianidade pode se constituir em uma forma mais invisível, visto que, socialmente, as relações amorosas entre mulheres acabam sendo confundidas como decorrente da intimidade cultivada nas relações de amizade e não de relação amorosa e sexual.

Assim, parece ser mais aceitável para a sociedade considerar que duas mulheres são intimamente próximas por serem muito amigas, do que considerar a possibilidade de que ambas manteriam uma parceria afetivo-sexual. A manutenção desta invisibilidade pode resultar,

inclusive, em grande dilema para as mulheres lésbicas para decidir revelar ou não para a sociedade sua orientação sexual (BRITZMAN, 1996).

Segundo Adelman (2000), a maioria dos homossexuais ainda mantém a identidade sexual no anonimato pelo risco de sofrer grande estigma social, rejeições familiares e marginalização social. Como bem destacam Piason e Strey (2012), o fato de as mulheres assumirem-se, enquanto lésbicas, pode repercutir na possibilidade de torná-las socialmente vítimas de diversas formas de violação, o que pode ser considerado como um medo constante dentre esta população.

Acerca das dificuldades que as mulheres lésbicas possuem em assumirem socialmente sua sexualidade, estudos nacionais já relataram os malefícios e implicações que tal situação acarretaria para a vida destas mulheres. No estudo de Oliveira (2006), realizado com a população lésbica, foi identificado que para a maioria das participantes é uma carga muito pesada viver escondendo sua sexualidade, sem o reconhecimento, sem a aceitação social e a proteção legal.

Além disso, Oliveira (2006) destacou que com o intuito de evitar embates, dificuldades, rejeições, aceitações parciais e o isolamento familiar, muitas mulheres lésbicas optaram por não assumirem sua sexualidade, imergindo suas vivências afetivo-sexuais dentro da situação de invisibilidade ou de negação. Esse contexto de invisibilidade que estas mulheres são forçosamente inseridas pode também vir a ocasionar diferentes formas de agravos à saúde, tais como perturbações psíquicas, uso abusivo de álcool, cigarros e drogas ilícitas (BARBOSA; FACCHINI, 2006).

Desse modo, o quadro de invisibilidade social no qual essas mulheres convivem ao longo de suas vidas, que as fazem ficar socialmente escondidas, contidas, ou até mesmo que desconsidera suas vivências afetivo-sexuais, marginalizando-as ou erotizando-as, poderia vir a contribuir para o agravamento da situação de vulnerabilidade individual, resultando de maneira mais ampla na negação de direitos e, de maneira conjunta, atuar como agente de violação da dignidade da pessoa humana para esta população.

3 A SAÚDE SEXUAL PARA MULHERES LÉSBICAS

A invisibilidade social, que ao longo do tempo tem acompanhado as expressões das vivências afetivo-sexuais entre mulheres, pode se manifestar em diferentes contextos e setores de suas vidas, que vão desde o próprio núcleo familiar até instituições externas, a exemplo daquelas relacionadas ao cuidado e a promoção da saúde, principalmente da saúde sexual.

Dentre os possíveis fatores que podem explicar este fenômeno em tais instituições, considera-se que a ocorrência da epidemia da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) que teve sua ênfase a partir dos anos 1980, atribuiu grande preocupação da sociedade médica às práticas sexuais homossexuais o quê, indiretamente, pode ter contribuído para o ofuscamento das preocupações com outros grupos, como o das mulheres lésbicas.

Assim, por muitos anos, se sustentou no meio médico a falácia de que o corpo lésbico teria uma proteção natural, em decorrência do sexo ser realizado apenas entre mulheres, ou um menor risco de adquirir infecções sexualmente transmissíveis, sendo este fato justificado não por comprovações clínicas, mas sim pela ausência de dados epidemiológicos nos mecanismos oficiais em decorrência da invisibilidade que estas mulheres também passaram a sofrer no campo da promoção da saúde sexual.

Contudo, diversos estudos epidemiológicos nacionais e internacionais evidenciam a possibilidade de ocorrência de transmissão de diferentes infecções nas práticas sexuais desprotegidas, entre mulheres. Por isso, sustentar a ideia de que as práticas sexuais entre mulheres seriam um fator de proteção às infecções pode ser considerado um agravante para o quadro de vulnerabilidade em saúde dessas mulheres, atuando como um reforçador para a desconsideração do uso de métodos preventivos nas relações sexuais entre lésbicas.

3.1 A INVISIBILIDADE SOCIAL DAS MULHERES LÉSBICAS NO CAMPO DA SAÚDE

A partir do advento da Aids no início dos anos 1980, os estudos acerca da sexualidade têm ganhando atenção das Ciências Humanas e Biológicas (VANCE, 1995; RUBIN, 2002). Entretanto, segundo Melo (2010), pode-se dizer que na produção acadêmica a homossexualidade feminina, especialmente a sexualidade entre mulheres, seria um tema pouco explorado se comparado às produções sobre homossexualidade entre homens e as práticas sexuais heterossexuais.

Um levantamento realizado por Valadão e Gomes (2011) identificou que na área da saúde, a invisibilidade das mulheres lésbicas atravessaria dois campos: o das políticas públicas e o científico. No campo das políticas públicas, atribui-se a invisibilidade à ausência ou insuficiência de políticas públicas direcionadas às mulheres; já no campo científico, a invisibilidade decorreria da baixa produção de estudos com enfoque na promoção e cuidado da saúde desta população, especialmente, no que diz respeito às questões sexuais.

A ausência de políticas adequadas e consistentes poderia afetar, dentro outros elementos, na forma como os profissionais e os serviços de saúde atuam no atendimento das demandas da população de mulheres lésbicas, visto que tal ausência funcionaria como barreira na promoção e no cuidado, além de permitirem que visões de mundo baseadas em modelos heteronormativos e lesbofóbicos permaneçam e se disseminem no atendimento a essas pacientes (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

No campo científico, a escassez de estudos e pesquisas que abordem a temática da saúde sexual entre mulheres pode ser vista, como bem destacam Valadão e Gomes (2011), como um tipo de indicador acerca da desconsideração ou desqualificação da homossexualidade feminina nas produções científicas.

A carência de produções científicas sobre a saúde sexual de mulheres lésbicas, além de contribuir com a invisibilidade social desta população dentro do campo científico, atuaria como limitador para a possibilidade de discussões e elaboração de políticas em saúde voltadas para o bem estar destas mulheres, visto que, aquilo que não é estudado não é percebido, chegando até a situação de invisibilidade e, conseqüentemente, deixando de receber o direcionamento das preocupações da políticas públicas. Segundo Araújo, Penna, Carinhonha e Costa (2019), a situação de invisibilidade social possui direta influência na construção de políticas públicas em saúde que poderiam vir a melhor contemplá-las.

Se tratando de políticas públicas em saúde direcionadas para a população de mulheres lésbicas, percebe-se que no Brasil, foi apenas no ano de 2004 que o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) a PNAISM visava contemplar, na medida do possível, as mulheres em suas especificidades, em especial: negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de prisão, mulheres do campo, da floresta e das águas, com deficiência, em situação de rua, com sofrimento psíquico, e nos diferentes ciclos de vida, com ênfase nos processos de climatério e envelhecimento.

No mesmo ano, 2004, o governo federal também lançou aquele que seria um marco para os direitos da comunidade LGBTQ+, o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais – a sigla “GLTB” era usual no ano de 2004, sendo depois alterada para “LGBT”) e de Promoção da Cidadania de Homossexuais “Brasil sem Homofobia”. Um dos objetivos do programa foi formalizar o Comitê Técnico “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, do Ministério da Saúde, com o intuito de estruturar uma Política Nacional de Saúde para população LGBT (BRASIL, 2004).

Porém, mesmo com a existência da PNAISM e do programa Brasil sem Homofobia, Lima (2016) evidencia a permanência de dificuldades no atendimento ginecológico que, por sua vez, deveria também abarcar as especificidades em saúde sexual das mulheres lésbicas, visto que se instalou um descompasso entre as propostas dos programas e aquilo que os serviços de saúde oferecem na prática às usuárias. Neste sentido, diante da evidente carência no campo da saúde pública, o Ministério da Saúde buscou elaborar uma nova estratégia que focasse no cuidado sem discriminação e preconceito (MOSCHETA, 2011).

Assim, apenas no ano de 2011, o Ministério da Saúde junto com a Secretaria Especial de Direitos Humanos lançou uma nova política, sendo esta específica ao para com cuidado a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – na época, a sigla LGBTQ+ ainda não havia sido adotada): a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, aprovada pela Portaria no 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (BRASIL, 2013).

Trata-se de uma política reconhecida pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 que institui:

[...] a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013, p. 20).

Dentre os objetivos específicos desta política, destacam-se:

Qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT; Oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais; Prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; Incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais,

travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral (BRASIL, 2013, p. 20).

Em relação ao plano operativo da referida política, é importante destacar algumas ações propostas com o intuito de promover a qualificação dos profissionais de saúde que poderão atuar com as demandas da população LGBT, a saber:

Inserção da temática LGBT no Módulo de Educação a Distância (EAD), para cursos de formação voltados para profissionais de saúde e UnaSUS; Articulação para garantir que estratégias como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 26 de novembro de 2007), o Programa Telessaúde Brasil – Telessaúde (Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 421, de 3 de março de 2010) considerem as questões desta política (BRASIL, 2013, p. 30).

Contudo, mesmo tendo objetivos voltados para saúde da população LGBT, ao se analisar o texto da política, percebe-se pouco enfoque nas questões específicas da promoção da saúde das mulheres lésbicas, fato preocupante e que evidencia a questão da invisibilidade desta população.

A ação proposta pela política para a promoção da saúde das mulheres lésbicas é apenas a de prevenção aos novos casos e ampliação do acesso ao tratamento qualificado de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) (CALDERARO, 2011). Assim, verifica-se que a noção de integralidade evidenciada no título deste documento está restrita a ações que estão longe de abarcarem de forma integral a saúde das mulheres lésbicas, já que deixa de lado outras especificidades, como o cuidado e a promoção da saúde sexual.

Além disso, no que diz respeito a superação do preconceito e da discriminação que podem ocorrer dentro dos próprios serviços de saúde esta política embora aponte a necessidade de superação, não indica propostas concretas de ações que possam auxiliar no combate a lesbofobia e homofobia, visto que nestes espaços de socialização a homofobia e a lesbofobia também podem atingir a população LGBTQ+ (CALDERARO, 2011).

Embora ressalvados os questionamentos e limitações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, salienta-se que, no ano de 2015, foi elaborada a campanha publicitária “Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil”, desenvolvida pelo Ministério da Saúde dentro da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNASUS, 2015).

O principal objetivo da campanha foi “sensibilizar os trabalhadores, gestores e profissionais de saúde que atuam no SUS para oferecer um atendimento qualificado onde estes passariam a considerar as necessidades específicas das lésbicas (BRASIL, 2015)”. Dentre as

principais metas desta campanha estavam a distribuição de cartazes para secretarias estaduais e municipais de saúde para capitais acima de 300 mil habitantes, e de *folders* para mulheres lésbicas e bissexuais destinados aos movimentos sociais, Comitês Estaduais e Municipais de Saúde das Populações LGBT (BRASIL, 2015).

Contudo, ao analisar o documento, Lima (2016) destaca que não há, nele, nenhuma informação precisa sobre quais seriam essas necessidades específicas que propõe abordar. De modo que, para Lima (2016), embora a campanha tenha no seu objetivo principal o enfoque de sensibilizar os trabalhadores, gestores e profissionais de saúde que atuam no SUS, o seu material dá enfoque na usuária dos serviços de saúde, fato que cabe o questionamento de que talvez a forma como as informações que compõem o material veiculado nesta campanha não atendam a seu principal público-alvo que seriam os gestores e profissionais de saúde.

Destaca-se que esta seria a primeira, e até o presente momento, e única campanha específica voltada exclusivamente para a promoção da saúde e para as especificidades em saúde desta população (LIMA, 2016). Assim, evidencia-se a carência de políticas públicas que possam, entre outras medidas, difundir a importância da promoção da saúde sexual da população de mulheres lésbicas, bem como oferecer orientações, tanto para as próprias mulheres, quanto para profissionais de saúde, sobre ações preventivas e práticas de cuidado.

De maneira oposta ao que preconiza a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, pode-se dizer ser incipiente o interesse e incentivo das diversas esferas de gestão e dos profissionais de saúde em trazer o tema para discussão nos variados setores. Nesse contexto, a atenção básica, por ser o primeiro contato do cidadão com o sistema público de saúde, possuindo como bases estruturantes o acolhimento integral e a continuidade do cuidado, projeta-se como ambiente propício para ações de educação em saúde (ALBUQUERQUE; BOTELHO; RODRIGUES, 2019).

Em um estudo de Mello, Perilo, Braz e Pedrosa (2011) realizado junto a ativistas LGBTQ+ e gestores de saúde apontou que, para a maioria dos participantes, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais não estaria plenamente estruturada segundo os princípios de universalidade, integralidade e equidade garantidos pelo documento.

Logo, considera-se que uma possível justificativa para a ineficácia nas campanhas voltadas para a promoção da saúde sexual da mulheres lésbicas seria o fato de o próprio Departamento de IST/Aids e Hepatites Virais estar à mercê do conservadorismo existente na

sociedade brasileira, que de forma ainda mais intensa do que em anos anteriores, atualmente marginaliza e desconsidera expressões da sexualidade entre pessoas do mesmo sexo, sendo estas quase ocultadas pelo Estado (GAUDAD, 2013).

Neste sentido, muito ainda tem que ser feito, principalmente em relação a elaboração de políticas e novas campanhas que sejam mais efetivas e que possam ter grande abrangência e eficácia. Além disso, considera-se relevante o acompanhamento dos modos como tais campanhas estão sendo divulgadas e direcionadas ao público alvo (LIMA, 2016).

