



Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI

III SINESPP

20 a 24
OUTUBRO
2020

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS
Democracia, desigualdades sociais e políticas públicas no capitalismo contemporâneo

EIXO TEMÁTICO 7 | DIREITOS HUMANOS, VIOLÊNCIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

A ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+: dos movimentos à realidade.

HEALTH CARE OF THE LGBTQIA + POPULATION: from movements to reality

Nathália Rayanne Soares¹

Maria Luiza de Aguiar Interaminense Guerra²

Michelly Cristina Rozeno³

RESUMO

Esse artigo faz um breve resgate aos movimentos sociais, ao processo histórico da saúde pública no Brasil, fazendo luz ao Movimento de Reforma Sanitária e a implantação do Sistema único de Saúde. Concomitante, reflete a relação entre as vivências sociais da população LGBTQIA+ e seus desdobramentos no acesso e na utilização dos serviços de saúde. A discussão a respeito da atenção à saúde da população LGBTQIA+ perpassa pelas políticas públicas destinadas a esse público, mas também na qualificação da rede de saúde e dos profissionais de saúde. É perceptível também que, apesar dos avanços, ainda há um caminho longo e desafiante a ser percorrido.

Palavras-Chaves: Movimentos Sociais. Saúde. Reforma Sanitária. População LGBTQIA+. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This article briefly reviews the social movements, the historical process of public health in Brazil, highlighting the Sanitary Reform Movement and the implementation of the Unified Health System. Concomitantly, it reflects the relationship between the social experiences of the LGBTQIA + population and its consequences in accessing and using health services. The discussion regarding health care for the LGBTQIA + population runs through public policies aimed at this public, but also in the qualification of the health network and health professionals. It

¹ Assistente Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Asces-Unita. E-mail: nathallyrayanne@gmail.com

² Assistente Social pela Universidade de Pernambuco. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Asces-Unita. E-mail: maria_luiza_guerra@hotmail.com

³ Assistente Social pela Universidade de Pernambuco. Residente em Atenção Básica e Saúde da Família pela Asces-Unita. E-mail: michellycristinarozeno@gmail.com

is also noticeable that, despite the advances, there is still a long and challenging path to be taken.

Keywords: Social Movements. Health. Health Reform. LGBTQIA+ Population. Public Policies.

INTRODUÇÃO

Discutir a política de saúde sempre se faz necessário, principalmente, em tempos de privatização, sucateamento e subfinanciamento dos direitos sociais. Mesmo com normativas e dispositivos legais que garantem o acesso integral e universal à saúde a todos, direcionamentos estatais colocam o Sistema Único de Saúde em uma lógica mercadológica que desafia a sua efetivação.

Concomitantemente, há grupos sociais que além desses desafios, precisam lidar com o preconceito e as dificuldades de acesso e uso dos serviços, que vão além da ausência de investimento e ampliação da rede de saúde.

A população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais e o +, sinal inclusivo) têm vivências específicas que muitas vezes não são levadas em consideração no processo saúde-doença. Os estigmas, os estereótipos, o preconceito, a exclusão social, que foram construídos historicamente, são elementos que condicionam e determinam a saúde da população LGBTQIA+ e que precisam ser superados.

Esse artigo abordará discussões a respeito da saúde para a população LGBTQIA+, e os avanços legais e as políticas públicas que priorizam a atenção em saúde para essa população. Também trará uma breve reflexão a respeito dos estigmas vivenciados pelos LGBTQIA+, como uma forma de compreender a realidade dessa população dentro dos serviços de saúde.

A construção desse artigo ocorreu mediante revisão bibliográfica que versam sobre movimentos sociais, o processo histórico da saúde no Brasil, o movimento de reforma sanitária, a atenção à saúde LGBTQIA+, bem como, as normativas e políticas que tratam da temática.

