



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO

Marina da Cruz Nunes

# O CENÁRIO DA SAÚDE SEXUAL E GINECOLÓGICA DAS MULHERES CIS LÉSBICAS NO BRASIL

Rio de Janeiro  
2022  
Marina da Cruz Nunes

O CENÁRIO DA SAÚDE SEXUAL E GINECOLÓGICA DAS MULHERES CIS LÉSBICAS  
NO BRASIL

Monografia apresentado à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz  
(EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para  
aprovação no Curso Técnico em Biotecnologia.

Orientador(a): Simone Goulart Ribeiro

Rio de Janeiro  
2022

Marina da Cruz Nunes

O CENÁRIO DA SAÚDE SEXUAL E GINECOLÓGICA DAS MULHERES CIS LÉSBICAS  
NO BRASIL

Projeto de Monografia apresentado como requisito  
parcial para aprovação no Curso Técnico em  
Biotecnologia.

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Simone Goulart Ribeiro  
EPSJV/FIOCRUZ

---

Grasiele Nespoli  
EPSJV/FIOCRUZ

---

Flávio Paixão  
EPSJV/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2022



*Dedico esse trabalho às  
minhas avós Marinas*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio– Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) pelo apoio institucional e a oportunidade de produzir meu primeiro projeto científico de pesquisa.

Agradeço à minha orientadora Simone Goulart Ribeiro por toda sua dedicação, suporte e apoio prestados tão importantes para esclarecimento de questões, ampliação de conhecimentos por meio da disponibilização de materiais de consulta, e as correções e aprimoramentos indicados, que se apresentaram essenciais para o desenvolvimento do projeto, também por toda a compreensão acerca das dificuldades enfrentadas em escrever um artigo em um contexto pós pandêmico, e por ainda assim acreditar no meu potencial de escrever esse projeto.

Agradeço à minha mãe Anne por ser a minha base, por cumprir tantas funções para que eu pudesse exercer meu direito de estudo, por desde cedo ter depositado em mim confiança, e por sempre ter sido o meu local de apoio, o meu local de repouso, e também por ser uma mãe tão acolhedora, que me abraçou assim que eu resolvi falar sobre minha bissexualidade, e que dois anos depois está politizada sobre isso, me defendendo em situações de preconceito, buscando sensibilizar outras mães sobre o assunto, e me apoiando demais a escrever sobre a saúde de mulheres que compartilham de vivências sexuais como as minhas.

Agradeço ao meu pai Helcio, por ter me incentivado a passar pelo processo seletivo da EPSJV, por ter me fornecido apoio nos estudos, estar sentado no auditório da escola se emocionando junto comigo quando meu número foi sorteado, agradeço por ter me ensinado a sempre dar o meu melhor em tudo o que eu fizesse, mesmo que o resultado não fosse o meu esperado, por ter me ensinado tanto sobre responsabilidade e compromisso que foram muito necessários nesse estudo, agradeço por mesmo sendo difícil compreender questões de sexualidade e gênero, sempre respeitar e me amar independente de qualquer coisa.

Agradeço as minhas irmãs, Camila, Letícia, Manuella e Maitê e Stephany por serem a minha principal motivação de correr atrás de crescer profissionalmente e ajudar nossa família, e por serem a minha alegria, a minha casa, o local seguro em que eu posso ser eu mesma sem nenhum

juízo, e me divertindo como nunca, por serem minhas inspirações femininas e a maior evidência da pluralidade das mulheres, por me ensinarem tanto todos os dias.

Agradeço às minhas amigas Ana Paula, Vitória por terem composto o meu eterno trio durante esses anos, por terem dentro do ambiente escolar sido a minha família, as pessoas que conseguiam compreender as minhas dificuldades escolares por também enfrentarem elas, sem dúvidas são elas a melhor coisa que levarei da escola para a minha vida, elas literalmente choraram meu choro e sorriram meu sorriso, e eu não poderia ter um suporte maior do que essas mulheres ao meu lado durante esses 4 anos.

Agradeço à Giulie e Yan por terem sido na escola o meu maior acesso a questões de sexualidade e gênero, por terem sido também minhas parceiras no dia a dia, fazendo à ida ao terceiro andar para escovar os dentes o evento mais legal do mundo, e terem feito ficar na sala de música em todo o recreio ou andar pra cima e pra baixo dançando kpop ser algo completamente comum, agradeço por terem tornado coisas simples incríveis.

Agradeço por fim, ao meu namorado Michael, por ter inúmeras vezes me emprestado seu computador para que eu pudesse escrever e editar o projeto, deixando de jogar os jogos que ele tanto ama pra isso, agradeço por respeitar a minha identidade como mulher bissexual dentro de uma relação heterossexual e monogâmica, e por ter sido durante todo esse tempo o meu principal motivador a escrever esse artigo e a grande fonte de afeto em que encontrei apoio emocional incondicionalmente.

*Os avanços são frutos  
da luta. E não tem  
volta. - Djamila  
Ribeiro*

## **RESUMO**

Este projeto busca retratar a debilidade do sistema nacional de saúde em construir medidas efetivas de proteção e garantia de acesso a saúde das mulheres lésbicas cisgênero, de forma interseccional levando em consideração recortes não só de sexualidade, mas também de aspectos socioeconômicos como, classe e raça por exemplo, abordará uma perspectiva histórica de forma a contextualizar a criação dos direitos previstos atuais, e os dados apresentados por estudos mais recentes, traçando um paralelo entre os direitos constitucionalizados e a realidade preocupante do cenário negligenciado em que se encontram a disponibilidade desses serviços essenciais para essas mulheres. Tem como metodologia proposta, identificar as infecções sexualmente transmissíveis com maior incidência entre mulheres cis lésbicas. Propor uma atividade de educação sexual voltada para mulheres lésbicas. Compreender as Políticas públicas de Saúde específicas para mulheres que se relacionam sexualmente e afetivamente com outras mulheres, no Brasil. Colaborar com a ampliação das discussões sobre a saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais. Constitui-se por dois capítulos e as considerações finais, o primeiro aborda o contexto histórico para a inclusão das políticas de saúde para mulheres cis lésbicas no SUS. O segundo refere-se às demandas e a assistência ou não dessas necessidades nos serviços de saúde pública, incluindo a temática da educação sexual. E as considerações finais, concluem as reflexões e problematizações feitas nos capítulos anteriores apontando lacunas e propondo possibilidades de atuação. Baseia-se em revisão bibliográfica, utilizando-se como fonte de dados e estratégia de pesquisa o Google Acadêmico, Lilacs, Revista Todavia- UFRGS, Dialnet e o Ministério da Saúde. Utiliza também da revisão de livros físicos que abordem temas de relevância para a monografia, como discussões sobre sexualidade e saúde, direitos e demandas sexuais de mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais.

**Palavras-chave:** Educação Sexual, Homossexualidades Femininas, Políticas públicas, Direitos

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>2. CAP 1: O CONTEXTO HISTÓRICO PARA A INCLUSÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES CIS LÉSBICAS NO BRASIL.</b>	<b>13</b>
<b>3. CAP 2: DEMANDAS E A ASSISTÊNCIA OU NÃO DESSAS NECESSIDADES ESPECÍFICAS PARA MULHERES CIS LÉSBICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA.</b>	<b>23</b>
3.1 O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PÚBLICA NO COMBATE AO ATENDIMENTO HETERONORMATIVO.	26
3.2 A IMPORTÂNCIA DE UMA EDUCAÇÃO SEXUAL VOLTADA PARA MULHERES LÉSBICAS.	29
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>00</b>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como premissa fundamental a garantia de acesso aos serviços ofertados pelo mesmo de forma igualitária. Entretanto, quando se trata de mulheres lésbicas, é notório que há um descaso, uma lacuna no que diz respeito a atender as demandas desse público, a nível de infringir um direito humano básico: o acesso às políticas públicas de saúde. (RODRIGUES, 2013).

Historicamente, é possível afirmar que as discussões acerca a saúde sexual de mulheres, para além da visão heterocentrada<sup>1</sup> da reprodução foi iniciada recentemente (RODRIGUES, 2013). Desde a década de 1980, diversos segmentos sociais lutaram para reivindicar a garantia de direitos específicos para a comunidade Lésbica<sup>2</sup>, Gay,<sup>3</sup> Bissexual<sup>4</sup> Transsexual<sup>5</sup> e Travesti<sup>6</sup> (LGBT), em busca do reconhecimento da pluralidade e complexidade dessa população. (LÚCIO, 2019)

Inicialmente, o Ministério da Saúde (MS), começou a pensar em políticas de combate à epidemia do HIV/AIDS conjuntamente aos movimentos sociais atrelados à causa LGBT<sup>7</sup>, o que veio a fortalecer o acesso e a garantia desse público à saúde como um direito constitucional. (LÚCIO, 2019)

---

<sup>1</sup> Heterocentrismo - toda forma de perceber e categorizar o universo das orientações sexuais a partir de uma ótica centrada em uma heterossexualidade estereotipada considerada dominante e normal não apenas como estatística, mas principalmente no sentido moralizante do termo.

<sup>2</sup> Lésbica - mulher que tem atração sexual por ou mantém relação afetiva e/ou sexual com outra mulher.  
Gay - adjetivo e substantivo de dois gêneros que ou aquele que sente atração sexual e/ou mantém relação amorosa e/ou sexual com indivíduo do mesmo sexo.

<sup>4</sup> Bissexuais - são pessoas emocionalmente, romanticamente ou sexualmente atraídas por pessoas de mais de um gênero

<sup>5</sup> Transsexuais -podem ser homens ou mulheres, o conceito é o oposto de cis, são indivíduos que possuem uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento, podendo ou não buscar se adequar a essa identidade de gênero.

<sup>6</sup> Travesti – termo que engloba pessoas que têm uma identidade de gênero feminina, mas que não se entendem como mulheres trans. É uma manifestação tipicamente latina, de pessoas que tiveram o gênero masculino designado no nascimento, mas descobriram em si essa força feminina que forma sua identidade

<sup>7</sup> LGBT- A sigla atual é “LGBTQIA+”, essa adequação foi feita com o intuito de incluir, representar e dar visibilidade a todos os grupos de diferentes identidades de gênero e sexualidades, por ser uma alteração recente, será utilizada no projeto a sigla “LGBT” por ser mais usual em artigos e documentos oficiais.