Em suma, como bem destaca Gaudad (2013 p. 31) “[...] a mobilização política de serviços e assistência à saúde de mulheres lésbicas deve atingir uma proporção ampliada e com debate na agenda pública”, de modo a considerar a existência destas mulheres, bem como de suas demandas e especificidades, garantido o direito constitucional à saúde de qualidade. Logo, este seria o caminho para o deslocamento da situação de invisibilidade social para a visibilidade nos serviços de saúde.

3.2 ESPECIFICIDADES E DEMANDAS EM SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES LÉSBICAS

O atendimento em saúde sexual adequado para mulheres lésbicas é de suma importância na medida em que demandas e especificidades inerentes às vivências sexuais destas mulheres são reais e, por isso, carecem de preocupação por parte tanto do poder público, no momento da elaboração de políticas públicas e programas, quanto dos próprios profissionais que irão atuar diretamente com estas mulheres no atendimento de suas necessidades.

No caso dos profissionais de saúde, algumas crenças distorcidas são fortes agravantes para a ocorrência da desconsideração das demandas e especificidades das mulheres lésbicas. Por exemplo, em um estudo elaborado por Melo (2010), realizado com profissionais de saúde, observou-se a ideia da negação do sexo lésbico em decorrência das mulheres lésbicas não praticarem sexo com penetração masculina.

A ideia de que o sexo entre mulheres se configuraria como “não sexo” entraria em conflito com a própria noção do que seria uma relação sexual e as diferentes formas de vivenciá-la. Esta noção indica, possivelmente, a necessidade de atrelar a prática sexual “efetiva” à presença de um pênis. Este fato possui como pano de fundo, um falocentrismo histórico que continua presente na sociedade, e se evidencia, entre outras formas, por pensamentos que negam e invisibilizam as relações entre mulheres (LIMA, 2016).

Um estudo que merece destaque foi realizado por Pinto (2004), que identificou a ocorrência das seguintes taxas de prevalência de IST's entre mulheres lésbicas, por meio da realização de exames clínico-ginecológico, e de laboratório: vaginose bacteriana (33,8%), candidíase (25,6%), hepatite B (7%), infecção por HPV (6,3%) tricomoníase (3,8%), hepatite C (2,1%). Fato que vai de encontro a ideia de existência de um suposto fator de proteção às IST's que, tanto profissionais de saúde quanto as próprias mulheres lésbicas acreditam existir, apenas pelo fato destas manterem relações unicamente com mulheres, sem considerar, por exemplo, o uso de insumos preventivos (LIMA, 2016).

Ainda nesse estudo, Pinto (2004) destacou que o sexo desprotegido entre as mulheres lésbicas seria um fator de aumento da vulnerabilidade às IST's, visto que nas práticas sexuais desprotegidas poderia ocorrer a troca de fluídos corporais que podem estar portando vírus e bactérias, principalmente na realização da prática sexual com parceira menstruada ou quando ocorre o compartilhamento de acessórios sexuais não higienizados ou, ainda sem trocas de preservativo. Os dados encontrados nesse estudo apontaram que 44% das mulheres entrevistadas relataram praticarem sexo oral ou penetração com parceira menstruada e 45,5% não possui o hábito de trocar o preservativo em acessórios sexuais, ao compartilhá-los com a parceira (PINTO, 2004).

Mais recente, o estudo de Lima (2016), também realizado junto à uma amostra de mulheres lésbicas apontou que a maioria das participantes não faz uso de nenhuma barreira como método preventivo às IST's, sendo a principal justificativa o desconhecimento da possibilidade de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis no sexo unicamente entre mulheres, associada à crença do menor risco de transmissão pela ausência de parceiros masculinos e, por fim, o desconhecimento sobre a existência de insumos preventivos ou, entre aquelas que conhecem algum método preventivo, a rejeição em usá-los por considerarem adaptações não indicadas propriamente para o sexo.

Ainda sobre os insumos preventivos, embora o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) considere de extrema importância a utilização de barreiras preventivas nas práticas sexuais entre mulheres, a maioria destas barreiras são constituídas por adaptações, como a realizada com o preservativo masculino sem lubrificação (cortado pela metade para ser colocado na língua durante a prática do sexo oral ou usado para penetração de acessórios sexuais) e o filme plástico de PVC (para ser colocado sobre a vagina ou ânus também para a prática do sexo oral) (LIMA, 2016).

Ou seja, de certo modo, as formas para proteção existentes para as IST's no sexo entre mulheres se limitam a adaptações, que, segundo o relato das próprias mulheres lésbicas, seriam desconfortáveis e um empecilho à intimidade (MEINERZ, 2005). Como destaca Melo (2010, p. 44), uma possível explicação para a quase inexistência de insumos de preventivos voltados especificamente para às práticas sexuais entre mulheres lésbicas seria o fato de que os insumos atualmente existentes foram elaborados a partir de “modelos de sexualidade heterocentros”.

Neste sentido, destaca-se que o Ministério de Saúde (2015) estimula o uso, entre mulheres lésbicas, do preservativo feminino como forma de barreira às infecções. Contudo, salienta-se que mesmo o preservativo feminino sendo uma forma de proteção às IST's que possui sua concepção voltada especificamente para as práticas sexuais, não sendo portanto uma adaptação de um insumo, na verdade, não foi elaborado para o sexo entre mulheres (LIMA, 2016).

Originalmente, o preservativo feminino foi desenvolvido como uma alternativa ao uso do preservativo masculino nas relações heterossexuais, como forma de proporcionar às mulheres a liberdade de optarem fazer uso deste método de prevenção às IST's e à gravidez indesejada, sem dependerem do uso do preservativo masculino por parte dos seus parceiros. Assim, estas mulheres poderiam, elas mesmas, fazerem uso de uma barreira de proteção (LIMA, 2016).

Desse modo, estes são elementos importantes no atual contexto de demandas e necessidades no campo da saúde para mulheres lésbicas. Logo, evidencia-se a relevância do papel desempenhado pelos movimentos sociais formado por mulheres lésbicas, que buscam a afirmação da identidade política e a visibilidade pública desta população no campo da saúde (LIMA, 2016)

Torna-se necessário o reconhecimento da urgência na elaboração de políticas amplas, consistentes e eficazes para o enfrentamento das dificuldades e demandas desta população, baseada no direito constitucional à saúde, de modo que se possa desconstruir a situação de invisibilidade institucional e de subordinação a modelos heteronormativos arraigados na sociedade (VALADÃO; GOMES, 2011).

Ao negar as especificidades destas mulheres, o profissional de saúde nega também o atendimento equânime, reforçando o quadro da desigualdade e, conseqüentemente, da invisibilidade desta população nos serviços de saúde. Segundo Melo (2010), Barbosa e Facchini (2009) e Lionço (2008), situações em que ocorram violações de direitos, podem resultar, por

exemplo, no não retorno da paciente aos serviços de atendimento ginecológico e, conseqüentemente, contribuir com o agravamento no quadro da vulnerabilidade em sua saúde.

3.3 OS ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA MULHERES LÉSBICAS

Na área da saúde, o comportamento homossexual feminino, de forma ainda mais marcante que a manifestação da sexualidade feminina heterossexual convergiu, historicamente, à invisibilidade (ALMEIDA, 2009). Desse modo, a existência das relações entre mulheres, bem como as especificidades que estas relações possuem, ainda que são observadas, o que poderia tornar essa população invisível dentro dos próprios serviços de saúde (CRISPIM; BARRETO; NOGUEIRA; ALMEIDA, 2018).

A ausência de um atendimento acolhedor, baseado nos princípios do SUS, e que respeite a singularidade destas mulheres, pode fazê-las sentir “incompreendidas, tratadas com desrespeito e receosas quanto às conseqüências da revelação de sua orientação sexual” (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013, p. 2043), sendo este um dos motivos que só servem para intensificar a condição de invisibilidade.

Assim, considera-se que a forma como o atendimento em saúde é conduzido é algo extremamente delicado para estas mulheres, podendo ser marcado por dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e as pacientes e assim, se constituir em um espaço para o desenvolvimento de situações de violação de direitos (ARAÚJO, 2015).

Sobre a questão das violações de direito, o estudo de Lima (2016) demonstrou, por meio de entrevistas, algumas situações de violação do direito à saúde vivenciadas por algumas participantes lésbicas que compuseram sua amostra. Em um dos relatos, foi identificada uma situação de preconceito e discriminação flagrante onde, após uma paciente lésbica ter revelado para a profissional de saúde que não mantinha relações sexuais com homens, mas sim com sua parceira, foi dispensada pela profissional, que afirmou que não atendia pacientes lésbicas.

Outra situação bastante recorrente no estudo de Lima (2016) é a inexistência de qualquer orientação advinda dos profissionais de saúde, especialmente médicos, sobre métodos e práticas preventivas, mesmo após as pacientes declararem que mantêm relação sexual apenas com mulheres, chegando a ocorrer, inclusive, situações em que alguns profissionais recomendaram o uso de pílula anticoncepcional como forma de prevenção à gravidez, quando as pacientes já tinham deixado claro que só mantinham relacionamentos com mulheres. Segundo Rufino, Madeiro, Trinidad, Santos e Freitas (2018) pesquisas internacionais também têm apontado a ocorrência de violações nos atendimentos em saúde para a população de mulheres lésbicas em

outros países, relatando, inclusive, situações de discriminação e de lesbofobia sofridas por estas mulheres.

Ou seja, são situações que evidenciam um grande despreparo profissional em lidar com as especificidades das pacientes lésbicas e, mais que isso, demonstram também como ocorrem as violações de direito à saúde nesta população que, em alguns casos, além de serem destratadas e desconsideradas, têm suas demandas inviabilizadas.

Assim, compreende-se que, para estas mulheres, o ato de revelar a orientação sexual para o profissional de saúde é algo envolto por constrangimentos e desconfortos, que podem diminuir ou impedir o desenvolvimento de uma identidade lésbica positiva, além de obstar o uso de cuidados de saúde convencionais (DEHART, 2008).

Trata-se de uma situação que é um grande problema e um desafio para as políticas públicas pois, a medida em que os ginecologistas não questionam ou desconhecem as práticas sexuais e especificidades das lésbicas ou, no caso da paciente revelar sua sexualidade, não sabem manejar a informação recebida, eles estariam ignorando as singularidades dessas mulheres e ferindo à dignidade da pessoa humana (COELHO, 2001).

É fundamental que os profissionais de saúde conheçam as particularidades de cada pessoa LGBTQ+ para que seja possível o fortalecimento do vínculo e, assim, tornar possível a elaboração de novos cenários de saúde-doença-cuidado (NEGREIROS, 2019), bem como promover a diminuição do quadro de vulnerabilidade em saúde (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR., 2012).

Contudo, a não divulgação da orientação sexual para os profissionais de saúde pode resultar na inexistência do vínculo paciente-profissional e, segundo alguns autores (ZEIDENSTEIN, 1990; DINKEL, 2005), também resultaria em um sentimento de invisibilidade por parte das pacientes lésbicas, bem como em orientações e diagnósticos equivocados por parte desses profissionais.

Dentro do quadro de invisibilidade lésbica nos serviços de saúde também seriam negadas situações com implicações psicológicas, físicas, morais e políticas para esta população (JUNQUEIRA, 2012). Trata-se da negação do direito à saúde configurando-se como violação à dignidade da pessoa humana, visto que ao serem invisibilizadas, estas mulheres são omitidas e marginalizadas nos próprios serviços de saúde.

Por este motivo, alguns estudos nacionais e internacionais apontam que mulheres lésbicas estariam menos propensas, do que as mulheres heterossexuais, a buscar os serviços de

saúde primários, o fazendo apenas quando sentem algum sintoma de doença manifesta (ROBERTS; PATSDAUGHTER; GRINDEL; TARMINA, 2004; PINTO, 2004; GRANADO, 2008; FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Os serviços primários compreendem, segundo o Ministério da Saúde (2018), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a Equipe de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim, os serviços básicos de saúde, como aqueles prestados nas Unidades Básicas de Saúde, atuam como portas de entrada aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (GIOVANELLA; MORAES; MENDONÇA, 2003).

Contudo, se tratando das mulheres lésbicas, em alguns casos, estas optam por fazer uso de cuidados de saúde complementares ou alternativos (BUENTING, 2009) ao invés de buscarem o atendimento médico, justamente pelo medo de vivenciar experiências de discriminação, geralmente, já vivenciadas em atendimentos anteriores (ARAUJO, 2015).

Ao pensarem em buscar por atendimento em saúde, especialmente o ginecológico, é recorrente que se instale nas mulheres lésbicas um sentimento de ansiedade em relação à forma como serão acolhidas pelos profissionais de saúde do serviço, bem como a conduta posterior que os mesmos terão após a revelação sobre sua orientação sexual (LIMA, 2016).

Destaca-se que trata-se de uma situação que caracteriza a violação de direitos desta população, pois esse tipo de preocupação não deveria ocorrer, visto que é esperado dos profissionais de saúde uma conduta profissional ética, isenta de qualquer julgamento ou discriminação. O próprio Ministério Saúde orienta, por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2003) que o atendimento deva se basear na humanização e na ética por parte dos profissionais (BRASIL, 2013). Contudo, como destaca Portella (2009) na prática clínica, os profissionais demonstram insegurança e despreparo ao lidar com a população homossexual.

A conduta ética deveria se converter em um imperativo por parte dos profissionais, bem como em uma exigência legal para o exercício do trabalho em saúde (MEINERZ, 2011). Os atendimentos devem ocorrer livres de preconceitos e prejulgamentos (CARVALHO, 2013). No entanto, “existe um outro registro de inscrição homofóbica que transcende as práticas individuais, e é de certa forma, atualizado nessas práticas. Trata-se do imaginário médico em torno da homossexualidade, e da associação histórica entre homossexualidade e doença” (MEINERZ, 2011, p. 55).