2 DESENVOLVIMENTO

Os movimentos sociais fazem parte da construção da humanidade e estão relacionados às transformações sociais. Há diversos autores que discutem a temática trazem algumas definições. Maria da Glória Gohn define os movimentos sociais como:

Ações sociopolíticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais, articuladas em certos cenários da conjuntura socioeconômica e política de um país, criando um campo de força social na sociedade civil. (GOHN, 1997, P.251).

Já Alberto Melucci (1989, p. 57) como “uma ação coletiva baseada na solidariedade, desenvolvendo um conflito e rompendo os limites do sistema em que ocorre a ação”. Assim sendo, os movimentos sociais são ações coletivas organizadas por atores sociais, com um direcionamento ideológico, que dentro de um contexto social, buscam modificar a sociedade, ou trazer novas conjunturas e demandas.

Até meados do século XX, os movimentos sociais estavam associados às lutas de classe e o operariado. Ou seja, o movimento operário era em si o movimento social, de tal forma que a ideia de movimento social estava associada à classe operária e à luta entre o capital e o trabalho.

A partir da segunda metade do século XX, surgem os denominados “novos movimentos sociais”, que de acordo com Laclau (1986), são movimentos voltados às questões identitárias, na qual, as problemáticas dos atores sociais são vistas de uma outra maneira, abarcando questões que vão além das lutas de classes, como identidade e cultura. Esses movimentos, segundo o autor, produzem e politizam áreas diversas de lutas. Assim, esses “novos movimentos sociais” não enxergam a sociedade apenas por um prisma, ou de uma forma globalizante, como antes. Agora, são inseridos no cenário das ações coletivas novas demandas, novas lutas.

Conforme Goss e Prudêncio:

As organizações tradicionais, como sindicatos, partidos políticos e movimentos de trabalhadores eram definidas por meio da conjugação de três características: a identidade dos atores determinada por categorias relacionadas à estrutura social — camponeses, burgueses e trabalhadores — ; o tipo de conflito definido por um paradigma evolucionário, ou seja, haveria um esquema teleológico e objetivo que guiaria as lutas (o socialismo); e, por fim, os espaços dos conflitos reduzidos a uma dimensão política fechada e unificada (representação de interesses, institucionalidade política). Os “novos movimentos sociais” romperam justamente com a unidade desses três

aspectos. Em relação ao primeiro, a posição que o sujeito assume nas relações de produção não determina necessariamente suas demais posições. No que se refere ao segundo aspecto, não é mais possível determinar a realidade por meio de estágios que apareceriam em sucessivas fases do desenvolvimento da sociedade. Finalmente, o político é uma dimensão presente em toda prática social e não um espaço específico. (GOSS E PRUDENCIO, 2004, P. 77 – 78).

Laclau (1986) traz a discussão dos movimentos sociais em um contexto de pluralidade social. Não mais restrita à luta de classes, ao embate entre o capital e o trabalho, mas indo além desse campo. Traz o indivíduo com suas demandas e questões para além da relação capitalista. Questões essas que se relacionam diretamente com sua identidade dentro da sociedade.

Melucci (2001) igualmente mostra outros aspectos dos “novos movimentos sociais”, que vão além do contexto político, de classe e identitário, engloba também elementos culturais. Para o autor, os movimentos sociais estão estritamente relacionados a vida cotidiana dos sujeitos sociais e suas relações.

Esses novos movimentos sociais abarcam agora várias ações coletivas com pautas plurais, como, por exemplo: o movimento feminista, negro, gay, estudantil, das reformas sanitárias e psiquiátricas, entre outros. E marcam a Europa fortemente a partir da década de 1960, e chegam ao Brasil na década de 1980.

O Brasil, na década de 1980, vivenciava um processo de democratização, com vários movimentos e reivindicações. Entre várias pautas e lutas sociais, a saúde se destacou através do movimento de reforma sanitária.