Já em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) entrou em funcionamento no SUS e buscou ofertar serviços de saúde de forma a transpassar as delimitações de serviços materno-infantil, prezava tornar a atenção à saúde feminina de forma individualizada, independente e plural, reconhecendo que a saúde da mulher necessita de uma subjetividade para além das necessidades associadas a gestações. (RODRIGUES, 2013)

Aparenta-se então um progresso em relação a assistência à saúde ginecológica das mulheres lésbicas, no entanto observando mais atentamente é notório que ainda persiste a debilidade e a precariedade desse sistema, não abrangendo integralmente o cuidado com a saúde dessas mulheres, excluindo-as da atenção e acesso a saúde e educação sexual. É evidente também um apagamento literário no que diz respeito a conhecimentos acerca das práticas sexuais e das necessidades de saúde desse público, o que cria de certa forma a concepção equivocada de que mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres não correm riscos de contrair infecções sexualmente transmissíveis, tornando até ideologicamente as mais vulneráveis e expostas a contrair as mesmas. (LÚCIO, 2019)

Diferentes estudos que buscam relacionar aspectos socioeconômicos com o âmbito de sexualidade e gênero, apontam que as mulheres, principalmente as mais jovens e mais pobres (assim as mais vulnerabilizadas), possuem dificuldade em expressar suas necessidades de saúde devido ao fato de não apresentarem um nível considerável de conhecimento sobre os processos fisiológicos e sexuais de saúde e doença, o que se intensifica ainda mais quando essas mulheres se apresentam dentro de homossexualidades, que somados a tamanha negligência, violência e preconceito se torna invisível e completamente silenciada a real expressão e acolhimento das necessidades provenientes das mesmas para os serviços de saúde (PORTELLA, 2009)

Para nos debruçarmos sobre questões de gênero e sexualidade, é necessário que haja a compreensão do que conceitua heteronormatividade, é importante idealizar uma sociedade em que os padrões de comportamentos heterossexuais são os dominantes, de forma a estruturar essa sociedade para que qualquer comportamento divergente desse imposto, essa sociedade então, consiste em uma sociedade heteronormativa, sendo capaz de produzir valores e normas que irão reger o comportamento esperado pelas pessoas inseridas a essa sociedade. (SOUZA, 2013)

O violento processo de invisibilização faz com que seja possível afirmar que as homossexualidades femininas não são enxergadas, e conseqüentemente as experiências sexuais de mulheres que se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres não têm suas demandas específicas identificadas pelo atendimento heteronormativo promovido pelas equipes de profissionais da saúde que, apesar das normas e programas do Ministério da Saúde, seguem sendo discriminatórias, majoritariamente por conta dos processos de capacitação desses funcionários serem ineficazes e insuficientes para atender esse público, de forma a criar um ciclo perverso e nocivo, em que as mulheres sáficas não se sentem confiantes e motivadas a acessar os serviços de assistência à saúde evidenciando suas verdadeiras orientações sexuais. Da mesma maneira que uma parcela considerável dos profissionais de saúde, definem que essas mulheres simplesmente não frequentam esses espaços, sem nenhuma problematização e questionamento, anulando qualquer possibilidade de evolução para a acessibilidade desse público a algo tão necessário e fundamental para a preservação da saúde e do bem-estar dessas mulheres. (PORTELLA, 2009)

A relevância do tema proposto se dá principalmente ao fato de questões envolvendo relações sexuais e sexualidade ainda serem socialmente vistas como um verdadeiro estigma social, e isso fazer com que seja um assunto pouco debatido e abordado, criando um ciclo de invisibilização. E assim as homossexualidades femininas têm um duplo caráter de minoria, por se tratar de mulheres, a questão da desigualdade de gênero já presente, se soma ao fato de se tratar de uma minoria sexual. (RODRIGUES, 2013)

Atendimentos ginecológicos seguem sendo extremamente heteronormativos, não atendendo as necessidades desse público, sendo um fator crucial para essa debilidade, a presença de uma inadequação dos funcionários da saúde para atender esses públicos dentro de suas especificidades pela ausência de um treinamento próprio para o atendimento dessas mulheres, deixando-as completamente vulneráveis a essas infecções. (VILELLA, 2014a)

Há até hoje a inexistência de um método preventivo de Infecções Sexualmente transmissíveis (IST's) próprio e eficaz para mulheres cis que se relacionam sexualmente com outras mulheres cis, e as adaptações a métodos heterossexuais que servem em certo nível para a prevenção a ISTs, mesmo que conhecidos entre a população lésbica e bissexual, são pouco utilizados devido à falta de informações corretas sobre como usar os métodos preventivos ou por associarem o sexo

entre mulheres com uma menor taxa de transmissão de ISTs, algo que para além de as colocarem em risco, fere inclusive a liberdade sexual delas, as impossibilitando de terem relações sexuais seguras casualmente. (LONDERO, 2021)

Sobretudo há o esvaziamento das produções de conhecimento científico sobre o tema. Por exemplo, ao buscar pelos descritores: "mulheres", "saúde", "lésbicas" no banco de dados Scielo, são encontrados 31 artigos em todas as coleções disponíveis, sendo apenas 17 resultados quando adicionamos o filtro para somente as coleções no Brasil. Quando filtramos também pelo tema Saúde Pública, apenas 11 resultados são encontrados

O projeto estará baseado na abordagem qualitativa, de modo a desenvolver uma revisão bibliográfica, utilizando-se como fonte de dados e estratégia de pesquisa o Google Acadêmico, Lilacs, Revista Todavia- UFRGS, Dialnet, BVS e documentos oficiais do Ministério da Saúde, tendo como referência os seguintes descritores: Saúde Sexual, Ginecologia, Educação Sexual, SUS, Mulheres Lésbicas, Mulheres Bissexuais, Homossexualidades Femininas. Também fará uso da revisão de livros físicos e cartilhas informativas que abordem temas de relevância para a monografia, como discussões sobre sexualidade e saúde, direitos e demandas sexuais de mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais.

A monografia será constituída por 2 capítulos. O primeiro capítulo irá abordar o contexto histórico para a inclusão das políticas de saúde para mulheres cis lésbicas no SUS. O segundo capítulo será referente às demandas e a assistência ou não dessas necessidades nos serviços de saúde pública, incluindo a temática do papel do profissional de saúde pública no combate ao atendimento heteronormativo e da importância de uma educação sexual voltada para mulheres lésbicas, em dois subcapítulos. E a conclusão das reflexões e problematizações feitas nos capítulos anteriores apontando lacunas e propondo possibilidades de atuação, estarão nas considerações finais.

Todos esses fatores consequentemente geram uma precariedade densa nos serviços de saúde ginecológica voltada para esse público, abrangendo outros diversos desdobramentos pertinentes dessa questão, das quais essa pesquisa buscará contribuir a reconhecer, enfatizar e garantir a reflexão acima desses direitos que vêm sendo negados, portanto o projeto tem como objetivo principal retratar o cenário negligenciado que se encontram os direitos ao acesso a saúde sexual e ginecológica das mulheres cis lésbicas no Brasil, e também identificar as infecções

sexualmente transmissíveis com maior incidência entre mulheres cis lésbicas, compreender as Políticas públicas de Saúde específicas para mulheres que se relacionam sexualmente e afetivamente com outras mulheres, no Brasil, e por fim propor uma atividade de educação sexual voltada para mulheres lésbicas.

## CAPÍTULO 1

### *O contexto histórico para a inclusão das políticas de saúde para mulheres cis lésbicas no SUS*

A ideia de sexualidade é na realidade uma construção social e cultural que inclui as dimensões de orientação sexual, identidade de gênero, sexo, erotismo, entre outros. Assim, é possível afirmar que a sexualidade é vivenciada através dos pensamentos, corpos, desejos, práticas e valores, podendo ou não essas serem expressas ou experimentadas. (DUARTE, 2021) Tendo como norte idealizar questões que envolvem gênero, o protagonismo é relacionado às interações sociais a partir de conceitos históricos e culturais, não desconsiderando a dimensão física dos corpos, mas tendo em vista que esses corpos em questão são apenas compreendidos devido ao processo de atribuir significado a ele, utilizando de processos politicamente construídos. (DUARTE, 2021)

A partir disso, é possível concluir que questões de sexo e gênero são subjetivas, sendo necessário tratá-las de forma mutável e plural, por serem essencialmente, estruturadas por construções sociais, políticas e históricas. É preciso romper com o fundamento do gênero e do sexo numa perspectiva binária e homogênea baseada principalmente nas diferenciações biológicas. (DUARTE, 2021)

Como diz Robert Connell (1995, p. 189), "no gênero, a prática social se dirige aos corpos", logo ao focarmos no aspecto fundamentalmente social de gênero, não há o intuito de negar que o gênero se constitui com ou sobre corpos sexuados, isto é, não é negada a biologia em si, mas é posta em destaque a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas. (LOURO, 1997)

Ao tratarmos de direitos para a comunidade LGBT, não estamos associando diretamente esses direitos com a questão sexualidade, mas sim associando a direitos básicos que são negados a essa população, como o direito à adoção, liberdade de acesso e circulação em espaços públicos, entre outros. Já ao tratarmos de direitos sexuais, estamos tratando desses direitos a partir dos processos sócio-políticos, que estigmatizam, capazes de privar os indivíduos LGBT desses direitos. (DUARTE, 2021)

A dimensão dos direitos sexuais se situa nesse perfil complexo do público e do privado, que busca garantir a proteção do Estado à vida privada e das escolhas pessoais de modo a intervir

em situações de violências, discriminações e desigualdades pessoais e sociais. (CARRARA, 2010, p.135)

É necessário que haja o desenvolvimento de medidas específicas e legais para essa comunidade a partir do reconhecimento de suas formas particulares de desejos e práticas sexuais, dentre elas, a livre expressão de orientação sexual e/ou gênero em espaços públicos, a validação legal de relações sexuais e afetivas, o direito de resignação de nome e sexo na certidão de nascimento, a adoção conjunta de crianças para casais homoafetivos, a proteção constitucional e prática do Estado a combater violências preconceituosas. (DUARTE, 2021)

Entretanto, é evidente que as diferenças de gênero e sexualidade tendem a ser invisibilizadas e silenciadas socialmente, dado que se baseia na existência de um modelo único e hegemônico na ordem sexual. Desta maneira os dissidentes sexuais e de gênero, são retratados como, desviantes, doentes e pecadores, sendo propensos a sofrer violências, diferentes formas de apagamento, podendo levar a formas radicais, chegando até ao assassinato dessas pessoas (CARRARA; VIANNA, 2006)

Tem sido negada a livre expressão da sexualidade como um direito humano, e a LGBTfobia vem se revelando como uma das principais formas de violação de direitos, podendo ser vivenciada tanto dentro das relações familiares, quanto nas instituições sociais, sendo um verdadeiro obstáculo ao exercício de cidadania das pessoas presentes dentro deste grupo, grande parte por conta do Estado, principalmente no contexto ultra neoliberal e de ultraconservadorismo (DUARTE, 2021).