Em suma, verifica-se, a partir das queixas apresentadas pelas próprias mulheres lésbicas, que as práticas dos profissionais de saúde em relação ao cuidado na saúde sexual destas mulheres poderiam estar relacionadas, dentre outros elementos, à existência de crenças pessoais que podem embasar a formação de estereótipos (LIMA, 2018).

Estas crenças negativas são capazes de impulsionar comportamentos, que por sua vez acabam por ferir os direitos e garantias que devem ser respeitados, não apenas porque é humanitariamente correto, mas porque trata-se de um direito constitucionalmente estabelecido e que por isso, deve ser tido como determinante sobre qualquer crença pessoal ou visão de mundo.

Tratam-se de violações que acarretam na desconsideração da dignidade da pessoa humana para uma população que historicamente já vem sendo alvo das mais diversas formas de violência. Neste sentido, não é admissível que em um ambiente de cuidado, que deveria ter como principal objetivo o bem-estar dos seus usuários, se perpetuem tais condutas desumanas e degradantes, que servem apenas para disseminar o ódio e a intolerância.

3.4 AS VIOLAÇÕES DO DIREITO À SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 rompeu com a ordem constitucional anterior, inaugurando o paradigma jurídico do Estado Democrático de Direito, de modo que passou a garantir direitos como a proibição da discriminação de qualquer tipo, seja por raça, cor e sexo, além do respeito ao princípio da igualdade (BALESTRO, 2011). Dentre os direitos garantidos pela Constituição, destaca-se também o direito à saúde (BRASIL, 2002).

A garantia de saúde plena, a todos os indivíduos, vem sendo considerada, ao longo da evolução dos direitos humanos, como um direito fundamental. Assim, o próprio conceito de saúde tem sofrido modificações e ampliações, saindo de uma visão mais restrita, com cunho unicamente biomédico, baseado na existência e/ou ausência de patologias, para um domínio mais amplo, que engloba o conceito de bem estar, resultante de diversos fatores (SPERANZA FILHO; ANDRADE; ANDRADE, 2017).

Logo, enquanto direito fundamental, a saúde é um Direito Humano Essencial, representando a garantia da vida; sem a saúde o ser humano não se integraliza enquanto ser em dignidade (DE GOIS, 2017). Assim, em direito humano essencial, não se pode dissociar o estudo do princípio superior da dignidade da pessoa humana. Todo o sistema protetivo deve pautar-se na busca primeira pela dignidade da pessoa humana, sendo esta um valor supremo, que atrai todos os direitos fundamentais do homem (MOREIRA, 2006).

Neste sentido, por deliberação do legislador constituinte, instituído como cláusula pétrea, o direito à saúde alcançou a condição de direito fundamental, mais especificamente como direito fundamental social (PIVETTA, 2013). Por ser um direito fundamental social, Pivetta (2013) salienta que todos os Poderes da República devem estar vinculados a adotarem medidas necessárias à implementação dos comandos constitucionais, não sendo aceitável a omissão do Estado.

O direito à saúde no Brasil é decorrência da grande mobilização política da sociedade, que envolveu e comprometeu as instituições públicas e o conjunto da Assembleia Nacional Constituinte, luta esta que ganhou o nome de “Movimento pela Reforma Sanitária” brasileira. Dessa forma, a partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser integrante do Sistema de Seguridade Social em função do conceito de saúde adotado, ou seja, o de que a saúde é o resultado do acesso das pessoas e das coletividades às políticas, aos bens e serviços sociais que promovem a qualidade de vida (BARRIQUELLO; KRAWCZAK; STURZA, 2017, p. 2).

Como direito fundamental social, o direito à saúde é capaz de impor deveres ao Estado, que deverá promover ações concretas para efetivar a igualdade material dos cidadãos. Contudo, ao se analisar a realidade diária de grupos minoritários, a exemplo das mulheres lésbicas, percebe-se que nem sempre um direito que é constitucionalmente garantido é de fato concretizado sendo, na verdade, omitido.

Desse modo, o Brasil, que possui uma Constituição que propõe justiça social (BRASIL, 2002), deveria garantir efetivamente a equidade, que, além da universalidade dos direitos humanos e sociais, tornaria possível o reconhecimento e a consideração das diferenças entre os grupos sociais que, muitas vezes, encontram-se em situação de desigualdade (LIONÇO, 2009). Ressalta-se que cabe ao poder público lançar esforços com o intuito de constituir uma sociedade justa e que promova o bem de todos, sem quaisquer preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminações.

É necessário que, na busca pela garantia do direito à saúde da população de mulheres lésbicas, os profissionais e os gestores da saúde empoderem-se da premissa de que a orientação sexual é um elemento constituinte do indivíduo, sendo também um importante determinante do processo saúde-doença e que mantém relação com outros condicionantes que influenciam o perfil do adoecimento e da mortalidade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A população de mulheres lésbicas, além de sofrer constantes atitudes de discriminação advindas de pessoas preconceituosas nos mais diferentes ambientes, também sofrem, muitas vezes, a exclusão do convívio em comunidade, podendo manter conflituosas relações

familiares, ou em alguns casos, até o rompimento deste tipo de vínculo (SPERANZA FILHO; ANDRADE; ANDRADE, 2017).

Nos serviços de saúde, muitas vezes, esta exclusão pode ocorrer de forma velada, mascarada por comportamentos não tão flagrantes que podem, inclusive, em um primeiro momento, passarem despercebidos pelas vítimas mas que, mesmo assim, não perdem sua essência preconceituosa e discriminante.

No estudo de Lima (2016) foi identificado que em vários atendimentos ginecológicos prestados por médicos a pacientes lésbicas, os mesmos não direcionaram a consulta para atenderem suas demandas, mesmo no caso em que as pacientes revelaram sua orientação sexual e deixaram claro que não mantinham relações sexuais com homens. Embora os profissionais não tenham esboçado de forma flagrante reações de preconceito ou discriminação, entende-se que desconsiderar as especificidades destas mulheres é uma forma de manifestação velada da existência de um possível preconceito.

Mesmo nos casos em que os profissionais justifiquem essa conduta em decorrência de considerarem que as mulheres lésbicas devam receber os mesmos cuidados que as demais mulheres, trata-se de uma crença que desconsidera as demandas e especificidades dessa população e, por isso seria, arriscado e até irresponsável, por parte dos profissionais, assumir que esta população não possui demandas específicas em suas práticas e não carecem de atendimento direcionado às suas vivências sexuais.

Assim, compreende-se que o Estado deve adotar todos os instrumentos necessários para que se assegure a esta população, historicamente marginalizadas, o pleno acesso e proteção ao direito fundamental à saúde. Devem ser eliminadas qualquer forma de exclusão, manifesta ou velada, dos serviços de saúde, de modo a tornar os atendimentos capazes de promover a saúde desta população (DE GOIS, 2017).

O Estado deve adotar medidas visando o cumprimento das obrigações de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde. Além disso, deve ser estimulada, junto à sociedade civil e aos sistemas de proteção dos Direitos Humanos, a tarefa de monitorar e avaliar se os governos cumprem tais obrigações. Desse modo, é necessário, inicialmente, conscientizar os atores sociais sobre o que significa esse direito, o que deve ser feito ou deixado fazer para materializá-lo e como deve ser aplicado em situações concretas de atendimento (OLIVEIRA, 2010).

As conquistas alcançadas pela comunidade LGBTQ+ na área da saúde, principalmente através dos movimentos organizados, vinham até então ocorrendo por meio de suas demandas

apresentadas nos espaços de controle social, como nas Conferências de Políticas Públicas para LGBTQ+ e nos Conselhos de Saúde (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Tais conquistas, embora ainda insuficientes, precisam ser amplamente difundidas, inclusive entre a própria população de mulheres lésbicas, para que estas saibam sobre seus direitos e possam, assim, compreender quando tais direitos forem violados, bem como onde denunciar a ocorrência de violações, assumindo então um papel ativo na busca pelo atendimento equânime e de qualidade que lhes é de direito.

Contudo, em meio às conquistas, pode-se dizer que a garantia dos direitos à saúde da população LGBTQ+ passou a se configurar como um desafio para o Brasil, que já possuía uma cultura enraizada em conservadorismo, mas que agora se somou a recentes avanços do fundamentalismo religioso em espaços que deveriam ser democráticos, através de líderes ultraconservadores e/ou “terrivelmente religiosos”, que deslegitimam as pautas da população LGBTQ+, colocando em risco o princípio da laicidade do Estado e ferindo a própria Constituição Federal (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017).

Assim, além das dificuldades já existentes na sociedade no processo de afirmação da comunidade LGBTQ+, acrescenta-se a elas os atuais posicionamentos conservadores advindos de líderes políticos ou religiosos, que cada vez mais ganham espaço e apoio social de indivíduos que compartilham a mesma ideologia e visão preconceituosa de mundo. Trata-se de um momento delicado e de incertezas no Brasil, que pode provocar o sentimento de insegurança e desamparado naqueles que historicamente já foram tão excluídos.

4 A SAÚDE SEXUAL COMO UM DIREITO HUMANO E COMO GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

O direito à saúde corresponde a um direito social fundamental, e por ser um direito social é também um direito humano, especificamente, um direito humano de segunda geração, visto este ser de titularidade coletiva e com caráter positivo, pois exige atuação do Estado para sua efetivação.

Assim, sendo um direito coletivo, passou a ser constitucionalmente garantido para todos, sem distinção. Contudo, quando um direito, considerado universal, é negado a determinados grupos sociais, pode-se afirmar que há clara violação ao disposto na Constituição Federal e, para além disso, está-se negando a realização dos Direitos Humanos. Tal violação ocorre e é amplificada, por causa da clara repercussão do direito à saúde, como parte da essência da dignidade da pessoa humana.

Os direitos sociais inscrevem-se no conjunto dos direitos humanos, surgidos como resposta aos horrores ocorridos na Segunda Guerra Mundial. Existem pressupostos que norteiam os Direitos Humanos: são universais; inerentes à condição de pessoa; e não relativos a peculiaridades sociais e culturais de uma dada sociedade. Assim, por serem universais, tais direitos devem ser de todos, garantidos para todos, e respeitados por todos.

O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto e aos direitos sexuais são considerados Direitos Humanos Fundamentais. Para o pleno exercício da cidadania todos estes direitos são importantes e devem ser respeitados conjuntamente. A busca constante é por sua garantia e, para que isso ocorra, faz-se mister que exista a igualdade material de direitos, sem distinção, respeitando todas as diferenças.

Quando determinados grupos sociais, a exemplo das minorias sexuais, como as mulheres lésbicas, possuem seus direitos à saúde sexual negados, estão tendo violados os direitos sexuais e, conseqüentemente, há clara violação à dignidade desta população. Desta maneira, ao se violar o direito à saúde das mulheres lésbicas, se impõe restrições injustificáveis ao bem-estar e à qualidade de vida, elementos que constituem o conceito de saúde. Desse modo, passam a viver em situação de desigualdade e de constante violação da dignidade.

4.1 O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA

A Saúde, para muito além da ausência de doença, pode ser considerada como o resultado das diferentes condições objetivas e subjetivas, que tornam possível aos indivíduos alcançar uma vida digna (BRASIL, 2007). Desse modo, dada a importância que a saúde possui para a

dignidade da pessoa humana, faz-se necessário entender como este importante elemento constitutivo do bem-estar e da qualidade de vida foi percebido no país, ao longo do tempo, até chegar a sua positividade constitucional atual, para assim, ser possível tecer análises sobre seus aspectos enquanto um direito social fundamental.

Assim, inicialmente, destaca-se que a Constituição Federal de 1988 inseriu, de maneira inaugural, o direito à saúde no rol dos direitos sociais. Considera-se inaugural porque os textos constitucionais anteriores à 1988 limitavam o acesso à saúde pública para trabalhadores que tivessem contribuído com a Previdência Social (SILVA, 2017). Desse modo, ao restante da população era negado o acesso às ações públicas de saúde, restando a esta parcela a assistência prestada por entidades filantrópicas (BRASIL, 2007).

A primeira Carta Constitucional Brasileira, a Constituição Imperial, outorgada em 1824 por D. Pedro I, não apresentava de forma expressa a saúde enquanto direito, mas sim, citava os “socorros públicos” que deveriam ser prestados aos cidadãos (SILVA, 2017), conforme consta no seu Art. 179:

Art. 179. A inviolabilidade dos Direitos Civis, e Politicos dos Cidadãos Brasileiros, que tem por base a liberdade, a segurança individual, e a propriedade, é garantida pela Constituição do Imperio, pela maneira seguinte: [...] XXXI. A Constituição tambem garante os soccorros publicos [*sic*] (BRASIL, 1824, p. 85).

Seguidamente, com a elaboração da Constituição de 1891, a primeira que inaugura o sistema republicano de governo, o dispositivo que garantia os “socorros públicos” da Constituição Imperial fora suprimido, como bem destaca Silva (2017), passando assim, a não existir menção direta sobre a garantia dos cuidados.

Contudo, em seu artigo 72, *caput*, a Constituição 1891 dispõe sobre algo que poderia ser considerado uma forma indireta de proteção ao indivíduo (SILVA, 2017), mas não necessariamente relacionado à saúde, ao salientar que a Constituição assegura a “segurança individual”:

Art.72 - A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no paiz a inviolabilidade dos direitos concernentes á liberdade, á segurança individual e á propriedade nos termos seguintes [...] [*sic*] (BRASIL, 1891, p. 81).