Em contrapartida, mesmo com essa forte marca de opressão, discriminação, e discursos de ódio propagando o pânico moral, é notória a resistência da comunidade LGBT ao embate aos estereótipos advindos do social e cultural, devido a todo o processo histórico das visões hegemônicas da sexualidade e da questão de gênero, especialmente no paradigma da heterossexualidade compulsória e ao binarismo de gênero, responsáveis por normalizar diversos tipos de violências e estigmatizações, utilizadas para, discriminar, perseguir, intensificar o sofrimento, o ódio e a morte. (MACRAE, 2018).

Assim, sujeitos LGBT buscam se apropriar desses rótulos de forma a ressignificar seu uso, positivando suas diferentes identidades e relações afetivo-sexuais e de gênero, como dissidentes da ordem e da moral sexual hegemônica. (DUARTE, 2021)

Medidas técnicas jurídico-penais foram utilizadas não para proteger, mas sim, para punir a homossexualidade, e formas de tratamento médico-moral foram utilizadas para disciplinar essas

peessoas que eram consideradas doentes, loucas e degeneradas, incluindo a internação e o confinamento a partir do isolamento social visto necessário, para “corrigir” suas práticas sexuais e afetivas “não naturais”, pelo ideal da heteronormatividade como padrão moral. (DUARTE, 2021).

A partir de 28 de junho de 1969, quando acontece a revolta de Stonewall, há mundialmente a despatologização da homossexualidade. Em 1973 pelas Associações Americanas de Psiquiatria (APA), em 1975, na revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em 1985, no Brasil, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), e no Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 1990, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). em 1999, já operavam pela lógica da despatologização. (DUARTE, 2021).

No contexto da Reforma Sanitária em 1970, um movimento essencial para o processo de redemocratização do Brasil, visto que fortaleceu as discussões políticas da época que exigiam principalmente melhorias nas condições de vida da população, e outras pautas. Tendo à frente movimentos sociais e estudantis, essa afirmação política apresentou problematizações e questionamentos ao padrão de modelo da saúde centrada no hospital, implementando, a importância dos elementos socioeconômicos e sanitários para as condições de saúde-doença se estabelecessem. (MELO, 2021).

As políticas públicas atreladas aos direitos humanos e sexuais foram elaboradas de modo a atender os indivíduos em todos os seus aspectos fisiológicos e corporais. A sexualidade e a saúde sexual conquistaram certa relevância nas questões de saúde pública devido a essa pluralização das questões. Houve então uma pressão reivindicatória exercida por diversos segmentos sociais vinculados à defesa dos direitos da população Lésbica, Gay, Bissexual e Trans (LGBT), desde a década de 1980, Ministério da Saúde (MS) começou a pensar primeiramente em políticas de combate à epidemia do HIV/AIDS conjuntamente aos movimentos sociais atrelados à causa LGBT, o que veio a fortalecer o acesso e a garantia desse público à saúde como um direito constitucional. (LÚCIO, 2019).

Desde a década de 1980 diversos segmentos sociais lutaram para reivindicar a garantia de direitos específicos para a comunidade Lésbica, Gay, Bissexual e Transsexual e Travesti (LGBT), em busca do reconhecimento da pluralidade e complexidade dessa população. Assim, inicialmente, o Ministério da Saúde (MS), começou a pensar primeiramente em políticas de combate à epidemia do HIV/AIDS conjuntamente aos movimentos sociais atrelados à causa LGBT, o que veio a

fortalecer o acesso e a garantia desse público à saúde como um direito constitucional. (LÚCIO, 2019).

Historicamente, é possível afirmar que as discussões acerca da saúde sexual de mulheres no geral, para além da visão heterocentrada da reprodução foi iniciada recentemente. (RODRIGUES, 2013).

O estigma do HIV foi durante um longo período a principal causa de serem praticamente indiscutíveis questões acerca de ISTs sobre população LGBTQIA+, sendo identificada inicialmente em homens homossexuais no início dos anos de 1980, a epidemia de AIDS se propagou pela mídia com a nomenclatura problemática de “peste gay” ou “câncer gay”, com isso o termo “grupo de risco”, se mostrou presente ao associar homens homossexuais e mulheres transsexuais e travestis diretamente com a disseminação dessa infecção, intensificando a ideia falaciosa de que apenas esses grupos estavam propensos a se infectar, por conta da forte propagação desse discurso em específico, se mostra ainda necessária a discussão acerca da saúde sexual da população LGBTI+ baseando-se em dados fundamentados, que englobam as interseccionalidades e reflitam sobre as políticas públicas de saúde existentes ou não para esse grupo especificamente. (LEÃO, 2020).

A política Nacional de Saúde Integral LGBT, representa um verdadeiro marco de política pública para o reconhecimento das demandas específicas e das vulnerabilidades que afligem a população LGBTI+. O cuidado direcionado a esse público a partir do programa, vai além do atendimento médico, pois passa a adotar e reconhecer a discriminação como um fator de adoecimento e sofrimento psíquico, assim reafirma os compromissos previstos a serem cumpridos pelo SUS, incluindo equidade, integralidade e universalidade da garantia e direito ao acesso a saúde, assegurando a atenção à saúde LGBTI+ com os objetivos a serem alcançados por todos os órgãos do SUS. (MELO, 2021).

Em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) entrou em funcionamento no Sistema Único de Saúde (SUS), o programa buscou ofertar serviços de saúde de forma a transpassar as delimitações de serviços materno-infantis, prezava tornar a atenção à saúde feminina de forma individualizada, independente e plural, reconhecendo que a saúde da mulher, demanda de uma subjetividade para além das necessidades associadas a gestações. Apesar de aparentar ser um avanço evidente, o PAISM, encontra empecilhos para sua concretização. Em **contrapartida** a suas bases conceituais, o Programa na prática passou a prestar atenção quase que

exclusiva à saúde reprodutiva e sexual, não ultrapassando poucas experiências excepcionais. (RODRIGUES, 2013)

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher é criado em 1985, e tem como responsabilidade a ação de promover em âmbito nacional, políticas que busquem minimizar drasticamente a discriminação da mulher, vindo a assegurar às mesmas, para além de um perfil de liberdade e igualdade de direitos a plena participação dessas mulheres em diversas atividades políticas, econômicas e culturais do País. (BRASIL, 2013)

No ano de 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde, como reação principalmente do Movimento da Reforma Sanitária, a conferência adotou a participação popular, incluindo assim usuários do sistema de saúde. Ocorreram nesse evento discussões pautadas acerca da reforma do sistema de saúde, de maneira a ressignificar a saúde como direito do cidadão e dever financiador do Estado. Foi nesse contexto em que surgiram as bases fundadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 e regulamentado pela Lei Nº 8.080 de 13 de setembro de 1990. (MELO,2021)

Em 1996, um fato muito importante para os direitos humanos no Brasil é a temática dos direitos de LGBT aparecer, pela primeira vez na primeira versão do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), e em 2002 na PNDH2. (DUARTE, 2021)

No ano de 2003, de forma a suprir uma necessidade histórica reivindicada pelos movimentos femininos o então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, criou a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), que era ligada integralmente à Presidência da República e com nível político de ministério. Logo o anteriormente citado Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, criado em 1985, passa a ter nova competência de atribuições e funcionamento, tornando-se um “órgão colegiado de caráter consultivo e integrante da estrutura da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM)”. (BRASIL, 2013).

Um verdadeiro marco histórico para os direitos LGBT no Brasil ocorre em 2004, com a criação de algumas políticas públicas voltadas a essa comunidade como o Brasil Sem Homofobia (BSH): Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual. Diante de todo o histórico de luta, o desenvolvimento desse programa representa um grande passo a caminho de combater a violência contra a população LGBT, a favor de buscar a queda dos níveis da desigualdade e da discriminação vivenciada por essas pessoas no

Brasil. Em um total de 53 ações previstas no BSH, 3 compõem o tópico Direito 133 à Saúde: consolidando um atendimento e tratamentos igualitários. (BRASIL, 2004).

Também em 2004, houve a formalização, do Comitê Técnico de Saúde da População de GLBT do Ministério da Saúde, tendo como objetivo, fundamentar melhor uma Política Nacional de Saúde para esse grupo social. Desenvolvendo mais duas ações: criação de um banco de dados a partir da produção de conhecimento sobre saúde da população LGBT, e a capacitação de profissionais de saúde para o atendimento especificamente a essa população, dois pontos de suma importância para a garantia de direitos e ampliação de saberes sobre as necessidades desse público. (DUARTE, 2021).

E como mais uma medida fundamental elaborada nesse mesmo ano, diante da coordenação da SPM e do CNDM foi realizada, em julho de 2004, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, tendo como foco, propor diretrizes para a fundamentação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. A conferência reuniu 1.800 delegadas dos 26 estados do país e do Distrito Federal, a primeira CNPM se caracteriza como um marco histórico de participação das mulheres na proposição de políticas públicas. Após essa, outras duas importantes Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres foram realizadas, em 2007 e em 2011. (BRASIL, 2013).

Em 2006 surgem Os Princípios de Yogyakarta para Aplicação de Direitos Humanos à Orientação Sexual e Identidade de Gênero (ONU, 2006). Consiste em um documento que contém um total de 29 princípios referentes às normas de direitos humanos relacionados às questões de identidade de gênero e orientação sexual, que fundamentam e direcionam a reivindicação dos direitos dos dissidentes sexuais e de gênero (DUARTE, 2021).

A luta para o fim da violência contra as mulheres é uma forte pauta política de importância para as mulheres lésbicas e bissexuais, a Lei nº 11.340, sancionada em 2006 conhecida como a Lei Maria da Penha, assegura medidas rigorosas diante de agressões físicas ou morais ocorridas principalmente no ambiente domiciliar. Já em sua introdução é evidenciado o objetivo fundamental da lei:

“Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher”, nos termos do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. A lei dispõe, ainda, sobre “medidas de

assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.  
(BRASIL, 2013)

Posteriormente a 2ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres realizada em 2007, ocorreu uma reformulação do CNDM, que foi fortalecido pelo decreto presidencial em 2008, passando o CNDM a um perfil mais voltado para o papel consultivo e deliberativo, nesse contexto, o movimento de lésbicas conquistou a primeira eleição de uma conselheira do CNDM a partir da organização de lésbicas e bissexuais. (BRASIL, 2013)

Em 2008, devido as Conferências Nacionais de Direitos Humanos, foi possibilitado aprofundar as discussões acerca dos direito LGBT e renovar o Programa Nacional de Direitos Humanos 3 (PNDH3), evidenciando de forma estratégica as ações que seriam estabelecidas e as maneiras que elas seriam colocadas em prática, sendo um total de cinco medidas mais fundamentadas e objetivas de forma a buscar ao que foi instituído pelo Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009; A garantia do respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero. Também nesse ano, inaugura-se a I Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de GLBT. (DUARTE,2021).