No ano de 1934, com a promulgação de uma nova Constituição, ocorreu uma maior preocupação com as questões relacionadas às condições de vida da grande maioria dos brasileiros, especificamente sobre a educação, o trabalho, a saúde e a cultura (RITONDALE,

2017). Trata-se da Constituição considerada como a que conferiu maior tratamento ao tema, até a promulgação da Constituição Federal de 1988 (SILVA, 2017).

Teria sido na carta constitucional de 1934 que foram dispostas normas programáticas que atribuíram a competência concorrente à União e aos Estados no cuidado com a saúde (SILVA, 2017). Porém, é importante destacar que a assistência médica e sanitária foi garantida apenas aos trabalhadores e às mulheres grávidas:

Art. 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados:

[...] II - cuidar da saúde e assistência públicas;

Art. 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País.

§ 1º - A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador:

[...] h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a este descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte (BRASIL, 1934, p. 99).

A Constituição de 1934 seguiu o legado das Constituições Sociais do século XX, ao positivar os direitos de segunda geração, ou seja, o surgimento dos direitos sociais. Contudo, a Constituição de 1934 foi revogada e promulgou-se então a Carta Constitucional de 1937, a qual implementou o regime ditatorial outorgado por Getúlio Vargas (STURZA; ROCHA, 2012). Segundo Silva (2001), o documento manteve a obrigação de a legislação trabalhista proteger a saúde dos trabalhadores.

O pós-guerra, período que se inicia após 1945, ampliou mundialmente a responsabilidade do Estado em matéria sanitária (PIVETTA, 2013). Época em que os direitos sociais, de uma forma geral, passam a ser consagrados em diferentes constituições nos países ocidentais, além de se tornarem objeto de variados pactos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1948 (PIVETTA, 2013).

Assim, em 1946, surge uma nova Constituição, que buscou manter a competência privativa da União para legislar sobre saúde. Destaca-se que pela primeira vez, o direito à vida foi citado em uma carta constitucional (SILVA, 2017):

Art. 141 - A Constituição assegura aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida, à liberdade, a segurança individual e à propriedade [...] (BRASIL, 1946, p. 81).

No texto da Constituição seguinte, de 1967, no que tange especificamente à saúde, foi mantida a competência privativa da União para legislar sobre saúde (SILVA, 2017). Além disso, foi assegurado aos trabalhadores e também às suas famílias, assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva:

Art. 158 - A Constituição assegura aos trabalhadores os seguintes direitos, além de outros que, nos termos da lei, visem à melhoria, de sua condição social:

[...] XV - assistência sanitária, hospitalar e médica preventiva; (BRASIL, 1967, p. 412).

Por fim, chega-se à Constituição Federal de 1988, vigente até os dias hoje no Brasil. Embora o direito à saúde seja tipicamente um direito social, foi na Constituição de 1988 que, segundo Silva (2017), ocorreu uma inovação, uma vez que o direito à saúde ganhou *status* constitucional, a partir do momento que foi inserido no rol dos direitos sociais do referido documento:

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, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, p. 18).

Além disso, como destaca Bueno (2014), a Constituição Federal de 1988 reservou uma normatização mais detalhada sobre o direito à saúde nos seus arts. 196 a 200. O direito à saúde como um direito social, de forma diferente dos demais direitos sociais firmados na Constituição, possui sua garantia diretamente vinculada às políticas sociais e econômicas, bem como a diretrizes do sistema, possibilitando a participação da comunidade (BUENO, 2014).

Desse modo, enquanto um direito social, Sousa *et al.* (2017) destacam que o seu exercício pleno deve ser ofertado pelo Estado, dada a existência da obrigação constitucional, conforme consta no art. 196 da própria Constituição Federal de 1988:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.118).

Ao considerar a saúde como um “direito de todos”, sem exceção, a Constituição Federal abre a possibilidade de interpretação de que todos os indivíduos, sem diferenças, sejam de sexo, gênero, idade, credo, raça e orientação sexual tenham o direito a saúde e, para que isso se torne

um direito concreto, a própria Constituição segue dizendo que a saúde é um “dever do Estado”, que deve atuar para garantir sua efetivação (FURLAN, 2014).

Para além de um direito social, existe o entendimento do direito constitucional à saúde enquanto direito fundamental, como destaca Santos (2018). Segundo o autor, os direitos fundamentais estão elencados no título II do texto constitucional do artigo 5º ao 17. Desse modo, Santos (2018) salienta que todos os direitos assentados ao longo desses artigos se tratam de direitos fundamentais.

Por direitos fundamentais compreende-se aqueles que são de origem histórica, oriundos da construção humana a partir dos embates e lutas por direitos (PRADO, 2012). Sobre o tema, Bobbio (2004) diz que:

[...] os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas (BOBBIO, 2004, p. 9).

Os direitos fundamentais são, como destaca Prado (2012), prerrogativas individuais e coletivas que estão constitucionalmente amparadas, em face de agentes públicos e privados. Para a autora, a essencialidade dos direitos fundamentais possui como base o aspecto instrumental de tais direitos, ou seja, a partir da efetivação do princípio inato que é a dignidade da pessoa humana.

Neste sentido, no que diz respeito ao direito social fundamental à saúde, pode-se dizer que o mesmo ultrapassa a visão simplista de que seria constituído apenas pela oferta de serviços de saúde pelo Estado, já que, de forma mais ampla, se relaciona a garantia da dignidade da pessoa humana (PRADO, 2012). Assim, como evidenciam Sousa *et al.* (2017), a saúde também seria efetivada através da garantia da dignidade da pessoa humana, sendo esta última um princípio fundamental tutelado na Constituição de 1988:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado democrático de direito e tem como fundamentos:

[...] III - a dignidade da pessoa humana; (BRASIL, 1988, p. 11).

Também no art. 6º da Constituição Federal de 1988, conforme salientam Sousa *et al.* (2017), está presente a compreensão de que o direito à saúde é um elemento que, relacionado a outros, torna favorece a promoção e garantia da dignidade da pessoa humana. Deste modo, a própria Organização Mundial da Saúde reconhece que o conceito de saúde abrange uma concepção ampla (SOUSA *et al.*, 2017). Desse modo, o direito à saúde não significa apenas o

acesso à medicina curativa (PRADO, 2012) mas, também, a possibilidade de acesso à informação sobre práticas saudáveis, higiene, saneamento básico, condições dignas de moradia e trabalho, entre outros elementos que conjuntamente atuam como condicionantes para que os indivíduos tenham acesso à qualidade de vida e possam viver de forma digna.

Aos brasileiros é garantido, de acordo com a Constituição Federal de 1988, viver dignamente, tendo o Estado grande papel no cumprimento deste princípio. Sendo, então, a saúde um bem intangível, e como destaca Ordacgy (2014), digna de receber a tutela protetiva estatal, tendo em vista ser um requisito indissociável do direito à vida estando, inclusive, no mesmo patamar, visto que a saúde e a qualidade de vida são requisitos necessários para manutenção da vida dos indivíduos.

Ao Estado compete garantir ao cidadão, encarado individual ou coletivamente, o direito à saúde e, para isso, deve fazer uso, principalmente, das políticas públicas de saúde, que seriam um conjunto de decisões e ações que são geralmente propostas por um ente estatal, em uma determinada área, de forma discricionária ou pela combinação conjunta de esforços com a comunidade ou setores da sociedade civil (TUDE, 2011).

Logo, seria a partir da implantação de políticas públicas em saúde, a exemplo do Sistema Único de Saúde (SUS), que corresponde a uma política de Estado desenvolvida a partir da superação de programas anteriores, como o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) (BRASIL, 2011), que o Estado manifesta a prestação positiva buscando, dessa forma garantir a efetividade do princípio constitucional do direito à saúde.

O SUS, instituído pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, possui como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 2011). Acerca da universalização, o SUS considera que o acesso às ações e serviços de saúde devem ser garantidos a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais, princípio que está de acordo com o art. 196, da Carta Constitucional, que dispõe que a saúde é um direito de todos. A integralidade diz respeito à consideração das pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, demandas e especificidades. Por fim, por equidade, o SUS considera a necessidade de diminuir desigualdades; acesso igualitário; isonômico; formalmente e materialmente justo.

Como princípio, o SUS pressupõe que, embora todas as pessoas possuam direito aos serviços, elas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas, fato que torna necessário o

investimento em políticas e ações afirmativas que favoreçam o direcionamento de medidas específicas para as populações mais vulneráveis, investindo mais onde a carência é maior.

A partir da implantação do SUS, um dos desafios para o Estado passou a ser a construção, de fato, de ações de atenção integral à saúde que realmente atuem de forma universal, integral e, especialmente, equânime, isso porque verifica-se que sua aplicação, em muitos casos, é apenas ideológica, e não concretizada em ações.

Assim, a partir da relação entre o direito à saúde e a garantia da dignidade da pessoa humana, Prado (2012) enfatiza que qualquer situação que desconsidere ou enfraqueça o direito à saúde, tendo em vista este ser um direito social fundamental constitucionalmente garantido, torna-se inadmissível, inconstitucional e passível de responsabilização do Estado em decorrência do descumprimento dos deveres constitucionais (SARLET, 2002).

Considerando que o conceito de saúde é amplo e abarca fatores objetivos e subjetivos, não poderia ser a sexualidade, sendo uma dimensão humana essencial, bem como um dos elementos constituintes da identidade e da personalidade, e exercendo papel de grande relevância ao longo da vida dos indivíduos, ser desconsiderada enquanto elemento que compõe a saúde humana. Nesta direção, entende-se a necessidade de reconhecimento da saúde sexual também como um direito, dada a sua pertença e relevância dentro daquilo que constitui o que é saúde.

4.2 O DIREITO À SAÚDE SEXUAL E A GARANTIA DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA PARA POPULAÇÃO DE MULHERES LÉSBICAS

O conceito de direitos sexuais, dentre o conceito maior de direito à saúde, possui uma história relativamente recente. Sua carga conceitual se deu a partir do início dos anos 90, no âmbito dos movimentos gay e lésbico que ocorreram inicialmente na Europa e nos EUA, produzindo-se, em seguida, uma sinergia com os segmentos dos movimentos feministas (BRASIL, 2013).

Já a expressão “saúde sexual” aparece, inicialmente, no Programa do Cairo, documento resultante da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), mais conhecida como Conferência do Cairo, ocorrida no ano de 1994, no Egito. No texto se faz presente a definição da OMS para a “saúde sexual” como parte integrante da saúde reprodutiva (CORRÊA; ALVES; JANUZZI, 2006; CORRÊA; ÁVILA, 2003; PETCHESKY, 1999), e refere-se a um estado de bem-estar completo a nível físico, mental e social (não somente a ausência de doença) no que diz respeito à vida sexual e reprodutiva.

Foi no ano de 1995 que, segundo Brasil (2013), a Plataforma de Ação, elaborada na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, conquistou avanços no sentido de formular um conceito relativo aos direitos sexuais, como parte dos princípios dos Direitos Humanos, tendo redigido, em seu parágrafo 96, o seguinte:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995, p. 14).

Torna-se de grande relevância destacar que os direitos sexuais não se restringem às questões reprodutivas, visto que a própria sexualidade humana abrange aspectos biológicos mas, também, psíquicos, sociais, culturais e históricos (BRASIL, 2013). Neste sentido, incluem-se, enquanto direitos sexuais, a livre vivência das diferentes e diversas formas de relações amorosas e de laços afetivos entre as pessoas.

Assim, a ideia de direitos sexuais implicaria, portanto, na aceitação dos diferentes tipos de expressão da sexualidade humana, das orientações sexuais, das diferentes manifestações de gênero e da autonomia dos indivíduos para tomar decisões sobre o uso do próprio corpo (VILLELA; ARILHA, 2003; PETCHESKY, 1999). Assim, o respeito ao exercício da sexualidade compreende a liberdade sexual, albergando a liberdade da livre orientação sexual (DIAS, 2007).

Contudo, no Brasil, a dimensão da sexualidade enquanto um direito surge como um tema polêmico e com grande dificuldade para o avanço das discussões, devido aos tabus, preconceitos e pensamentos conservadores que permeiam o tema (TELO; WITT, 2018). Especialmente na dimensão do direito à saúde, verifica-se uma ineficácia em atingir sua plenitude e garantir o efetivo acesso equânime aos cidadãos. Nesse sentido, percebe-se a dificuldade de implantar esse direito de forma efetiva em vários setores da sociedade, a exemplo das minorias sexuais, como as mulheres lésbicas.

Considera-se que a orientação sexual, por ser adotada na esfera íntima dos indivíduos, não deveria admitir restrições e que qualquer posicionamento contrário pode configurar afronta à liberdade fundamental, a que possui direito todo ser humano, no que diz com sua condição de vida (DIAS, 2007). Desse modo, para Dias (2007) é em vão querer assegurar respeito à dignidade da pessoa humana, à liberdade, enquanto existirem segmentos alvos da exclusão

social e vítimas de tratamento desigualitário e que desrespeitam os demais fundamentos constitucionais (DIAS, 2007).

Assim, a forma como as instituições e as práticas em saúde se organizam na sociedade, reproduzem este contexto, oferecendo, na maioria das vezes, uma atenção fragmentada, de baixa resolutividade e envolta de discriminação e preconceitos (TELO; WITT, 2018). No caso das mulheres lésbicas, este fato se materializa na necessidade diária de enfrentamento das limitações impostas pela invisibilidade social, preconceitos e pela discriminação, que se fazem presentes em diferentes contextos de suas vidas, inclusive, nos serviços de saúde (TOLEDO, 2008).

São recorrentes as queixas sobre a qualidade dos atendimentos em saúde recebidos por estas mulheres, muitas vezes constituídos muito mais por comportamentos discriminatórios, condutas inadequadas, situações constrangedoras, conotações preconceituosas ou até ofensas verbais oriundas de alguns profissionais que atuam nos serviços de saúde (HECK; SELL; GORIN, 2006; GUTIÉRREZ, 2007).