De um total de 559 propostas estabelecidas no Relatório Final, 167 estão relacionadas à área da saúde. No referido documento, temos um total de 166 estratégias de ação, destas, 48 correspondem ao campo da saúde. O resultado de todas essas deliberações é convertido em 2009, no primeiro e único Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT, no Brasil. Nesse mesmo período, em 2010, há o surgimento da Coordenação-Geral de Promoção dos Direitos de LGBT, já em 2011 há a reconfiguração do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) e Promoção dos Direitos de LGBT, em 2011 (DUARTE 2021).

O Brasil foi apoiador da inclusão do debate acerca da sexualidade na agenda do regime internacional dos direitos humanos, de maneira a reconhecê-la como um campo legítimo e fundamental na construção da individualidade e na preservação da liberdade, Justo e 2011, na Conferência Mundial contra o Racismo, em Durban, a Discriminação Racial, a Xenofobia e as Intolerâncias Correlatas, mesmo sem ser deliberada nenhuma medida sobre questões de sexualidade e gênero, foi possibilitada a produção de um aprofundamento das discussões iniciadas em 2003, esse debate viabilizou que o governo brasileiro apresentasse à Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, um proposta mediadora, tendo como objeto a discriminação por

orientação sexual e identidade de gênero como uma violação de direitos, mesmo que no Brasil ainda não existisse uma legislação específica (DUARTE, 2014a, p. 91-92).

Em Brasília no ano de 2011, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, teve como pauta principal a discussão e o aprimoramento de medidas de políticas públicas voltadas à construção da igualdade, tendo como objetivo o fortalecimento da autonomia econômica, cultural e política das mulheres, de forma a contribuir para a erradicação da extrema pobreza e para o exercício da cidadania das mulheres no Brasil. (BRASIL, 2013).

A conferência propôs que mulheres lésbicas desenvolvessem experiências norteadoras, para a implantação de medidas específicas e estratégicas de atendimento à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais em cinco municípios do País, também buscou intensificar a permanência das mulheres jovens na educação formal, buscando minimizar os casos de evasão escolar, em especial para as mulheres em maior vulnerabilidade, as mulheres negras, lésbicas, bissexuais, transsexuais, trabalhadoras rurais, quilombolas, indígenas, deficientes e jovens em conflito com a lei. (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi lançada pelo Ministério da Saúde em Dezembro de 2011 para atender essas reivindicações de fato, levando em conta as especificidades dos processos saúde-doença desses grupos por suas próprias formas de relações sexuais, e a garantia da prevenção de novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico-uterino e de mamas) entre as mulheres cis2 lésbicas oferecendo o acesso ao tratamento devido e necessário de forma a contribuir com a redução das vulnerabilidades e exclusões dessas mulheres nesses espaços constituindo um acesso ao Sistema Único de Saúde mais igualitário (LÚCIO, 2019).

O Grupo Gay da Bahia (GGB), retrata que a cada 25 horas um indivíduo LGBT é assassinado no Brasil. No entanto, não havia a existência de dado algum oficializado pelo Estado brasileiro acerca dessas questões, até o ano de 2011, a partir desse ano é criado uma espécie de banco de dados do poder público, contemplando denúncias no Disque 100, e matérias midiáticas, esse conjunto de informações é utilizado como fonte para a criação de três relatórios brasileiros sobre LGBTfobia. Em contrapartida, é importante ter em mente que existe um subregistro desses dados, e isso é importante para que seja possível compreender que os relatos quantitativos são na verdade uma pequena parte dos casos que são denunciados e reconhecidos (BRASIL, 2013a).

Também no ano de 2011, o Conselho dos Direitos Humanos da ONU acatou uma resolução que indica o cenário preocupante com ações preconceituosas e violentas que são justificadas pela orientação sexual e/ou identidade de gênero das vítimas (DUARTE, 2021).

Em 2012 ocorre o primeiro painel intergovernamental destinado à temática LGBT, e no mesmo ano, de forma a conscientizar as atitudes para a ampliação do reconhecimento dos direitos e do combate às violências, e discriminações sofridas pela comunidade LGBT, é lançado o livreto e a campanha: “Nascidos Livres e Iguais: Orientação Sexual e Identidade de Gênero no Regime Internacional de Direitos Humanos”. Com o mesmo propósito a Organização Internacional do Trabalho (OIT), apresenta uma Convenção sobre a discriminação no trabalho e na profissão para a população LGBT (DUARTE,2021)

No intuito de seguir a mesma proposta, no ano de 2015 a Organização dos Estados Americanos (OEA), através da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, publicou um documento que retrata a violência contra LGBT nas Américas. Já em 2018, é determinado o reconhecimento legal dos direitos de casais do mesmo sexo e a troca de identidade sexual nos registros civis pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (DUARTE, 2021).

Apesar da criação e do aprimoramento das medidas protetivas e de garantia de direitos para essa população, as mesmas ainda se apresentam frágeis na tentativa de contemplar a construção de um Plano de Direitos LGBT, o que é perceptível na III Conferência Nacional LGBT, que somada às demais políticas públicas projetadas em 2016 e suas adjacências, não foram eficazes ao nível de criar um produto de planejamento. (DUARTE, 2021).

Entretanto, isso não ocorre devido às normativas, mas sim pela concretização de um plano efetivo capaz de garantir os direitos tão discutidos e reivindicados historicamente pelos movimentos sociais LGBT, esses que agregam com o poder público se adequando e unificando a assistência oferecida pelo Estado em forma de cidadania a suprir essa lacuna, o que de certa forma acaba gerando um processo chamado de judicialização da política e dos direitos LGBT. (DUARTE, 2021).

O que é mais profundamente na produção de Carrara (2010) que retrata as problemáticas de confiar fielmente no Estado o dando poder para processo de constituição da cidadania dos indivíduos LGBT, como se todos dessa parcela populacional acessassem de forma equânime e igualitária os serviços, desconsiderando a existência de marcadores sociais de interseccionalidades, como classe social, raça, e etnia por exemplo. (DUARTE, 2021).

Contudo, é notório que com o decorrer dos dez anos de institucionalização a PNSI- LGBT até os dias atuais não avançou significativamente conforme o esperado de um programa tão progressista e essencial, se limitando apenas a teoria e não gerando grandes mudanças na prática, sendo isso causado pelo esvaziamento conceitual e a ausência assistencial para com essa temática e algumas especificações como a saúde mental, drogas e a violência epidêmica (DUARTE, 2017).

Apresenta-se um descaso profundo na dimensão dos direitos humanos da comunidade LGBT, principalmente na situação de precarização e esvaziamento dos recursos financeiros geridos pela gestão pública e pelo governo federal para a saúde sanitária e as crises epidêmicas como a mais atual vivida recentemente no contexto de pandemia da Covid-19 e que afeta as todas as instâncias de governo e com destaque para a gestão do SUS e o público LGBT (DUARTE, 2021).

É disseminada uma visão deturpada e cunho conservador sobre a existência de uma política de saúde voltada exclusivamente para os cenários mais precarizados da sociedade brasileira, em particular, para a população LGBT. O Estado, tem como responsabilidade, a partir da magnitude do SUS, atender de forma acolhedora, equacionar e sobretudo humanitária às necessidades específicas dessa população como um direito previsto de garantia ao acesso à saúde em qualquer um dos níveis dela, desde a atenção primária à saúde à alta complexidade, passando pelas questões e campos sobre assuntos e temas relevantes e relacionados esse público, como também em todas as redes temáticas e programáticas. (DUARTE, 2021).

Diante da criação e do aprimoramento das medidas existentes, historicamente é aparente um progresso em relação a assistência à saúde ginecológica das mulheres lésbicas, no entanto observando mais atentamente é notório que ainda persiste a debilidade e a precariedade desse sistema, não abrangendo integralmente o cuidado com a saúde dessas mulheres, excluindo-as da atenção e acesso a saúde e educação sexual. É evidente também um apagamento literário no que diz respeito a conhecimentos acerca das práticas sexuais e das necessidades de saúde desse público de forma específica, o que cria de certa forma a concepção equivocada de que mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres não correm riscos de contrair infecções sexualmente transmissíveis, tornando até ideologicamente as mais vulneráveis e expostas a contrair as mesmas. (LÚCIO, 2019).

## **CAPÍTULO 2**

**Segundo Capítulo:** *Demandas e a assistência ou não dessas necessidades específicas para mulheres cis lésbicas nos serviços de saúde pública*

T Todas as pessoas necessitam de cuidados, entretanto diante da sociedade patriarcal, as mulheres estruturalmente são responsabilizadas por cuidarem da saúde e do bem-estar da família, o que inviabiliza o cuidado para com si mesmas frequentemente. (BRASIL, 2013).

Em um panorama geral, a sexualidade feminina historicamente é negada social e culturalmente, a constante invisibilidade em que se encontra a prática sexual e afetiva entre mulheres não ocorre essencialmente devido a homofobia, mas também ocasionado pelo local reprimido em que a sexualidade feminina é depositada. (VILELLA, 2014a)

Para iniciarmos os debates acerca das demandas e a assistência ou não dessas necessidades específicas para mulheres cis lésbicas nos serviços de saúde pública é de tamanha importância que venhamos a refletir o que de fato conceitua a atenção integral. A definição de integralidade não é evidente de forma satisfatória na literatura, e muito menos no imaginário social. Para que seja possível iniciar e difundir discussões dos impactos dessa lacuna na saúde emocional e psicológica de forma a não vitimar as pessoas que sofrem com essa opressão, é necessário compreender os contextos de vulnerabilidade em que esses indivíduos estão inseridos. (VILELLA, 2014b)

Todos os seres humanos estão inclusos em um verdadeiro emaranhado social de eixos de produção de desigualdades, em que os mais influentes são gênero, classe social, raça/etnia e heterossexualidade normativa. Esse entrelaçado de eixos se dimensiona acerca de cada sujeito de uma determinada forma, fazendo com que cada pessoa se posicione em um local social referente a transposição desses eixos. (VILELLA, 2014a)

Diante disso, e da importância que é o poder de ação política de cada pessoa, é relevante relacionarmos isso com o conceito de agência, isto é, considerar que os indivíduos são agentes. Do contrário, ao imaginarmos um indivíduo que propaga discursos ou práticas preconceituosas, sexistas, racistas, classistas e/ou homofóbicas (que impactam diretamente a vida de outras pessoas), tirando o poder de agência do mesmo, iremos também admitir a falácia de que o indivíduo em questão não tem capacidade de se posicionar contra isso, de estabelecer limites e contrapoderes. (VILELLA, 2014b)

Logo para tratarmos de demandas e necessidades de mulheres lésbicas, para além de apurar todas as circunstâncias pelas quais as mulheres lésbicas e bissexuais têm a sua saúde física, mental e emocional impactadas, é essencial reconhecer que existe uma dinâmica social responsável por gerar diversos tipos de opressões em que sujeitos e sujeitas, sofredores ou provedores dessa opressão são agentes, com diferentes níveis de esforço, e de suporte nas políticas públicas, mas todos com potencial para resistir, estabelecer limites e contrapoderes. (VILELLA, 2014b)

No sistema único de saúde são encontradas diversas dificuldades para acessar o sujeito "lésbicas". Os centros de referência atuam como espaços facilitadores do acesso a essas mulheres, e para que sejam geradas ações e pesquisas para esse público, entretanto, esses espaços apesar de toda sua importância, ainda são de acesso restringido a mulheres que já estão em um patamar mais alto de empoderamento e politização. Logo, é necessário ampliar esse acesso, pensando por exemplo na possibilidade de atuar na atenção primária, ou talvez na alta complexidade, analisando se é suficiente o atendimento direcionado à classe média, como ficaria a situação das mulheres periféricas que sofrem com discriminação nas unidades básicas de saúde de forma intensificada por fatores de sobreposição de vulnerabilidades, são diversas as questões a se refletir para atender essa pluralidade de mulheres lésbicas ou bissexuais de diferentes realidades. (VILELLA, 2014a)

Também é essencial que venhamos a refletir sobre outro ponto: A homofobia é igual a lesbofobia? Analisando mesmo que superficialmente se evidencia que não. Historicamente o lugar da sexualidade feminina é estruturada de forma completamente divergente à sexualidade masculina. Portanto, o que é agenciado quanto o assunto é lesbofobia é uma opressão específica da sexualidade feminina que não ocorre da mesma maneira com homens. A homofobia direcionada a homens gays se diferencia a aquela direcionada a mulheres lésbicas e bissexuais, isso está relacionado a concepção social do corpo, a forma que a sociedade pensa e vê o corpo feminino, sempre como um corpo voltado ao cuidado, a estética, a reprodução, e não há como tratar de amor e desejo sem associar isso ao corpo. (VILELLA, 2014b)

E ao tratarmos de práticas de saúde física ou até mesmo de saúde mental, continuamos falando de corpos. As aflições emocionais e psicológicas se refletem no corpo físico, de formas variadas, em síndromes do pânico, quedas de cabelo, comportamentos autodestrutivos como compulsões alimentares e uso de substâncias prejudiciais à saúde. O mesmo corpo é local em que

as identidades e subjetividades são desenvolvidas. O corpo é um todo, não existe separação entre o físico e mental, e para pensar em saúde é necessário pensar na unicidade corporal que foi fragmentada pelo pensamento cartesiano. (VILELLA, 2014b)

Mulheres bissexuais também merecem visibilidade dentro do movimento LGBT. Elas também sofrem opressões com a bifobia, e pensar em políticas para mulheres lésbicas e bissexuais também demanda abranger a complexidade do que representa o B da bandeira, reconhecendo os direitos e as necessidades dessas mulheres. Wilsa Vilella atenta que a invisibilidade acontece devido a todos fazerem um pacto de silêncio. A discriminação ocorre muitas vezes também dentro do próprio movimento, mulheres bissexuais quando não recebem o apoio familiar buscam apoio no movimento LGBT, e não encontram isso da mesma forma que mulheres lésbicas recebem um suporte para superar a exclusão familiar. (SOARES, 2014)

Ao iniciarmos o debate sobre a incidência de ISTs em mulheres que se relacionam sexualmente e afetivamente com outras mulheres, o ponto norteador é o fato que mulheres de maneira equivocada, acreditam que por se relacionarem sexualmente com outras mulheres não estão expostas a possíveis infecções sexuais, no entanto, ser lésbica ou bissexual não é um fator capaz de tornar desnecessário o cuidado com a saúde feminina, pois não restringe que câncer de colo de útero, câncer de mama e/ou ISTs. São de suma importância exames de rotina, aplicação de vacinas, acompanhamento de alguma doença crônica, e consultas frequentes e/ou periódicas, dependendo da necessidade pessoal de cada mulher, para que seja possível manter uma vida saudável e livre de infecções e seus possíveis agravos. (BRASIL, 2013)

Assim, tendo noção de que a transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, sobretudo, do Human Immunodeficiency Virus (HIV), é capaz de vir a acometer todo e qualquer grupo social, é viável começarmos a refletir sobre como há uma maior possibilidade de determinados grupos serem acometidos por essas infecções a partir de vulnerabilidades sobrepostas, vulnerabilidades essas em níveis individuais, coletivos, isto é, socialmente estruturadas ou até mesmo programáticas. (LÚCIO, 2019)

Embora o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2017 (BRASIL, 2017, p. 3) apresentar alguns grupos vulneráveis como “conscritos das forças armadas, homens que fazem sexo com homens (HSH), mulheres profissionais do sexo e travestis e transexuais”, o próprio

relatório afirma que o campo da saúde mental ainda está no início de sua construção de conhecimento, e isso inviabiliza que seja feita uma análise epidemiológica quanto a esse campo que gera tendência a infecção, e prejudica também a quantificação do número total de casos, para além das vulnerabilidades e comportamento de riscos. (LÚCIO, 2019)

Frente a esse cenário, as políticas públicas unificadas aos direitos humanos e sexuais foram criadas propondo abranger todas as pessoas em suas pluralidades e suas dimensões multiculturais. E foi com essa perspectiva inclusiva que a saúde sexual e a sexualidade se tornaram um tópico merecedor de destaque no sistema público de saúde. (LÚCIO, 2019)

Relembrando a realidade anteriormente retratada neste artigo, de que a falta de conhecimento e informação pode vir a reforçar o pensamento errôneo de que relações sexuais entre mulheres não traz riscos à saúde sexual, é capaz até mesmo de torna-las mais expostas às ISTs e ao HIV/Aids, se mostra essencial o investimento em estudos científicos acerca do campo sexual das mulheres lésbicas e também na propagação do conhecimento construído com o objetivo de conscientizar grupos de mulheres que se identificam como lésbicas e/ou bissexuais para os reais riscos de contágio às IST. (LÚCIO, 2019)

Ainda tratando sobre saúde sexual e às possibilidades de transmissão de DST/AIDS, algumas pesquisas trazem dados de que indicam uma presença maior de mulheres que se relacionam sexualmente com homens e transparecem uma performance de gênero consideradas “mais femininas” na busca por cuidados e consultas referentes a saúde sexual e ginecológica, devido justamente a esse imaginário social perigoso de falsa proteção. (MELLO, 2014)

Dados apresentados por Pinto (2004), refletem que 40% das mulheres que fazem sexo com mulheres presentes no estudo relataram um histórico de IST, e 60% das mulheres advindas do atendimento num serviço de saúde monitorado pela mesma pesquisa apresentaram também, casos de IST. Há registros de relatos de mulheres cis que se identificam como lésbicas com casos de AIDS, no entanto, não existe um consenso relativo à transmissão da doença por via sexual entre as mulheres cis no meio científico. (MELLO, 2014)

Em teoria, o SUS tem estrutura para atender essa população, assim como está disposto na Carta dos usuários do SUS. O referencial teórico para que sejam postas em prática as medidas

coerentes estão prontas em diversos documentos, mas mulheres não dizem que são lésbicas, e os profissionais não levantam essa possibilidade, portanto o que está previsto na teoria nunca é colocado em prática de fato. (VILELLA, 2014a)

É de grande importância que as mulheres lésbicas e bissexuais criem um vínculo de compartilhamento de vivências com os profissionais da saúde. A demanda em si não está no que será perguntado, mas sim em como será feito o acolhimento, de que forma será estabelecida uma abertura para a comunicação no momento da consulta de forma confortável em que a usuária do sistema único de saúde possa falar sobre dimensões da sua vida que impactam sua saúde diretamente como um todo, para além de questões envolvendo a sexualidade. Também é necessário pensar sobre a diversidade e a fluidez da prática das relações sexuais, para não se aprisionar a categorias que venham a reafirmar o poder dominador. (VILELLA, 2014a)

A saúde da mulher segue sendo focada na reprodução, sendo insuficiente na abordagem de gênero, e isso advém da estruturação e da organização dos serviços de saúde, o que entra em desacordo com o pilar da integralidade. É preciso extrapolar o eixo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, colocando a integralidade em prática a partir da abordagem de gênero. Se mostra completamente necessário transpassar a concepção do corpo biológico, passar a conhecer o corpo como um corpo social e cultural, partindo da abordagem de gênero e associando a questões de classe e raça. A partir de pensarmos em como deve ser o perfil de cuidado capaz de relacionar identidade de gênero, relações de gênero, raça, etnia e orientação sexual, para que seja possível pensar em uma maneira de organização para a rede de atenção à saúde. Pois é essa estabilização dos serviços que adequa o que se espera da ação dos profissionais, que até o momento é generalizante e gentrificada quando o sujeito em questão é uma mulher lésbica ou bissexual. (VILELLA, 2014a)

Três passos essenciais precisam ser considerados para nivelar a importância de determinado grupo social, a um determinado serviço de saúde, analisando esses parâmetros de propensão: incidência, risco e prevenção. Para exemplificar, na literatura dados apontam que mulheres lésbicas fumam mais do que mulheres heterossexuais e amamentam menos, a partir disso não se torna possível afirmar que a mamografia deveria começar antes, já que o risco de incidência para elas é maior? Para além disso, também há um ponto muito importante para atender as necessidades

básicas específicas para essas mulheres, que tem a ver com a sensibilização para disponibilizar insumos mais apropriados para amenizar possíveis desconfortos e seus agravos, como disponibilizar espéculos de tamanho pequeno, gel lubrificante, entre outros. (VILELLA, 2014a)

Pensar em práticas de saúde demanda inicialmente pensar o essencial. Toda a graduação e a prática da medicina são idealizadas para um corpo biológico, sem considerar nenhuma inserção social, para além da sexualidade, também para gênero, cor, raça, etnia etc. O primeiro questionamento que o médico se faz é: “se ela me falar que é lésbica, isso faz alguma diferença para o que eu vou fazer?”, se a resposta for não, não há necessidade de pergunta, até porque não é bom que se faça qualquer pergunta em que a resposta não seja útil, pois se torna anti ético, e invasivo, um interrogatório gratuito sem qualquer tipo de fundamentação, é também uma forma de opressão, de exercer poder sobre aquela pessoa. (VILELLA, 2014a)

É intimidador ao profissional de saúde abordar a pergunta e estarem produzindo preconceito e discriminação dentro do serviço de saúde. Perguntar a sexualidade apesar de determinar a sexualidade adequada a mulher, não é o suficiente para adequar o atendimento. As estratégias disponíveis de proteção e assistência não funcionam e não são utilizadas na prática. É preciso reformular os materiais atualmente disponíveis e criar outras adaptações que atendam efetivamente as necessidades das mulheres. (VILELLA, 2014a)