Em outros casos, embora não existam manifestações aparentes de discriminação, ocorrem situações de total desconsideração das especificidades sexuais destas mulheres por parte dos profissionais de saúde, chegando, em alguns casos, a violações físicas, por exemplo, pelo uso inadequado de equipamentos para exames ginecológicos desproporcionais ao seus corpos, e não indicados para serem usados em pacientes que não costumam manter práticas sexuais com penetração pênis-vagina (LIMA, 2016).

Este quadro de violações gera a negação das liberdades e direitos fundamentais, configurando-se como um elemento impeditivo para a realização plena destas mulheres enquanto seres humanos detentores de direitos constitucionalmente estabelecidos. Trata-se da violação da sexualidade humana e, sendo a sexualidade um elemento integrante da própria natureza humana, corresponde também uma violação da dignidade da pessoa humana (DIAS, 2007).

No presente estudo parte-se da compreensão jurídica do conceito de dignidade da pessoa humana elaborado por Sarlet (2010), que compreende dignidade da pessoa humana como uma:

[...] qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos,

mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida (SARLET, 2010, p. 70).

No Brasil, a noção de dignidade da pessoa humana é muito maior do que apenas um princípio moral, como bem destaca Cordeiro (2012), ao revés, é um conceito que faz parte do direito positivo constitucional vigente, tornando-se o seu núcleo axiológico central. Para Häberle (2009) a dignidade da pessoa humana constitui norma fundamental do Estado, contudo, é mais do que isso, visto que fundamenta também a sociedade constituída e, eventualmente, a ser constituída.

As normas constitucionais, que buscam garantir a dignidade da pessoa humana, consagram o direito à igualdade e proíbem a discriminação, como bem destaca o inc. IV do Art. 3º da Constituição Federal, segundo o qual é dever do Estado promover o bem de todos, vedada qualquer discriminação, não importa de que ordem ou tipo (DIAS, 2007).

No ordenamento jurídico brasileiro, o princípio da igualdade possui dupla dimensão, uma formal e outra material (RIOS, 2001). Para Rios (2001) trata-se de um princípio que se apresenta, no direito constitucional positivo, pela simultânea afirmação da “igualdade perante a lei” e da “igualdade na lei”, que correspondem a distintas, porém complementares, compreensões do direito de igualdade.

Assim, segundo o conceito de Hesse (1998, p. 30), pode-se conceituar igualdade formal como sendo:

[...] igualdade diante da lei (artigo 3º, alínea 1, da Lei Fundamental). Ela pede a realização, sem exceção, do direito existente, sem consideração da pessoa: cada um é, em forma igual, obrigado e autorizado pelas normalizações do direito, e, ao contrário, é proibido a todas as autoridades estatais, não aplicar direito existente em favor ou à custa de algumas pessoas. Nesse ponto, o mandamento da igualdade jurídica deixa-se fixar, sem dificuldades, como postulado fundamental do estado de direito.

Segundo Rios (2001), na igualdade formal (ou igualdade perante a lei) não há espaço para algo além da aplicação absolutamente igual da norma jurídica, para todos, de forma igual, independente da existência de diferenças, proporcionalidade e semelhanças verificáveis entre os indivíduos. Já no caso da igualdade material (ou igualdade na lei), Rios (2001) destaca que a preocupação passa a ser a exigência da igualdade de tratamento pelo direito vigente dos casos iguais, bem como a diferenciação no regime normativo em face de hipóteses distintas. Assim, define Hesse:

Igualdade jurídica material não consiste em um tratamento igual sem distinção de todos em todas as relações. Senão só aquilo que é igual deve ser tratado igualmente. O princípio da igualdade proíbe uma regulação desigual de fatos iguais; casos iguais devem encontrar regra igual. A questão é, quais fatos são iguais e, por isso, não devem ser regulados desigualmente. (HESSE, 1998, p. 330).

Assim, o princípio da igualdade material, objetiva a superação das desigualdades entre as pessoas, reconhecendo, principalmente, as vulnerabilidades de determinados grupos, o que enseja a adoção de ações afirmativas.

Parte-se da consideração de que ações afirmativas são políticas que visam beneficiar grupos socialmente desfavorecidos, de modo a tornar possível a redistribuição de recursos como educação, empregos, acesso a serviços e contratos públicos (SILVA, 2006), como forma de promover o equilíbrio de oportunidades entre os grupos menos favorecidos, quando comparados aos mais favorecidos (OLIVEN, 2007).

Tratam-se de ferramentas que surgem com a formação do Estado Democrático, sendo legalmente constitucionais (PIOVESAN, 2006) vindo, desde então, a beneficiar diferentes grupos como mulheres, idosos, pessoas com necessidades especiais, entre outros. Para Branscombe e McGarty (2003, *apud* COSTA JÚNIOR, 2013), as ações afirmativas também possuem o caráter de reparação histórica de violações ocorridas ao longo do tempo com diferentes grupos minoritários.

No caso das mulheres lésbicas, ações afirmativas poderiam atuar como ferramentas de diminuição da desigualdade social existente entre estas e a população heterossexual. Tratam-se de medidas que englobam cenários amplos, que vão desde permitir o acesso à saúde baseado no princípio da equidade no atendimento de suas demandas, até questões de relativas a maiores oportunidades de inserção no mercado de trabalho e o incentivo ao acesso à educação em escolas e universidades.

Sabe-se que a exclusão social da população LGBTQ+ é recorrente na sociedade. Segundo Catão *et al.* (2015) trata-se de um quadro que inviabiliza a materialização dos direitos sociais, civis e políticos desse grupo social. Dessa forma, as ações afirmativas poderiam atuar como poderosas ferramentas dentro das políticas públicas voltadas para a população de mulheres lésbicas, já que sua aplicação poderia promover a superação das desigualdades sociais. Logo, considera-se de suma relevância que as políticas públicas em saúde visualizem formas possíveis de ações afirmativas com o intuito de promover à saúde dessas mulheres.

No entanto, ao se analisar os objetivos propostos pelas políticas de saúde para população LGBTQ+ até então elaboradas, percebe-se a insuficiência de ações pensadas como afirmativas. Tais políticas se limitam a fazer uso de ferramentas como campanhas, distribuição de materiais informativas, elaboração de eventos, formação profissional, entre outros, porém sem

necessariamente elaborar ações que promovam, concretamente e de maneira direcional, os impasses existentes entre a promoção da saúde LGBTQ+ e os diversos obstáculos existentes. Cabe então a recomendação de que para que as políticas públicas em saúde possam de fato ser efetivas, sejam necessárias ações mais dirigidas ao combate de elementos como a discriminação, a desigualdade, a exclusão e a invisibilidade que, por sua vez, poderiam se materializar em ações afirmativas em saúde.

No caso das mulheres lésbicas, as ações afirmativas deveriam ser pautadas na busca pela igualdade material, visto que este princípio levaria em consideração a equidade para com suas necessidades, oferecendo cuidados específicos às suas demandas (RIOS, 2001). Ou seja, segundo o autor, é necessário que ocorra a identificação das semelhanças e a consideração das diferenças, porém não com o intuito de reforçar a situação de desigualdade, mas para fins de equiparação ou diferenciação das diferentes demandas.

Desse modo, acredita-se que só será possível ser alcançada a universalidade do direito mediante a quebra do modelo heteronormativo do sujeito que se faz presente na sociedade (RIOS, 2001). Para Rios (2001), ao invés da continuidade da soberania heterossexual, é imperativo se firmar o “direito à indiferença”, pelo respeito às diversas formas de manifestação da orientação sexual. Contudo, trata-se de uma situação constantemente violada por uma realidade de discriminações e de condutas que violam a igualdade dos indivíduos.

Ao serem consideradas as necessidades destas mulheres, tem-se em conta que a interpretação e a aplicação da lei e da Constituição Federal de 1988 devem ser orientadas pelo respeito irrestrito à tutela da dignidade da pessoa humana (ARAÚJO; MEDEIROS, 2009). Desse modo, é inaceitável, para uma sociedade democrática que se baseia nos princípios constitucionais de cidadania, aliada à inclusão social, que se propague a crueldade por meio da discriminação a que sucumbem as mulheres lésbicas durante a busca do seu direito constitucional à saúde sexual (DIAS, 2007).

Logo, para a concretização do direito à saúde das mulheres lésbicas, o Estado precisa, além de elaborar e fazer cumprir políticas públicas de saúde que considerem e respeitem suas especificidades, também se empenhar na busca por ferramentas capazes de auxiliar no processo de desconstrução de ideias equivocadas sobre esta população que fazem parte do imaginário social de muitos profissionais de saúde, que possuem como referencial a lógica da heteronormatividade enquanto modelo a ser seguido (SÃO PAULO, 2012).

Trata-se de um investimento técnico por parte do Estado que deveria visar transformações na conduta profissional. Contudo, sabe-se que mesmo diante da existência de políticas específicas voltadas para promoção do cuidado à saúde sexual de mulheres lésbicas, a exemplo da já citada Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, bem como de campanhas já veiculadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de promover o conhecimento para as equipes de saúde sobre o tema, ainda permanecem as violações (LIMA, 2016).

Em relação a questão do preparo profissional, Melo (2010) destaca que ocorre uma quase inexistência de formação técnica específica em torno da temática LGBT e saúde, fato que reflete-se na prática profissional. Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde por Portella (2009) foi identificado pouco preparo dos profissionais para atuar junto a questões relacionadas à sexualidade e diversidade de gênero. As principais queixas dos profissionais disseram respeito à ausência de formação técnica, sendo esta temática praticamente ausente durante o processo de formação nas universidades.

Neste sentido, cabe a reflexão sobre como a saúde sexual da população de mulheres lésbicas está (ou não) sendo abordada dentro das universidades, nos cursos de formação na área de saúde. Segundo Lima (2016) percebe-se a importância de que as políticas públicas voltadas para promoção da saúde da população LGBTQ+ não se limitem a promover a disseminação do conhecimento apenas junto aos profissionais que já atuam nos serviços de saúde, mas sim que possa traçar formas de intervir no processo de formação junto às instituições de ensino, questão que pode ser concretizada, por exemplo, por meio de parceria entre o Ministério da Educação e as instituições, através da modificação das bases curriculares dos cursos da área de saúde, sugerindo a inserção de disciplinas que orientem e promovam o conhecimento sobre a saúde sexual, especialmente das minorias, como as mulheres lésbicas.

Torna-se importante também considerar que os elementos de cunho individual dos profissionais também seriam determinantes sobre a forma como irão prestar o atendimento em saúde às pacientes. Em um estudo realizado por Melo (2010) com profissionais de saúde, foram identificadas crenças distorcidas e estigmas que atuam como elementos que descredita e tentam invalidar as relações lésbicas e que se materializam através de comportamentos discriminatórios.

Os atendimentos em saúde deveriam ocorrer livres de preconceitos e prejulgamentos (CARVALHO, 2013). Contudo, “[...] existe um outro registro de inscrição homofóbica que transcende as práticas individuais, e é de certa forma, atualizado nessas práticas. Trata-se do

imaginário médico em torno da homossexualidade, e da associação histórica entre homossexualidade e doença” (MEINERZ, 2011, p. 55). Neste sentido, como destaca Lima (2016), elementos como as crenças e as atitudes dos profissionais de saúde sobre a saúde sexual das lésbicas estariam localizadas neste imaginário e poderiam atuar, também, como fatores que influenciam na qualidade do atendimento.

Logo, trata-se, da necessidade de modificação de visões de mundo, de perspectivas e de condutas no trato do exercício da profissão por parte dos profissionais de saúde que, por sua vez, deveriam pautar suas práticas nos princípios éticos inerentes às suas profissões. Para tanto, a atuação do Estado se faz fundamental no processo de conscientização e de tentativa de modificação de tais comportamentos, seja por meio da elaboração de políticas que levem o conhecimento e promovam a reflexão, seja por meio de fiscalização e aplicação de medidas educativas que visem coibir este tipo de conduta nos serviços de saúde.

4.3 DIREITO À SAÚDE SEXUAL NA PRÁTICA: MEDIDAS DO ESTADO NA BUSCA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E O COMBATE À DISCRIMINAÇÃO E AO PRECONCEITO NO ATENDIMENTO DE MULHERES LÉSBICAS

Como já destacado anteriormente, na busca pela garantia do direito à saúde, ao Estado compete fazer uso, principalmente, das políticas públicas de saúde voltadas para toda população. No entanto, ao se considerar que os diferentes grupos sociais que constituem toda a população possuem necessidades e demandas específicas, percebe-se que tais políticas precisam ser pensadas e elaboradas com o intuito de atender às diferentes necessidades. Neste sentido, o Estado, por meio de seus Ministérios e Secretarias, dispõe de mecanismos que deveriam englobar as diferentes necessidades sociais dos indivíduos.

Analisando o histórico de políticas públicas e campanhas elaboradas no Brasil voltadas para a promoção da saúde sexual da população de mulheres lésbicas é possível verificar alguns avanços e retrocessos, principalmente, no que diz respeito à promoção da saúde sexual, visto que, segundo Lima (2016), a homossexualidade feminina é um tema recente na agenda política brasileira.

Um retrato expressivo desta situação pode ser encontrado no início dos anos 1980, época em que ocorreu grande preocupação médica nas relações entre homens gays, em decorrência da associação com a explosão dos casos de HIV, fato que contribuiu para que as políticas e estudos se direcionassem para as práticas homossexuais masculinas, tendo como consequência

direta a estigmatização desta população e, indiretamente, uma crescente invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais dentro das políticas públicas de saúde (LIMA, 2016).