Na grande maioria das vezes, mulheres lésbicas passam despercebidas nos serviços de saúde. Isso ocorre muito pelo fato de a abordagem não ocorrer de forma direta nas consultas, e sim pela identificação de características estereotipadas atribuídas ao gênero masculino, por exemplo cabelo curto, jeito masculino de andar, tipo de roupa”. Com isso mulheres que não se expressam desse modo atribuído ao masculino pelo imaginário social do que compõe binarismo de gênero, não são identificadas dentro de sua sexualidade, sendo invisibilizadas e não tendo suas demandas e necessidades específicas identificadas, o que corrobora mais uma vez com a problemática central de que mulheres lésbicas não estão dispostas a contrair e transmitir ISTs e AIDS. e que são desnecessárias criar orientações específicas com os possíveis usos de métodos de barreira paliativos devido à ausência de um método preventivo específico a esse público. (MELLO, 2014)

Segundo dados resultantes de estudos conduzidos na cidade de São Paulo, observa-se que 18% a 35% de população de mulheres que fazem sexo com mulheres nunca haviam realizado o

exame de Papanicolau, estimativas estas que são maiores do que as encontradas para a população geral feminina residente na mesma cidade, 13,9%. Esses dados refletem que um número significativo de mulheres cis que se relacionam sexualmente com mulheres cis, apresentam-se excluídas dos serviços de atenção/cuidado à saúde. É possível então afirmar que o princípio de universalidade, integralidade e equidade previsto pelo Sistema Único de Saúde e reafirmados pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT, não estão sendo postos em prática, visto que há uma exclusão na assistência e que elas deveriam ter por direito, e na prática seguem sendo discriminadas e desestimuladas a acessar serviços de saúde. (RODRIGUES, 2011)

De modo geral na literatura encontramos predominantemente relacionados aos comportamentos e práticas das mulheres lésbicas e em medidas de prevenção as ISTs e ao HIV/AIDS, a avaliar o acesso aos serviços ofertados, mas há algo muito interessante a ser tratado que aparece em uma parcela um pouco menor das pesquisas, a relação estabelecida entre o profissional da saúde e a usuária lésbica que busca atendimento médico, quais fatores são determinantes ao nível de aproximar ou afastar uma mulher lésbica do serviço de saúde pública. (MELLO, 2014)

Em um desses estudos, foram identificadas duas categorias de profissionais a partir de suas afirmações: Os conservadores e os progressistas. Dos profissionais progressistas, alguns relataram que o contato a partir do serviço prestado a mulheres lésbicas e bissexuais, suas concepções sobre a questão da sexualidade mudaram. Já os conservadores relataram a percepção de que essa questão não é de responsabilidade a ser discutida no SUS. Esse debate não tem sido pautado nos serviços, exceto nos serviços especializados de atendimento a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids. (PORTELLA, 2014)

Dentre os relatos de vivências e concepções de mulheres lésbicas entrevistadas, recorrentemente a saúde das mesmas era considerada como em bom estado, e elas também se colocavam com um menor risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis ao comparadas com mulheres heterossexuais, percepção essa que ocorre até mesmo em mulheres que já experienciaram casos de ISTs em relações homossexuais. (PORTELLA, 2014)

Uma parcela dos profissionais de saúde identifica como uma das questões norteadoras da vulnerabilidade para a saúde desse grupo invisibilidade social ele está inserido. Sobre ISTs, os

profissionais no geral compartilham da mesma perspectiva de que mulheres lésbicas estão menos propensas a contrair essas infecções. A partir dos profissionais não reconhecerem as mulheres lésbicas nos espaços de saúde, não compreendem as demandas de saúde e as questões enfrentadas em suas vidas pessoais. (PORTELLA, 2014)

Já nos serviços em que os profissionais transpareciam ser mais adeptos aos debates progressistas, não houve ainda assim, uma percepção tão distante do atendimento inadequado, apesar de inegavelmente haver menos situações de discriminação, ou propagação de discurso de ódio, ainda se mostram insuficientes os serviços nos campos de humanização e sensibilidade do atendimento. (PORTELLA, 2014)

Profissionais entrevistados retratam uma dificuldade na abordagem direcionada especificamente às mulheres lésbicas e bissexuais, como citado anteriormente neste artigo, justamente pela dificuldade em identificá-las dentro de suas sexualidades, então simplesmente seguem o protocolo usual de atendimento que foi pensado para atender mulheres heterossexuais. Essa dificuldade em proceder, até mesmo com o entendimento da homossexualidade feminina, é consequência principalmente pelo formato de graduação acadêmica e dos primeiros passos no atendimento ao público, são escassez as oportunidades de discutir e relacionar a diversidade sexual e social num geral com os serviços de saúde. (MELLO, 2014)

É possível dividir os discursos dos profissionais entrevistados na pesquisa em três tipos divergentes diante da questão da homossexualidade a partir de suas afirmações nos seguintes perfis: rejeição, tolerância e aceitação. (MELLO, 2014)

Os classificados como perfil de rejeição, propagam discursos que caracterizam a homossexualidade como algo incorreto, anormal, que vai contra a completude homem-mulher. Eles afirmam que a homossexualidade é a consequência de uma falha educacional na estrutura familiar, que gerou o redirecionamento do indivíduo a um caminho equivocado, esse discurso é acompanhado e justificado por uma forte concepção moral religiosa. (MELLO, 2014)

Houve também os discursos que se enquadravam ao perfil de tolerância, profissionais que reconhecem as vivências homossexuais desde que essa homossexualidade não seja demonstrada em público. Por fim, os profissionais enquadrados ao perfil de aceitação, são responsáveis por

propagar um discurso em prol da igualdade entre pessoas homossexuais e heterossexuais. Alguns discursos traziam à tona a compreensão das vivências sexuais como algo não tão restrito, podendo variar de acordo com a escolha da parceria afetivo-sexual. (MELLO, 2014)

Os três perfis reconhecidos, indicam que a produção de materiais voltados para o conhecimento e a formação dos profissionais da saúde, precisam contemplar a diversidade dos discursos. A informação direcionada para um profissional que tem atitude de aceitação aparenta ser necessário ser diferente da informação direcionada ao profissional com um discurso de rejeição ou com um discurso mais conservador frente a homossexualidade. (MELLO, 2014)

É complexo vir a discutir a integralidade da saúde e da educação, é muito importante dialogar com o MEC, educação integral, incluindo educação não-sexista, não-racista, não-homofóbica. educação pública e laica, de modo a garantir a acesa acessibilidade e a permanência das pessoas à educação nesse formato, fazendo da educação uma prática preventiva. É preciso reformar não só a saúde, mas também a mídia, a política e principalmente a educação, e todas essas dimensões precisam ser debatidas integralmente por estarem completamente conectadas. (VILELLA, 2014a)

O Departamento de Gestão da Educação Permanente do Ministério da Saúde tem como grande norte a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que abrange questões de gênero e raça. Do total de profissionais da saúde, 60% dos profissionais não são médicos e enfermeiros, é preciso que haja o planejamento da formação humanizada para além desses profissionais, incluindo os técnicos e técnicas, os agentes comunitários, por exemplo. O movimento precisa difundir a pauta de discussões acerca de aspectos sociais para esses profissionais dentro do departamento. (VILELLA, 2014a)

Uma pesquisa do Grupo Arco-íris realizada em 2011, nos mostra a pouca evolução da realidade comparada a pesquisa realizada pelo SOS Corpo em 2009. A postura dos profissionais de saúde, deve ser composta por uma sensibilização, isso em toda a equipe das unidades de saúde. O mais essencial para minimizar a violência dentro dos locais de oferta da saúde, são profissionais sensibilizados que buscam abranger o preceito da integralidade. Ao tratarmos de mulheres lésbicas e bissexuais, estamos tratando de mulheres transgressoras do que caracteriza socialmente ser uma mulher, que é realmente a ideia de mulher que fica em casa, servindo ao homem e a família, sendo

mãe. e só é possível fazer os profissionais reconhecerem mulheres que destoam desse ideal como seres sociais de forma integral fazendo capacitações de qualidade. (VILELLA, 2014a)

Muitas das vezes há profissionais sensíveis, mas que não acessaram ainda conhecimento sobre outras realidades. então para além da educação permanente, é importante pensar em capacitações específicas, principalmente diante de um tema novo na abordagem dos profissionais, que está sendo introduzido agora em suas práticas. Para que a saúde seja de fato integral, é necessária uma atenção integral, intra e intersectorial. (VILELLA, 2014a)

Em suma, todos esses dados apontam que é urgente a necessidade de que seja repensada a organização dos serviços de saúde, os padrões de formação dos profissionais da saúde, com o objetivo de garantir um melhor acolhimento, uma escuta e uma abordagem mais qualificadas respeitosa a todas as usuárias do Sistema Único de Saúde, de forma a garantir de fato a tão prevista universalidade do acesso e integralidade do atendimento. (MELLO, 2014)

Também para além do olhar voltado a prática do profissional que é tão importante de ser repensada, é essencial reformular as maneiras de organização estruturantes dos serviços, que muitas das vezes chegam a inviabilizar que os profissionais hajam de outra maneira. A demanda é variável, mas a organização dos serviços segue fixa, não se modulando as necessidades, e essa questão sai do campo de alcance do que um profissional possa fazer, e não será resolvido somente com a capacitação deles, mas sim com uma nova forma de pensar as bases fundamentais e práticas do sistema único de saúde. (VILELLA, 2014a)

### *2.1 O papel do profissional de saúde pública no combate ao atendimento heteronormativo*

Pensar em práticas de saúde demanda inicialmente pensar o essencial. Toda a graduação e a prática da medicina são idealizadas para um corpo biológico, sem considerar nenhuma inserção social, para além da sexualidade, também para gênero, cor, raça, etnia etc. O primeiro questionamento que o médico se faz é: “se ela me falar que é lésbica, isso faz alguma diferença para o que eu vou fazer?”, se a resposta for não, não há necessidade de pergunta, até porque não é bom que se faça qualquer pergunta em que a resposta não seja útil, pois se torna antiético, e

invasivo, um interrogatório gratuito sem qualquer tipo de fundamentação, é também uma forma de opressão, de exercer poder sobre aquela pessoa. (VILELLA, 2014a)

É intimidador ao profissional de saúde abordar a pergunta e estarem produzindo preconceito e discriminação dentro do serviço de saúde. Perguntar a sexualidade apesar de determinar a sexualidade adequada a mulher, não é o suficiente para adequar o atendimento. As estratégias disponíveis de proteção e assistência não funcionam e não são utilizadas na prática. É preciso reformular os materiais atualmente disponíveis e criar outras adaptações que atendam efetivamente as necessidades das mulheres. (VILELLA, 2014a)