Contudo, a ocorrência de modificação no perfil da epidemia da Aids, com o aumento da incidência entre mulheres no início da década de 1990, contribuiu para que se instalasse entre grupos de ativistas lésbicas e bissexuais um quadro de preocupação acerca da possibilidade de transmissão do HIV nas práticas sexuais entre mulheres (MOLINA, 2011). Porém, em decorrência da associação entre o surgimento da Aids e as práticas sexuais gays masculinas, foi instalada no meio médico a crença da existência de baixa vulnerabilidade feminina às infecções sexualmente transmissíveis (LIMA, 2016).

Esta situação se tornou um agravante no processo de conquistas de espaços, de visibilidade e de direitos para as mulheres lésbicas. Passou a existir no meio médico uma situação de invisibilidade e de desinteresse em estudos que abordassem temas relacionados à sexualidade entre mulheres (LIMA, 2016). Questões relativas às vivências sexuais desta população ficavam limitadas a pequenos grupos, como ONG's ou em alguns espaços acadêmicos.

Um indicativo expressivo da situação de invisibilidade que passou a assolar as vivências sexuais das mulheres lésbicas é o fato de que este movimento permaneceu, até meados dos anos 1990, contido em poucos grupos dissipados pelo país, mesmo diante do fato de que a temática da sexualidade feminina já estivesse sendo discutida, sob uma perspectiva de gênero e da gestação, elaborada dentro do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ainda na década de 1980 (RUFINO, 2014).

No ano de 1994 ocorreu uma publicação de um artigo por grupo chamado “Coletivo de Feministas Lésbicas (CFL)” que chamou atenção para o fato de que, em relação a temática da sexualidade entre mulheres, ocorria uma total ausência de programas governamentais voltados para educação e prevenção adequada às IST's entre mulheres (PINTO, 2004). Segundo Almeida (2009), alguns poucos projetos e investidas com o intuito de promover este tipo de conhecimento entre mulheres lésbicas adveio pela ação de grupos locais em parceria com grupos internacionais, ou seja, nesta época, era flagrante o descaso do Estado para com as questões relativas à proteção à saúde sexual da população de mulheres lésbicas.

Inclusive, a respeito da aproximação de grupos de mulheres lésbicas brasileiras com grupos internacionais – que permitiu a ida de representantes nacionais para outros países – Almeida (2009, p. 308) salienta que este tipo de aproximação permitiu que “[...] o conhecimento

técnico, bem como os primeiros materiais destinados à prevenção, fossem obtidos, portanto, através de militantes vindas do exterior”.

Foi no ano de 2004 que o Ministério da Saúde brasileiro elaborou uma política chamada de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) a PNAISM teve como principal objetivo contemplar as mulheres em suas especificidades.

Embora a PNAISM tenha de fato inovado e representado um avanço no cuidado em saúde ao lançar olhares sobre a saúde das mulheres lésbicas, torna-se importante enfatizar que, para que essa população possa tomar suas decisões em relação ao cuidado em suas práticas sexuais, torna-se imperativo que as políticas ampliem suas condições sociais (CARVALHO; PHILIPPI, 2013). Desse modo, não seriam apenas as políticas em saúde as únicas ferramentas necessárias para a garantia do direito social fundamental à saúde, tendo em vista que o conceito de saúde é amplo, mesmo se tratando, especificamente, da promoção da saúde sexual.

Logo, as políticas de saúde podem, de certa forma, tornarem-se limitadas apenas a seus objetivos ou diretrizes, fato que impediria a ampliação do alcance dos direitos sociais, o que não tornaria possível a construção de “uma rede de infraestrutura, com intervenções sociais, que possibilite que tais direitos sejam de fato usufruídos” (RODRIGUES; SCHOR, 2010, p. 4), o que violaria a ideia de universalidade, constitucionalmente, definida. Desse modo, a política pública deve ser posta de forma a ultrapassar a mera função diretiva, tornando-se de fato um mecanismo que realmente propicie o acesso aos direitos, afinal, para além de diretrizes e orientações, os direitos se materializam muito mais na execução prática do que, apenas, no planejamento.

Porém, mesmo diante da existência de políticas públicas específicas para a promoção da saúde integral da população LGBTQ+, ainda permanecem as dificuldades no tocante à efetividade do direito material à saúde, especialmente para a população de mulheres lésbicas (LIMA, 2016). Tais dificuldades são evidenciadas em diferentes estudos nacionais realizados com amostras de mulheres lésbicas (MELLO, 2010; ALMEIDA 2009; CARRARA; RAMOS, 2005; COELHO, 2001; LIMA, 2016), onde ocorre a percepção congruente de que os serviços de saúde seriam um dos principais ambientes de ocorrência de discriminação para a população de mulheres lésbicas.

Neste contexto, Facchini (2009) destaca, por exemplo, a ocorrência de atendimentos ginecológicos em que o profissional, especialmente os médicos, após o relato da paciente sobre

sua sexualidade, demonstrarem total indiferença, como se não tivesse recebido a informação ou como se não tivesse o que falar a respeito das especificidades do sexo entre mulheres ou das demandas relacionadas à promoção da saúde sexual destas.

Situações de indiferença diante da revelação da orientação sexual das pacientes pode representar um despreparo por parte dos profissionais, que preferem negar as práticas sexuais lésbicas, ao invés de prestarem orientações adequadas à promoção da saúde sexual (LIMA, 2016). Já em outras situações, segundo Toledo (2008) o que ocorre é que os médicos ginecologistas presumem uma orientação heterossexual às pacientes e lhes oferecerem orientações para o sexo seguro para relações entre homens e mulheres, sem respeitar as especificidades das relações entre mulheres.

Assim, à medida em que os profissionais de saúde não perguntam a respeito ou desconhecem as vivências sexuais e especificidades das pacientes lésbicas ou, no caso de a paciente revelar sua sexualidade, não conseguem manejar a informação recebida, estariam ignorando as singularidades dessas mulheres e negando o direito à saúde sexual (COELHO, 2001), o que gera o desrespeito claro às políticas integrais de saúde da população lésbica.

Esta negação de direitos afeta diretamente o alcance das políticas de saúde para estas mulheres, visto que, segundo Rodrigues e Schor (2010), o processo de construção da saúde sexual estaria atrelado a dois elementos que, embora diferentes, estão totalmente relacionados: o recebimento de informações referentes aos direitos que cada pessoa tem enquanto cidadã, e o dever do profissional de saúde em garantir a execução desses direitos, considerando que as desigualdades de gênero, a homofobia, o machismo, a discriminação são esferas que constituem o cotidiano desses atores sociais, e por isso não podem ser ignoradas nem, muito menos, reproduzidas.

Considera-se ser de suma relevância que a implementação de políticas de saúde se efetive no acolhimento adequado e humanizado, no atendimento às necessidades de saúde desta população e na promoção do conhecimento acerca das formas, dos métodos possíveis para prevenção de IST's e dos seus direitos enquanto cidadãs (OLIVEIRA; NERY, 2016). Trata-se de um desafio para o Estado, a busca pelo desenvolvimento de novas políticas públicas e demais ferramentas como as ações afirmativas, que possibilitem, de forma efetiva, a superação das desigualdades e dos preconceitos existentes nos serviços de saúde.

Trata-se da necessidade de que os princípios do SUS se materializem nos atendimentos em saúde para as mulheres lésbicas. Não apenas, mas principalmente, a garantia da equidade,

de modo que suas demandas sejam consideradas e respeitadas. A maior parte das violações à garantia da dignidade da pessoa humana para esta população ganham corpo em manifestações de discriminação e exclusão social, contudo, no caso dos serviços de saúde, considera-se que não apenas estes elementos violariam esta garantia, mas também a questão da invisibilidade gerada pela desconsideração das especificidades em saúde dessas mulheres. Mesmo que esta condição não chegue a causar dano imediato ou manifesto durante o atendimento, considera-se que, para o quadro das lutas por direitos e por visibilidade social, este tipo de conduta profissional contribui negativamente.

Além disso, trata-se de uma prática de negligência em saúde pois, ao desconsiderar as demandas das mulheres lésbicas, o profissional de saúde, especialmente os médicos, podem vir a deixar de investigar e identificar diferentes patologias que, se não investigadas e posteriormente tratadas, implicariam diretamente na qualidade de vida das pacientes e, em alguns casos, diante da possibilidade de agravo do quadro patológico, até mesmo em risco de morte.

Em suma, é evidente o quanto a promoção da saúde sexual para a população de mulheres lésbicas pode vir a afetar a qualidade e a manutenção da vida destas mulheres, atuando diretamente na garantia da dignidade da pessoa humana. Por isso, cabe ressaltar a urgência da necessidade de ações do Estado que levem em consideração as demandas e especificidades em saúde desta população, considerando estas necessidades como um agrupamento de questões que vão desde a elaboração, dentro das atuais e de novas políticas, de ações de promoção da saúde para lésbicas, à forma com que estas políticas e suas ferramentas estão sendo efetivadas junto aos serviços, através da análise da qualidade dos atendimentos prestados àquelas a quem medidas devem buscar atender.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou analisar sobre como o atendimento nos cuidados em saúde sexual, prestados no Sistema Único de Saúde por profissionais de saúde, para com pacientes lésbicas, pode vir a afetar a garantia da dignidade da pessoa humana e do direito fundamental a saúde desta população.

Para tanto, buscou-se analisar o direito social fundamental à saúde a partir do seu cabimento constitucional, com ênfase na promoção da saúde sexual para população de mulheres lésbicas, considerando este direito como um dos fatores capazes de promover a garantia da dignidade da pessoa humana.

Além disso, foi realizado um levantamento de existência de políticas e campanhas governamentais nacionais de saúde acerca da promoção da saúde sexual de mulheres lésbicas voltadas para os profissionais de saúde, tomando como base o que dispõe a Constituição Federal acerca da saúde enquanto direito social fundamental, bem como buscou-se discutir sobre os impactos causados pela qualidade do atendimento prestado por profissionais de saúde para com as pacientes lésbicas para a garantia da dignidade da pessoa humana nesta população.

A partir da análise constitucional, percebeu-se que, ao longo da história do país enquanto Estado de Direito, o direito à saúde passou por um longo processo evolutivo. Sendo inicialmente considerado como uma garantia de “socorros públicos”, passando a ser garantido apenas a uma parcela da população, como os trabalhadores e as mulheres grávidas, até chegar ao modelo atual, de direito social fundamental.

Mesmo sendo um direito social fundamental, em que todos, sem distinção, possuem direito à saúde, sabe-se que na realidade, este direito é constantemente violado, seja por questões relativas à deficiência de políticas; seja por insuficiência de investimentos do Estado.

Acerca da forma como os serviços de saúde são oferecidos, considerou-se que os mesmos podem ser constituir, especialmente aqueles que oferecem atendimentos relacionados à saúde sexual, cenários de violações de direitos e da dignidade da pessoa humana. À medida que mulheres lésbicas, ao buscarem atendimento em saúde, não recebem orientações adequadas sobre promoção à saúde sexual, ou têm suas demandas e especificidades desconsideradas, estas estão sofrendo violações de direitos.

Trata-se de uma violação tão grave que, além de ferir os princípios constitucionais, também atinge diretamente princípios que norteiam os fundamentos do Sistema Único de Saúde, os princípios éticos das profissões em saúde e, de forma geral, os Direitos Humanos.

Ocorre, assim, a negação de um direito fundamental social, algo grave para um Estado considerado como sendo Democrático de Direito.

Como já mencionado, as dificuldades enfrentadas pelas mulheres lésbicas na busca pela garantia do direito à saúde vão de encontro aos princípios do SUS, pois, ao considerar a saúde como um bem universal, de modo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, o SUS deixa claro que nenhuma característica, seja de qual natureza for, deve ser tomada como justificativa para a negação do acesso aos atendimentos em saúde, bem como na prestação dos atendimentos. A desconsideração das singularidades das práticas sexuais entre mulheres pode ser entendida como uma violação à equidade que, por sua vez, objetiva tornar possível a igualdade material nos atendimentos.

Além disso, é fundamental que sejam considerados os atendimentos em sexual saúde de forma integral, abrangendo aspectos físicos que demandam, por exemplo, exames médico-ginecológicos, bem como aspectos subjetivos que demandam o respeito a fatores como medos, receios, angústias e expectativas que o atendimento pode provocar nas pacientes.

Embora mais recentemente o Estado tenha buscado também oferecer atendimento em saúde direcionado às demandas da população de mulheres lésbicas, elaborando políticas e algumas ferramentas com o intuito de promover a orientação e a conscientização profissional, a exemplo de algumas campanhas e materiais informativos, percebeu-se que as violações continuam a serem motivos de queixas da própria população de mulheres lésbicas. Considera-se que as atuais políticas públicas de saúde e suas ferramentas (campanhas, materiais informativos, treinamentos, e etc.) são insuficientes, de baixa abrangência e, em alguns casos, não chegam a concretizar o que originalmente era pretendido pelo Estado.

Algumas pesquisas que foram localizadas e que serviram de referencial para elaboração do presente estudo apontam que a violação do direito à saúde das mulheres lésbicas é recorrente e, mesmo que não ocorra de forma flagrante, através de condutas negativas dos profissionais, podem ser identificadas através da omissão de informações, de atendimentos direcionados e pela desconsideração dos elementos que são inerentes apenas às práticas sexuais entre mulheres. Em alguns casos, tais violações são tão sutis que nem chegam, em um primeiro momento, a serem percebidas pelas vítimas como violações de direitos.

Contudo, independente da forma como ocorrem, qualquer prática que negue um direito fundamental é uma violação e deve ser repreendida, reprovada, condenada e, jamais, aceita. No caso da população de mulheres lésbicas, sabe-se, a partir do levantamento histórico realizado

acerca das relações entre mulheres no Ocidente, que estas sempre foram, ao longo do tempo, colocadas à margem da marginalidade e da negação, sendo reprimidas, por serem mulheres e lésbicas, por sociedades que condenavam suas práticas.

Assim, em pleno século XXI, diante de algumas conquistas já alcançadas pela comunidade LGBTQ+, e pela construção de novas perspectivas que respeitam os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, materializadas, por exemplo, em tratados internacionais, seria ainda mais inaceitável a perpetuação deste tipo de prática. Contudo, mesmo diante das conquistas, é preocupante os novos rumos que países como o Brasil estão tomando, desde que grupos ultraconservadores e que seguem dogmas religiosos passaram a assumir o controle político do Estado.

É uma situação que vem representando um verdadeiro risco para a garantia dos direitos fundamentais elencados na Constituição Federal, como o próprio direito fundamental à saúde, e a igualdade formal. À medida que representantes políticos, que ocupam importantes e notórios postos no país, discorrem discursos de intolerância envoltos em dogmas religiosos para com a diversidade, pode ocorrer a legitimação desse tipo de conduta, o que pode resultar em novas situações de violação.

Considera-se uma situação preocupante, visto que cabe ao Estado assegurar os direitos fundamentais dispostos na Constituição Federal, através das políticas públicas. Quando representantes do Estado, que possuem o poder de decidir sobre quais políticas públicas serão criadas e mantidas, quais programas serão desenvolvidos ou extintos, e quais investimentos serão realizados, passam a apresentar posturas conservadoras e que vão de encontro aos princípios constitucionais e aos Tratados Internacionais de Direitos Humanos, acabam por servirem de modelos a serem seguidos por pessoas que compartilham das mesmas visões de mundo, perpetuando as violações de direitos, principalmente dos grupos minoritários.

No caso específico das minorias sexuais, como as mulheres lésbicas, somando-se a este novo horizonte sombrio que emerge no país, estão as posturas machistas, homofóbicas e lesbofóbicas que de certa forma sempre pairaram na sociedade, motivo pelo qual políticas públicas em saúde foram desenvolvidas, com o intuito de promover a igualdade material do direito à saúde, excluindo qualquer forma de preconceito e discriminação na oferta dos serviços de saúde.

Torna-se fundamental que as políticas públicas, além de fomentarem mecanismos de garantia ao direito à saúde, também considerem a implementação de elementos que propiciem

a autoafirmação das mulheres lésbicas nos serviços de saúde, visto que, não adianta existirem políticas de saúde, nem tão pouco ferramentas advindas destas políticas que visem a garantia do direito à saúde sexual desta população, se as próprias mulheres, que deveriam ser o alvo destas medidas, simplesmente omitem sua sexualidade por receio de se autoafirmarem enquanto mulheres lésbicas, seja para evitar a discriminação, seja por vergonha.

Neste sentido, considera-se a necessidade de elaboração, dentro das políticas públicas de saúde, de ações afirmativas (ou medidas de discriminação positiva) que possam igualar as oportunidades, favorecendo a visibilidade lésbica, o que contribuiria no processo de construção da autoafirmação destas mulheres enquanto pessoas detentoras de direitos, tornando possível a superação do receio da rejeição social ou do constrangimento em revelar a orientação sexual, reforçando a ideia de que não é errado ser mulher e amar outra mulher.

A criação de um número, por exemplo, voltado exclusivamente para o recebimento de queixas e reclamações de violações ocorridas nos serviços de saúde contra a população LGBTQ+, pode ser considerada uma medida positiva a ser tomada dentro das políticas públicas em saúde. No âmbito programático, o incentivo à formação dos profissionais, através da elaboração e do oferecimento de cursos EAD voltados para a promoção da saúde da população LGBTQ+, de modo que as políticas em saúde não se limitem apenas à elaboração de campanhas educativas, mas sim, que passem a oferecer formação contínua ampliada, aprofundada e de qualidade a todos os profissionais de saúde.

Contudo, diante do cenário político já exposto, é de suma importância saber se as atuais políticas públicas em saúde voltadas para o cuidado em saúde das mulheres lésbicas serão continuadas, se novas serão desenvolvidas, ou se as posturas ultraconservadoras serão mais relevantes do que os direitos constitucionalmente garantidos e que deveriam obrigatoriamente serem respeitados dentro de um Estado Democrático de Direito.

Por fim, considera-se que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, porém, ressalta-se a limitação do presente estudo em não ter realizado uma análise a partir de conceitos como a garantia do mínimo existencial e da reserva do possível, que poderiam ampliar ainda mais as análises.

Considera-se, também, a importância de que novos estudos que abordem a temática da promoção da saúde sexual de mulheres transexuais lésbicas venham a ser elaborados em estudos futuros, visto que estas mulheres também podem sofrer diversas violações de direitos nos atendimentos em saúde recebidos e que agravados por elementos como o machismo e a

heteronormatividade, afetam diretamente a garantia da dignidade da pessoa humana também nesta população.

REFERÊNCIAS

- ADELMAN, Míriam. Paradoxos da Identidade: A Política de Orientação Sexual no Século XX. *Revista Sociologia Política*, Curitiba, v. 14, p. 163-171, 2000.
- ALBUQUERQUE, Mário Roberto Tavares Cardoso de; BOTELHO, Nara Macedo; RODRIGUES, Cybelle Cristina Pereira. Atenção Integral à Saúde da População LGBT: experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, 14(41), 2019, p. 1758, [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1758](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1758).
- ALMEIDA, Guilherme Silva de. Argumentos em torno da Possibilidade de Infecção por DST e Aids entre Mulheres que se Auto-definem como Lésbicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 19(2), p. 301-331, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000200004&lng=en&tlng=pt. Acesso em: 08 fev. 2019.
- ARAÚJO, Jailton Macena de; & MEDEIROS, Robson Antão de. O Direito à Orientação Sexual como Direito Fundamental e sua Proteção pelo Poder Judiciário Brasileiro. **Prima Facie**, João Pessoa, 8(14), 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/primafacie/article/view/8462>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- ARAÚJO, Luciane Marques de. **Representações Sociais de Enfermeiras e Médicos do Campo da Saúde Sexual e Reprodutiva sobre as Mulheres Lésbicas**. Tese. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro/RJ, 2015.
- ARAÚJO, Luciane Marques de; PENNA, Luciana Helena Garcia; CARINHANHA, Joana Labrudi; & COSTA, Cristiane Maria Amorim. O Cuidado às Mulheres Lésbicas no Campo da Saúde Sexual e Reprodutiva. **Rev. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/download/34262/29740>. Acesso em: 04 set. 2019.
- AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; FRANÇA-JR., Ivan. Conceitos e Práticas de Prevenção: Da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria (Orgs.), **Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Prevenção e promoção da saúde: Vol. 1. Da doença à cidadania**. p. 73-93. Curitiba, PR: Juruá, 2012.
- BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira; *et al.* **Invisibilidade Lésbica e a Interseccionalidade de Opressões**. In: 18º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher e Relações de Gênero - REDOR, Recife - PE, 2015.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a Cuidados Relativos à Saúde Sexual entre Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 25 (Supl.2), 2009, p. 291-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400011>.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. **Saúde da Mulher Lésbicas. Dossiê: promoção da equidade e da integralidade**. Rede Feminista de Saúde, 2006. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf. Acesso em: 05 nov. 2018.

- BARRIQUELLO, Carolina Andrade; KRAWCZAK, Kaoanne Wolf; STURZA, Janaína Machado. **Uma "Moeda de Troca" nas Penitenciárias: o direito à saúde dos transexuais no sistema carcerário brasileiro**. Anais do XXII Jornada de Pesquisa do Salão do Conhecimento da Unijuí, 2017.
- BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. 7. ed. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRASIL, Constituição (1891). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1891.
- BRASIL, Constituição (1891). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1891.
- BRASIL, Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1946.
- BRASIL, Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1946.
- BRASIL, Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Rio de Janeiro, 1967.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Constituição (1824). **Constituição Política do Império do Brasil**. Rio de Janeiro, 1824.
- BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1934.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos do Direito à Saúde no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_direito_saude_brasil.pdf. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2010; 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias de Direitos Humanos (SDH). Políticas para as Mulheres (SPM). **Campanha Cuidar bem da saúde de cada um. Faz bem para todos. Faz bem para o Brasil.** 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/lgbt>. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil.** Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRITZMAN, Débora. **O Que é essa Coisa Chamada Amor: Identidades Homossexuais, Educação e Currículo.** Educação e Realidade, v. 21, n. 1, p. 71-96, 1996.

BUENO, Jorge Arbex. **A saúde como Direito Social Fundamental.** Jus.com, 2014. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/34271/a-saude-como-direito-social-fundamental>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BUENTING, Julie. (2009). Health life-styles of lesbian and heterosexual women. **Health Care for Women International**, 13(2), p. 165-171.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, 17(1), 2007, p. 77-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2019.

CALDERARO, Fernanda. **Políticas de Saúde voltadas às Lésbicas: um estudo sobre a possibilidade de reverter um quadro histórico de invisibilidade.** Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 2011.

CANO, Maria Aparecida Tedeschi; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; GOMES, Romeu. **Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 18-24, Apr. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jun. 2019.

CARRARA, Sérgio; RAMOS, Silvia. **Política, Direitos, Violência e homossexualidade: pesquisa 9a Parada do Orgulho GLBT - Rio 2004.** 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005.

CARVALHO, Laudenize Souza; PHILIPPI, Miriam May. Percepção de Lésbicas, Gays e Bissexuais em Relação aos Serviços de Saúde. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, 11(2). p. 83-92, 2013. doi: 10.5102/ucs.v11i2.1837.

CARVALHO, Vanessa Azambuja de. **As Representações Sociais de Mulheres Lésbicas sobre Atenção à sua Saúde.** Monografia de conclusão de curso de especialização, Curso de Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pelotas, Rio Grande do Sul, 2013.

CATÃO, Marconi do Ó; FARIAS, Camilo de Lélis Diniz de; LIMA, Déborah Maria da Cunha; & GÓES, Lírida Carla Moreira de. Da Exclusão Social aos Direitos de Cidadania: percursos e percalços da população lgbt de Campina Grande – PB. **Revista Dat@venia**, Campina Grande, 7(1), 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/datavenia/article/view/3617-10872-1>. Acesso em: 26 ago. 2019.

COELHO, Leila Machado. A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologistas do Ponto de Vista das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. **Revista Tesseract**, 4, 2001.

- CORDEIRO, Karine da Silva. **Direitos Fundamentais Sociais. Dignidade da Pessoa Humana e Mínimo Existencial. O papel do Poder Judiciário.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2012.
- CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva.** Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.
- CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos Sexuais e Reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza. (Org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.** Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003, p. 17-73.
- COSTA JÚNIOR, Clóvis Pereira da. **Do Branqueamento às Cotas Raciais: conhecimento histórico e memória para a tomada de posição.** Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, 2013.
- COSTA, Moacir. **Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento.** 8. ed. São Paulo: L & PM Editores, 1986.
- CRISPIM, Josefa. Eliziana; BARRETO, Elissandra Ferreira; NOGUEIRA, Waleria Bastos; ALMEIDA, Sandra Aparecida de. **Assistência de Enfermagem à Mulher Lésbica e Bissexual na Atenção Básica: protocolo de atendimento.** Anais do VII fórum nacional de mestrados profissionais em enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7599/6584>. Acesso em: 01 jun. 2019.
- DE GOIS, Vander Lima Silva. Desafios na Efetivação do Direito à Saúde Fundado no Paradigma da Dignidade Humana. 2017. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/Desafios.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019.
- DEHART, Dana. Breast health behavior among lesbians: The role of health beliefs, heterosexism, and homophobia. **Women & Health**, 48(4), 2008, p. 409-427. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/openurl?genre=article&issn=15410331&volume48&issue=4&spage=409>. Acesso em: 07 jun. 2019.
- DEL PRIORE, Mary. **História das Mulheres no Brasil.** Coordenação de textos de Carla Bassanesi. São Paulo: Contexto, 2004.
- DIAS, Maria Berenice. **Liberdade de Orientação Sexual na Sociedade Atual.** 2007. Disponível em: [http://www.mariaberenice.com.br/manager/arq/\(cod2_632\)53__liberdade_de_orientacao_sexual_na_sociedade_atual.pdf](http://www.mariaberenice.com.br/manager/arq/(cod2_632)53__liberdade_de_orientacao_sexual_na_sociedade_atual.pdf). Acesso em: 07 jul. 2019.
- DINKEL, Shirley Ann. **The Lived Experiences of Lesbians over 50 as Patients in Primary Healthcare Settings.** Doctoral dissertation, University of Missouri-Kansas, KS, 2005.
- ENGELS, Friedrich, **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.
- FACCHINI, Regina. **Entre umas e outras: mulheres, (homo)sexualidades e diferenças na cidade de São Paulo.** Tese de Doutorado. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2008.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Editora Positivo, 2014.

FOUCAULT, Michel. **A História da Sexualidade: a vontade do saber, vol. 1.** The will to knowledge. London, Penguin, 1978.

FREUD, Sigmund Schlomo. **Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade (1905).** Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FURLAN, Bruna. **Artigo 196 da Constituição Federal: Direito à Saúde, um Direito Fundamental.** 2014. Disponível em: <http://saudedireito.org/2014/01/29/artigo-196-da-constituicao-federal-direito-a-saude-um-direito-fundamental/>. Acesso em: 25 ago. 2019.

GAUDAD, Luana. **Heteronormatividade em Dispositivos Visuais: análise de campanhas governamentais de sexualidade para mulheres lésbicas.** Monografia (Bacharelado em Serviço Social), Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2013.

GAUDERER, Christian. **A vida sem receitas.** 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1994.