Na grande maioria das vezes, mulheres lésbicas passam despercebidas nos serviços de saúde. Isso ocorre muito pelo fato de a abordagem não ocorrer de forma direta nas consultas, e sim pela identificação de características estereotipadas atribuídas ao gênero masculino, por exemplo cabelo curto, jeito masculino de andar, tipo de roupa”. Com isso mulheres que não se expressam desse modo atribuído ao masculino pelo imaginário social do que compõe binarismo de gênero, não são identificadas dentro de sua sexualidade, sendo invisibilizadas e não tendo suas demandas e necessidades específicas identificadas, o que corrobora mais uma vez com a problemática central de que mulheres lésbicas não estão dispostas a contrair e transmitir ISTs e AIDS. e que são desnecessárias criar orientações específicas com os possíveis usos de métodos de barreira paliativos devido à ausência de um método preventivo específico a esse público. (MELLO, 2014)

Segundo dados resultantes de estudos conduzidos na cidade de São Paulo, observa-se que 18% a 35% de população de mulheres que fazem sexo com mulheres nunca haviam realizado o exame de Papanicolau, estimativas estas que são maiores do que as encontradas para a população geral feminina residente na mesma cidade, 13,9%. Esses dados refletem que um número significativo de mulheres cis que se relacionam sexualmente com mulheres cis, apresentam-se excluídas dos serviços de atenção/cuidado à saúde. É possível então afirmar que o princípio de universalidade, integralidade e equidade previsto pelo Sistema Único de Saúde e reafirmados pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT, não estão sendo postos em prática, visto que há uma exclusão na assistência e que elas deveriam ter por direito, e na prática seguem sendo discriminadas e desestimuladas a acessar serviços de saúde. (RODRIGUES, 2011)

De modo geral na literatura encontramos predominantemente relacionados aos comportamentos e práticas das mulheres lésbicas e em medidas de prevenção as ISTs e ao HIV/AIDS, a avaliar o acesso aos serviços ofertados, mas há algo muito interessante a ser tratado

que aparece em uma parcela um pouco menor das pesquisas, a relação estabelecida entre o profissional da saúde e a usuária lésbica que busca atendimento médico, quais fatores são determinantes ao nível de aproximar ou afastar uma mulher lésbica do serviço de saúde pública. (MELLO, 2014)

Em um desses estudos, foram identificadas duas categorias de profissionais a partir de suas afirmações: Os conservadores e os progressistas. Dos profissionais progressistas, alguns relataram que o contato a partir do serviço prestado a mulheres lésbicas e bissexuais, suas concepções sobre a questão da sexualidade mudaram. Já os conservadores relataram a percepção de que essa questão não é de responsabilidade a ser discutida no SUS. Esse debate não tem sido pautado nos serviços, exceto nos serviços especializados de atendimento a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids. (PORTELLA, 2014)

Dentre os relatos de vivências e concepções de mulheres lésbicas entrevistadas, recorrentemente a saúde das mesmas era considerada como em bom estado, e elas também se colocavam com um menor risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis ao comparadas com mulheres heterossexuais, percepção essa que ocorre até mesmo em mulheres que já experienciaram casos de ISTs em relações homossexuais. (PORTELLA, 2014)

Uma parcela dos profissionais de saúde identifica como uma das questões norteadoras da vulnerabilidade para a saúde desse grupo invisibilidade social ele está inserido. Sobre ISTs, os profissionais no geral compartilham da mesma perspectiva de que mulheres lésbicas estão menos propensas a contrair essas infecções. A partir dos profissionais não reconhecerem as mulheres lésbicas nos espaços de saúde, não compreendem as demandas de saúde e as questões enfrentadas em suas vidas pessoais. (PORTELLA, 2014)

Já nos serviços em que os profissionais transpareciam ser mais adeptos aos debates progressistas, não houve ainda assim, uma percepção tão distante do atendimento inadequado, apesar de inegavelmente haver menos situações de discriminação, ou propagação de discurso de ódio, ainda se mostram insuficientes os serviços nos campos de humanização e sensibilidade do atendimento. (PORTELLA, 2014)

Profissionais entrevistados retratam uma dificuldade na abordagem direcionada especificamente às mulheres lésbicas e bissexuais, como citado anteriormente neste artigo, justamente pela dificuldade em identificá-las dentro de suas sexualidades, então simplesmente seguem o protocolo usual de atendimento que foi pensado para atender mulheres heterossexuais.

Essa dificuldade em proceder, até mesmo com o entendimento da homossexualidade feminina, é consequência principalmente pelo formato de graduação acadêmica e dos primeiros passos no atendimento ao público, são escassez as oportunidades de discutir e relacionar a diversidade sexual e social num geral com os serviços de saúde. (MELLO, 2014)

É possível dividir os discursos dos profissionais entrevistados na pesquisa em três tipos divergentes diante da questão da homossexualidade a partir de suas afirmações nos seguintes perfis: rejeição, tolerância e aceitação. (MELLO, 2014)

Os classificados como perfil de rejeição, propagam discursos que caracterizam a homossexualidade como algo incorreto, anormal, que vai contra a completude homem-mulher. Eles afirmam que a homossexualidade é a consequência de uma falha educacional na estrutura familiar, que gerou o redirecionamento do indivíduo a um caminho equivocado, esse discurso é acompanhado e justificado por uma forte concepção moral religiosa. (MELLO, 2014)

Houve também os discursos que se enquadravam ao perfil de tolerância, profissionais que reconhecem as vivências homossexuais desde que essa homossexualidade não seja demonstrada em público. Por fim, os profissionais enquadrados ao perfil de aceitação, são responsáveis por propagar um discurso em prol da igualdade entre pessoas homossexuais e heterossexuais. Alguns discursos traziam à tona a compreensão das vivências sexuais como algo não tão restrito, podendo variar de acordo com a escolha da parceria afetivo-sexual. (MELLO, 2014)

Os três perfis reconhecidos, indicam que a produção de materiais voltados para o conhecimento e a formação dos profissionais da saúde, precisam contemplar a diversidade dos discursos. A informação direcionada para um profissional que tem atitude de aceitação aparenta ser necessário ser diferente da informação direcionada ao profissional com um discurso de rejeição ou com um discurso mais conservador frente a homossexualidade. (MELLO, 2014)

É complexo vir a discutir a integralidade da saúde e da educação, é muito importante dialogar com o MEC, educação integral, incluindo educação não-sexista, não-racista, não-homofóbica. educação pública e laica, de modo a garantir a acesa acessibilidade e a permanência das pessoas à educação nesse formato, fazendo da educação uma prática preventiva. É preciso reformar não só a saúde, mas também a mídia, a política e principalmente a educação, e todas essas dimensões precisam ser debatidas integralmente por estarem completamente conectadas. (VILELLA, 2014a)

O Departamento de Gestão da Educação Permanente do Ministério da Saúde tem como grande norte a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que abrange questões de gênero e raça. Do total de profissionais da saúde, 60% dos profissionais não são médicos e enfermeiros, é preciso que haja o planejamento da formação humanizada para além desses profissionais, incluindo os técnicos e técnicas, os agentes comunitários, por exemplo. O movimento precisa difundir a pauta de discussões acerca de aspectos sociais para esses profissionais dentro do departamento. (VILELLA, 2014a)

Uma pesquisa do Grupo Arco-íris realizada em 2011, nos mostra a pouca evolução da realidade comparada a pesquisa realizada pelo SOS Corpo em 2009. A postura dos profissionais de saúde, deve ser composta por uma sensibilização, isso em toda a equipe das unidades de saúde. O mais essencial para minimizar a violência dentro dos locais de oferta da saúde, são profissionais sensibilizados que buscam abranger o preceito da integralidade. Ao tratarmos de mulheres lésbicas e bissexuais, estamos tratando de mulheres transgressoras do que caracteriza socialmente ser uma mulher, que é realmente a ideia de mulher que fica em casa, servindo ao homem e a família, sendo mãe. e só é possível fazer os profissionais reconhecerem mulheres que destoam desse ideal como seres sociais de forma integral fazendo capacitações de qualidade. (VILELLA, 2014a)

Muitas das vezes há profissionais sensíveis, mas que não acessaram ainda conhecimento sobre outras realidades. então para além da educação permanente, é importante pensar em capacitações específicas, principalmente diante de um tema novo na abordagem dos profissionais, que está sendo introduzido agora em suas práticas. Para que a saúde seja de fato integral, é necessária uma atenção integral, intra e intersectorial. (VILELLA, 2014a)

Em suma, todos esses dados apontam que é urgente a necessidade de que seja repensada a organização dos serviços de saúde, os padrões de formação dos profissionais da saúde, com o objetivo de garantir um melhor acolhimento, uma escuta e uma abordagem mais qualificadas respeitosa a todas as usuárias do Sistema Único de Saúde, de forma a garantir de fato a tão prevista universalidade do acesso e integralidade do atendimento. (MELLO, 2014)

Também para além do olhar voltado a prática do profissional que é tão importante de ser repensada, é essencial reformular as maneiras de organização estruturantes dos serviços, que muitas das vezes chegam a inviabilizar que os profissionais hajam de outra maneira. A demanda é variável, mas a organização dos serviços segue fixa, não se modulando as necessidades, e essa questão sai do campo de alcance do que um profissional possa fazer, e não será resolvido somente com a

capacitação dos mesmos, mas sim com uma nova forma de pensar as bases fundamentais e práticas do sistema único de saúde. (VILELLA, 2014a)

## 2.2 A importância de uma educação sexual voltada para mulheres lésbicas.

Mulheres que se identificam como lésbicas ou bissexuais, são responsáveis por compor um grupo de multiplicidades raciais, culturais, econômicas e etárias e com diferenças até mesmo quanto a suas práticas sexuais. O que as tornam mais vulneráveis ao acometimento de ISTs e HIV/AIDS, devido às práticas sexuais em que não existem medidas de proteção adequadas. (LÚCIO, 2019) A própria literatura atenta a lógica equivocada do grupo MSM que consideram o relacionamento sexual- afetivo monogâmico e a prática homoerótica feminina como “seguras” às IST e HIV/Aids, pois isso potencializa o risco a essas mulheres pela falta de instrução e segurança adequada. (LÚCIO, 2019)

Tabela 1: Identidade e frequência na utilização de preservativos ou métodos de proteção de IST

	Homem cisgênero	Homem transexual	Mulher cisgênero	Mulher transexual	Pessoa não binária	Travesti
Nunca	19,9%	45,86%	64,18%	39,39%	44,08%	30%
Raramente	8,13%	12,1%	7,5%	10,3%	9,63%	3,33%
Às vezes	13,2%	7,64%	6,27%	7,27%	8%	13,33%
Muitas vezes	24,21%	7,96%	7,1%	11,52%	13,46%	20%
Sempre	34,55%	26,43%	14,95%	31,52%	24,83%	33,33%