GIOVANELLA, Ligia; MORAES, Sarah Maria Escorel de; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Porta de Entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à Rede de Serviços da Saúde. **Saúde em Debate.** 27(65), 2003, p. 278-289. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/PortaEntrada.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.

GRANADO, Luiza. **Mitos sobre a Relação entre Mulheres e a Transmissão de DST/HIV.** Boletim Ousar viver, São Paulo, 4(6), 1998.

HÄBERLE, Peter. A Dignidade Humana como Fundamento da Comunidade Estatal. Tradução de Ingo Wolfgang Sarlet e Pedro Scherer de Mello Aleixo. In: SARLET, Ingo Wolfgang (Org.). **Dimensões da Dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional.** 2 ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, p. 81.

JUNQUEIRA, Rogério Diniz. **“Aqui não temos Gays nem Lésbicas”: estratégias discursivas de agentes públicos ante medidas de promoção do reconhecimento da diversidade sexual nas escolas.** Bagoas. 04, 2012, p. 171-190. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/bagoas/v03n04art09_junqueira.pdf. Acesso em: 09 nov. 2018.

LIMA, Michael Augusto Souza de. **Vulnerabilidade e Prevenção às DST's nas Práticas Afetivo-Sexuais de Lésbicas.** Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB. 2016.

LINS, Regina Navarro. **O Livro do Amor: Vol. 1 da Pré-história à Renascença.** Best Seller, Rio de Janeiro, 2013.

LINS, Regina Navarro. **O Livro do Amor: Vol. 2 do Iluminismo à Atualidade.** Best Seller, Rio de Janeiro, 2012.

LIONÇO, Tatiana. Atenção Integral à Saúde e Diversidade Sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis,** Rio de Janeiro, 19(1), 2009, p. 43-63. doi: 10.1590/S0103-73312009000100004.

LIONÇO, Tatiana. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade,** 17(2), 11-21, 2008. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>.

LOURO, Guacira Lopes. **Heteronormatividade e Homofobia.** In: Simpósio Paraná-São Paulo de sexualidade e Educação Sexual, 1, 2005, São Paulo. Anais I Simpósio Paraná-São Paulo de sexualidade e Educação Sexual. São Paulo: Araraquara, 2005.

LOURO, Guacira Lopes. **O Corpo Educado. Pedagogias da Sexualidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. 2ª ed. Autêntica, Belo Horizonte, 2000.

MARQUES, António Manoel; OLIVEIRA, João Manuel de; NOGUEIRA, Conceição. A População Lésbica em Estudos da Saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(7), 2013, p. 2037-2047. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700019>.

MATA, Giselle Moreira da. **As Práticas Homossexuais Femininas na Antiguidade Grega: uma análise da poesia de Safo de Lesbos (Século VII a.C)**. Revista Aletheia, 1, pp. 1-15, 2009.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Humanização das Práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, 2009, p. 771-780. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 dez. 2018.

MEINERZ, Nádia. Elisa. Impasses Classificatórios envolvendo Gênero e Sexualidade no Atendimento Público de Saúde. In: NASCIMENTO, Pedro; RIOS, Luís Felipe (Orgs). **Gênero, Saúde e Práticas Profissionais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

MEINERZ, Nádia. Elisa. **Entre Mulheres: estudo etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica feminina em segmentos médios na cidade de Porto Alegre – RS**. Dissertação (Mestrado em Antropologia social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, 2005.

MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROSA, Cláudio. Políticas de Saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, (9), 2011, p. 7-28. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198464872011000400002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1984-64872011000400002. Acesso em: 02 nov. 2018.

MELO, Ana Paula Lopes de. **“Mulher Mulher” e “Outras Mulheres”: gênero e homossexualidade(s) no programa de saúde da família**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rede Sirius/cbc, Rio de Janeiro/RJ, 2010. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp148126.pdf>.

MOLINA, Luana Pagano Peres. A Homossexualidade e a Historiografia e Trajetória do Movimento Homossexual. **Antíteses**, 4(8). p. 949-962, 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MOSCHETA, Murilo dos Santos. **Responsividade como Recurso Relacional para a Qualificação da Assistência a Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Tese de Doutorado não publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2011.

MOTT, Luiz. **Homossexualidade: mitos e verdades**. Salvador: Ed. Grupo Gay da Bahia, 2003.

NAVARRO-SWAIN, Tânia. **O que é lesbianismo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

NEGREIROS, Flávia Rachel Nogueira de. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da formação médica à atuação profissional. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2019, 43(1), p. 23-31. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075>.

NUNES, Cesar Aparecido. **Desvendando a sexualidade**. Campinas: Papirus, 1987.

OLIVEIRA, Adélia Dalva da Silva; NERY, Inez Sampaio. Conhecimentos, Atitudes e Práticas das Mulheres que fazem Sexo com Mulheres sobre a Transmissão e a Prevenção do HIV/Aids. **Rev. enferm.**, 11(7), 2016, p. 2736-2742.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque de. Direito à Saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XIV, 48, 2010, p. 92-100.

OLIVEIRA, Caroline Schweitzer de. **Assumir-se lésbica: desafios e enfrentamentos**. Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 7: Gênero e Preconceitos. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em:

http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/C/Caroline_Schweitzer_de_Oliveira_20.pdf. Acesso em: 01 jun. 2019.

OLIVEIRA, Luciana Ketzer de. **A visibilidade das mulheres lésbicas em Porto Alegre, de 1997 a 2011**. Monografia de conclusão de curso. Graduação em Sociologia. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Unijui, 2013.

OLIVEN, Arabela Campos. Ações Afirmativas, Relações Raciais e Política de Cotas nas Universidades: uma comparação entre os Estados Unidos e o Brasil os Estados Unidos e o Brasil. **Educação**. Porto Alegre/RS, 1(61), p. 29-51, 2007. Disponível em:

<http://flacso.redelivre.org.br/files/2012/07/580.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2019.

ORDACGY, André da Silva. **O Direito Humano Fundamental à Saúde Pública**. 2014. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Direito-Humano-a-saude-oublica.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

PETCHESKY, Rosalind Pollack. Direitos Sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 15-38.

PIASON, Aline da Silva; STREY, Marlene Neves. **Mulheres que amam mulheres: perspectivas acerca do processo de auto-reconhecimento e visibilidade social**. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012.

PIASON, Aline da Silva; STREY, Marlene Neves. Um Novo Olhar em Relação às Mulheres: Em Busca de Visibilidade às Lésbicas. In: STREY, Marlene Neves; PIASON, Aline da Silva; Júlio, Ana Luisa dos Santos (Orgs.). **Vida de Mulher: Gênero, Sexualidade e Etnia**. v. 7. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011.

PINHO, Maria Helena Dias de Campos Correia de. **Religião, Sexualidade e Pecado na História**. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração, Mestrado em Ciências das Religiões, Lisboa, 2018.

PINTO, Valdir Monteiro. **Aspectos Epidemiológicos das Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres que fazem Sexo com Mulheres**. Dissertação de Mestrado, Curso de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2004.

PIOVESAN, Flávia. Ações afirmativas no Brasil: desafios e perspectivas. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, 16(3), p. 887-896, 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 ago. 2019.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito Fundamental à Saúde: regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial**. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Direito do Estado, Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade do Paraná, Curitiba, 2013.

PONTES, Ângela Felgueiras. **Sexualidade: vamos conversar sobre isso? Promoção do desenvolvimento psicossocial na adolescência: implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar**. Tese. Programa de Doutorado em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS. Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2011.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; & SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 22(5), 2017, p. 1509-1520. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501509&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jun. 2019.

PRADO, Ana Paula Barroso de Salles Paiva. **Direito Fundamental à Saúde: direito social tratado como direito individual no Brasil**. Dissertação. Faculdade de Direito do Sul de Minas. Programa de Pós-graduação em Direito. Pouso Alegre, MG, Brasil, 2012.

PRADO, Marco Aurélio Máximo; & MACHADO, Frederico Viana. **Preconceito contra Homossexuais: a hierarquia da invisibilidade**. São Paulo: Cortez, 2008.

RIBEIRO, Karla Carolina Silveira. **Adolescência e Sexualidade: vulnerabilidade às DST's, HIV/Aids e a gravidez em adolescentes paraibanos**. Dissertação de Mestrado não publicada. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2013.

RIOS, Roger Raupp. O Princípio da Igualdade e a Proibição de Discriminação por Orientação Sexual. **Direito e Democracia**, 2(2), 2001. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/direito/article/view/2410/1645>. Acesso em: 15 ago. 2019.

RITONDALE, Cluadionor Aparecido. **História para o Enem e Vestibulares**. 2017.

ROBERTS, Susan; PATSDAUGHTER, Carol; GRINDEL, Cecelia Gatson; TARMINA, Suzanne. (2004). Health related behaviors and cancer screening of lesbians: Results of the Boston Lesbian Health Project II. **Women & Health**, 39(4), 2004, p. 41-55.

RODRIGUES, Julliana Luiz; SCHOR, Néia. **Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Lésbicas**. Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 2010. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278277959_ARQUIVO_trabalhocompl etoJulliana.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

RODRIGUES, Julliana Luiz. **Estereótipos de Gênero e o Cuidado em Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2011.

ROTHBLUM, Esther; BREHONY, Kathleen. A. **Boston Marriages – Romantic but asexual relationships among contemporary lesbians**. Amherst: The University of Massachussets Press, 1993.

RUBIN, Gayle. Studying Sexual Subcultures: excavating the ethnography of gay communities in Urban North America. In: LEWIN, Ellen; LEAP, William. (Orgs.) **Out in**

theory. The emergence of lesbian and gay anthropology. Chicago, University of Illinois Press, 2002, p.17-68.

RUFINO, Andréa Cronemberger. **Políticas Públicas para a Saúde de Lésbicas no Brasil.** Ministério da Saúde. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais, p 15-17, Distrito Federal, Brasília, 2014.

RUFINO, Andréa Cronemberger; MADEIRO, Alberto; TRINIDAD, Adriana; SANTOS, Raiza; & FREITAS, Isadora. Práticas Sexuais e Cuidados de Saúde de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres: 2013-2014. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 27(4), 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000400302&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 04 set. 2019.

SANTOS, Adriana Cecilio Marco dos. **A Diferença entre Direitos Fundamentais e Humanos e Cláusulas Pétreas.** Consultor Jurídico, 2018. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2018-jul-02/adriana-cecilio-diferenca-entre-direitos-fundamentais-humanos>. Acesso em: 01 jun. 2019.

SÃO PAULO. Governo do Estado. **Cartilha Diversidade.** Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual. Diversidade sexual e cidadania LGBT. São Paulo: SJDC/SP, 2012. Disponível em http://www.recursoshumanos.sp.gov.br/lgbt/cartilha_diversidade.pdf. Acesso em: 10 fev. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas Considerações em torno do Conteúdo, Eficácia e Efetividade do Direito à Saúde na Constituição de 1988. **Direito e Democracia**, 3(1), 2002. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/direito/article/view/2433/1659>. Acesso em: 08 ago. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988.** 8 ed. rev. atual. e ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010, p. 70.

SILVA, Graziella Moraes Dias da. Ações afirmativas no Brasil e na África do Sul. **Tempo soc.** São Paulo, 18(2), p. 131-165, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702006000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2019.

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. Direito à Saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. **Revista Constituição e Garantias de Direito**, 9(2), 2017. p. 4 – 22. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/12251>.

SOUSA, Emerson Tavares *et al.* A Questão Social da Fluoretação das Águas e a Efetivação do Direito à Saúde. **Revista Direito Sanitário**, São Paulo, 18(3), p. 125-142, 2017.

SPERANZA FILHO, Nelson; ANDRADE, Paulo Antonio Rufino de; ANDRADE, Thaís de Camargo Oliva Rufino. **Diversidade de Gênero e Saúde: o atendimento integral à saúde da população transgênero no SUS.** Âmbito Jurídico. 2017. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direitos-humanos/diversidade-de-genero-e-saude-o-atendimento-integral-a-saude-da-populacao-transgenero-no-sus/>

STURZA, Janaína Machado; ROCHA, Claudine. **A História do Constitucionalismo Brasileiro sob a Ótica do Direito à Saúde: frustrações e conquistas constitucionais.** Anais do XXI Encontro Nacional do CONPEDI, 2012.

TELO, Shana Vieira; WITT, Regina Rigatto. Saúde sexual e Reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, 23(11), 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016>.

TOLEDO, Livia Gonsalves. **Biopoder, Gêneros e Sexualidades: Articulando Desejo, (In)Visibilidade e Processos de Exclusão na Vivência das Lesbianidades**. Em Anais do 9 Fazendo Gênero. Santa Catarina: UFSC, 2010.

TOLEDO, Livia Gonsalves. **Estigmas e Estereótipos sobre as Lesbianidades e suas Influências nas Narrativas de Histórias de Vida de Lésbicas Residentes em uma Cidade do Interior Paulista**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2008.

TUDE, João Martins. Conceitos Gerais de Políticas Públicas. In: TUDE, J. M., FERRO, D. SANTANA, F. P. **Políticas Públicas**. Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2010, p.11.

UNASUS. **Saúde Lança Campanha sobre Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. 2015.

VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A Homossexualidade Feminina no Campo da Saúde: da invisibilidade à violência. **Physis**, Rio de Janeiro, 21(4), 2011, p. 1451-1467.

VANCE, Carole. A Antropologia Redescobre a Sexualidade. **Physis**, (5), 1995.

WEEKS, Jeffrey. (2003). **Sexuality**. Nova Iorque: Routledge.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **The World Health Report**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/.

ZEIDENSTEIN, Laura. Gynecological and Childbearing needs of Lesbians. **Journal of Nurse-Midwifery**, 35, 1990, p. 10-18. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0091218290900527>. Acesso em: 01 jun. 2019.