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra da População LGBTI+, 2020

A Pesquisa Nacional por Amostra da População LGBTI+, realizada em 2020, apresenta gráficos com dados extremamente relevantes. O gráfico ‘Identidade e Frequência na Utilização de Preservativos ou Métodos de Proteção de IST’, apresenta os recortes de ‘Homem cisgênero, Homem transexual, Mulher cisgênero, Mulher Transexual, Pessoa não binária e Travesti’. Diante dessa pluralidade de identidades de gênero o que se mostra alarmante é o fato de que mulheres cisgênero com 64,18% e homens transexuais 45,86% serem respectivamente primeiro e segundo lugar na designação de pessoas que nunca utilizam métodos preservativos ou de proteção, sendo os dois grupos em que estão inclusos pessoas com vulva, o que ocorre muito possivelmente pelo fato da ausência de métodos e formatos especificamente para essas pessoas se relacionarem entre

si, fato que contribui fortemente para a falta de segurança e o cuidado com a assistência de saúde a esses grupos. (LEÃO, 2020)

Algumas pesquisas como a de Ripley (2011) e Rowen (2013), apontam que os maiores riscos para a saúde sexual para mulheres lésbicas se concentram na prática do sexo oral sem proteção e a transferência de líquido vaginal por contato direto ou indireto, principalmente nos casos de múltiplas parceiras, e quando a mulher também pratica atividades sexuais heterossexuais. (LÚCIO, 2019)

Essas mesmas pesquisas apontam que a transmissão entre mulheres que fazem sexo com outras mulheres, de infecções como HPV, tricomoníase, clamídia, herpes genital e gonorreia são identificadas de formas mais raras, e frequentemente estão relacionadas a mulheres com histórico de parceiras que se relacionavam também heterossexualmente. Atividades sexuais que utilizam do contato digital-vaginal ou digital-anal, em especial com compartilhamento de objetos para penetração, (sendo dildos ou vibradores por exemplo), apresentam um risco mais intenso de contaminação por conta da secreção cervicovaginal infectada e secreções anais, assim como a indevida higienização das mãos e dos objetos sexuais utilizados durante as relações. (LÚCIO, 2019)

Como método eficaz para reduzir os riscos de contaminação e transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, Ripley (2011) indica a higienização utilizando álcool dos utensílios sexuais e o uso de preservativos nesses objetos. Já Cox e McNair (2009), destacam o uso do preservativo em todas as práticas sexuais possíveis para controlar os níveis de exposições a infecções sexualmente transmissíveis. (LÚCIO, 2019)

Mulheres lésbicas também estão mais propensas a serem acometidas por cânceres de mama e de colo de útero, isso põe um fator de risco comum a diversos fatores de riscos diferentes, que é uma dificuldade maior na prática de consultas e exames de rastreamento dessas doenças pelas mulheres que têm sexo com outras mulheres, devido ao sistema inacessível de saúde para essas pessoas de forma geral. (VILELLA, 2014a)

Um dos fatores de proteção para prevenir o câncer de mama é a amamentação, e para além da dificuldade de acesso, mulheres lésbicas também se tornam mais expostas a desenvolver a doença por amamentarem menos. E o câncer de colo de útero que é uma doença completamente silenciosa, podendo ser identificada e tratada devidamente apenas com uma maior frequência a realização de consultas e exames, o que é uma realidade distante das mulheres lésbicas e bissexuais

que desconhecem esses riscos pela falta de uma educação sexual adequada a elas, dado que o pouco conhecimento produzido não chega até a vulnerabilidade em que elas se encontram, o que mais uma vez intensifica o risco e dificulta a prevenção e o tratamento ideal para esse grupo. (VILELLA, 2014a)

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de toda a pesquisa realizada durante a escrita desse projeto, o que se apresentava como uma questão majoritariamente biológica, se aprimorou na realidade como um problema quase que completamente social. O artigo inicialmente estava muito focalizado nos processos biológicos do corpo físico, em pensar a saúde como algo centralizado aos processos de saúde e doença também do próprio corpo físico, algo que mudou completamente ao ser levado em consideração os aspectos, as vivências e a complexidade dos corpos sociais, que são capazes de intensificar significativamente as aflições acometidas pelos processos fisiológicos de adoecimento,

Para além de qualquer tipo de infecção, é evidente como as repressões sociais sofridas pelas comunidades mais vulnerabilizadas, se mostram tão, ou até mais, violentas do que o contágio biológico, pois são lógicas pensadas e construídas pelas elites e propagadas pela criação de um imaginário social, com o intuito de adoecer justamente os mais desfavorecidos socialmente, que sofrem de forma constante com a privação de acesso aos conhecimentos capazes de preservar a integridade dos mesmos, com a inacessibilidade aos serviços de saúde, até mesmo aos cuidados mais básicos.

Quanto às mulheres lésbicas e bissexuais destaca-se principalmente a gravidade do imaginário social fortemente difundido de proteção natural à ISTs, e como isso gera o principal dos problemas: A busca completamente reduzida a cuidados com a saúde sexual e ginecológica desse grupo, e também a inutilização de métodos preventivos de ISTs, que são inclusive, os principais fatores para a não identificação e a maior dificuldade de tratamento dessas infecções, mantendo mulheres como disseminadoras inconscientemente.

O projeto foi capaz de englobar os objetivos inicialmente pensados, tratando sobre a perspectiva dos contextos de criação das políticas públicas para as mulheres lésbicas e transpondo a realidade enfrentada pelo funcionamento indevido dessas políticas na prática, abrangendo o papel dos profissionais de saúde, às necessidades específicas das mulheres lésbicas e retratando os efeitos da ausência de uma educação sexual voltada para essas mulheres devido à desinformação ser um fator intensificador de risco alarmante, e veio a contribuir socialmente como mais uma produção científica de incentivo a reformulação do sistema único de saúde para o atendimento capacitado a atender essas mulheres como é previsto por direito, e por colaborar a propor debates ainda muito estigmatizados socialmente.



## REFERÊNCIAS

### Artigos e documentos oficiais:

Autor 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil sem homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.803, de 19 de novembro de 2013. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 nov. 2013b. Seção 1, p. 25-30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

Autor 2

CARRARA, S. Políticas e Direitos Sexuais no Brasil Contemporâneo. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, [S. l.], v. 4, n. 05, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2316>. Acesso em: 25 nov. 2022. 0.

CARRARA, S.; VIANNA, A. **"Tá lá o corpo estendido no chão": a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro.** Physis, Rio de Janeiro, n. 16, v. 2, p. 233-249, 2006.

Autor 3

DUARTE, M. J. de O. **A POLÍTICA DE SAÚDE LGBT NO SUS: contribuições para o Serviço Social\*.** Serviço Social e Trabalho Profissional na Área da Saúde. Editora Navegando, 2021.

Autor 4

DUARTE, M. J. de O. **Dissidências sexuais, vidas precárias e necropolítica: impressões de uma experiência em tempos de pandemia.** In: OLIVEIRA, A, D. (Org.). População LGBTI+, vulnerabilidades e pandemia da COVID-19. Campinas: Saberes e Práticas; Papel Social, 2020.

Autor 5

DUARTE, M. J. de O. **Diversidade sexual e de gênero e saúde mental: Enlaçando políticas e direitos.** In: PASSOS, R. G.; COSTA, R. de A.; SILVA, F. G. da (Org.). Saúde Mental e os desafios atuais da atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Gramma, 2017

DUARTE, M. J. de O. **Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena.** Temporalis. Brasília (DF), ano 14, n. 27, p. 77-98, jan./jun. 2014a.

DUARTE, M. J. de O. **Saúde, cuidado e diversidade sexual: a temática da transexualidade na atenção básica em saúde.** In: COELHO, M. T. Á. D.; SAMPAIO, L. L. P. (Org.). Transexualidades: Um olhar multidisciplinar. Salvador: Ed.UFBA, 2014b.

Autor 6

LEÃO, Anderson Henrique França Figueiredo.et al. **Pesquisa Nacional por Amostra da População LGBTI+.** TODXS, 2020.

Autor 7

LONDERO, Giulliane Ramos; BRAZ, Melissa Medeiros. **Saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres: prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.** Revista Contexto & Saúde, v. 21, n. 43, p. 214-224, 2021

Autor 8

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista  
Guacira Lopes Louro - Petrópolis, RJ, Vozes, 1997. p. 14-36

Autor 9

LÚCIO, F. P. da S.; ZERBINATI, J. P.; BRUNS, M. A. T.; SOUZA-LEITE, C. R. V. de. **Saúde sexual da mulher lésbica e/ou bissexual: especificidades para o cuidado à saúde e educação sexual.** Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 14, n. esp. 2, p. 1465-1479, jul., 2019.

Autor 10

MACRAE, E. **A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da Abertura.** Salvador: Ed UFBA, 2018

Autor 11

MELO, Gabriela. et al. **Cartilha de Saúde LGBTI+: Políticas, instituições e saúde em tempos de COVID-19.** TODXS, 2021.

Autor 12

MELLO, Ana Paula L.  
**Panorama da Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: um olhar a partir do discurso de profissionais de saúde da família.** Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. Brasília, 2014.

Autor 13

PORTELLA, Ana Paula  
**Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS.** Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. Brasília, 2014.

Autor 14

REIS, Toni. **Manual de Comunicação LGBTI+: Substitua preconceito por informação correta.** 2ª edição. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018.

Autor 15

RODRIGUES, Ana Rita. **(HOMO)SEXUALIDADES FEMININAS E A GINECOLOGIA: uma reflexão sobre gênero, corpo e saúde**), Ano 4, Revista Todavia, 2011

Autor 16

RUFINO, Andrea

**Políticas Públicas para a Saúde de Lésbicas no Brasil. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais.** Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. Brasília, 2014.

Autor 17

SOARES, Aline

**Mulheres Bissexuais: vulnerabilidades na assistência à saúde.** Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. Brasília, 2014.

Autor 18

SOUZA, Eloisio Moulin de

**(Re)produção do heterossexismo e da heteronormatividade nas relações de trabalho: a discriminação de homossexuais por homossexuais.** RAM. Revista de Administração Mackenzie, 2013

Autor 19

VILELLA, Wilza

**Atenção Integral a Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais.** Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. Brasília, 2014.a

VILELLA, Wilza

**Homossexualidade feminina e saúde: ainda uma questão invisível?**

Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. Brasília, 2014.

## **Livros:**

Autor 1

PORTELLA, Ana Paula  
**Lésbicas, sexualidade e saúde: síntese dos resultados da Pesquisa Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na percepção de profissionais de saúde e usuárias do SUS/** Ana Paula Portella: coordenação de Verônica Ferreira e Ana Paula Portella - Recife: SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia, 2009.