O movimento de reforma sanitária no Brasil surge em um contexto de ditadura militar e vinculada aos Departamentos de Medicina Preventiva (DPM), que constituíam a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e conceitos sanitários. No Brasil, os primeiros DPM foram criados na década de 1950, na Faculdade Paulista de Medicina na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Em 1968, a Lei de Reforma Universitária incorpora a medicina preventiva aos currículos das faculdades. Esse novo campo permitiu que o movimento sanitário se organizasse.

Nesse cenário de ditadura militar, a política de saúde tinha cunho exclusivamente individual e voltado para o modelo médico-privatista/curativo, sem levar em consideração ações de interesse coletivo. Dessa forma, atuando sob forte pressão dos militares, em regime autoritário, o movimento sanitário se caracterizou

como força política, que gradualmente se organizava e articulava suas pautas contestatórias à ditadura. E para viabilizar as reivindicações, criou o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Uma ferramenta de ampliação do debate em saúde.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do setor público. (BRAVO, 2001, P. 08)

O movimento de reforma sanitária influenciou academicamente e atuou como agente reformador da política de saúde. Lembrando que, até a Constituição Federal de 1988, a saúde não era vista como um direito de todos e essa era uma das principais reivindicações do movimento sanitário brasileiro.

Os anos de 1980 são marcantes em diversos aspectos para o Brasil. Não apenas porque encerrou nessa década a ditadura militar, mas porque esses anos foram marcados por lutas e conquistas sociais e legais em muitos setores da sociedade.

Na saúde, em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), um marco histórico para a política e a reforma sanitária brasileira. Com participação popular pela primeira vez, foi na 8ª CNS que se discutiu a criação de um sistema unificado de saúde, o conceito de ampliação de saúde e a saúde como um direito de todos e um dever estatal.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão Saúde no Brasil, ocorreu na preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal. O tema central versou sobre: I-A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III- Financiamento setorial. (BRAVO, 2001, P. 09).

A 8ª CNS buscava a construção de um sistema de saúde para todos e isso tornou-se real com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88). O sistema de saúde foi institucionalizado nesse marco legal, presente nos artigos 196 a 200 da CF/88. Na Constituição de 1988, a saúde é compreendida como um direito de todos, compondo o tripé da Seguridade Social (Assistência Social – Previdência Social - Saúde), com um conceito amplo.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2016).

Em 1990, a Lei Orgânica de Saúde 8.080 é promulgada, dispondo das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento dos serviços em saúde. Materializando a VIII CNS e regulamentando o que está disposto na Constituição Federal de 1988.

Entre os vários pontos importantes da Lei 8.080/90, os mais referenciados são os que dispõem sobre os determinantes e condicionantes da saúde e os princípios que regem o SUS. O Artigo terceiro da Lei, define como determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, moradia, lazer, transporte, educação, saneamento básico, trabalho, renda, entre outros. Já os princípios, presente no artigo 7º, dispõe sobre a universalidade, integralidade dos serviços, direito à informação, igualdade da assistência à saúde, participação da comunidade, descentralização, entre outros.

São conquistas importantes que preconizam o acesso universal e pleno aos serviços de saúde para toda a população. No entanto, mesmo com esses notáveis avanços na saúde, na década de 1990, o Brasil entre em um processo de contrarreforma, que é definido por Bravo (2001) como um redirecionamento do papel do Estado para o mercado, influenciado pela política de ajuste neoliberal.

A Reforma do Estado ou Contrarreforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. (BRAVO, 2001, P. 13).

Dessa forma, apesar das conquistas, alguns aspectos prejudicaram os avanços do SUS. Com o redirecionamento o Estado para o mercado, a consolidação do SUS como uma política pública social não se efetivou até os dias atuais. Cada vez mais a saúde é vista pelo prisma da mercadoria e de forma seletiva.

Em suma, é certo que houve avanços, principalmente, se compararmos à saúde antes da CF/88. O SUS tem capilaridade em todo o território brasileiro, e é uma política de Estado, não apenas de Governo. No entanto, ainda têm muitos desafios e problemas a serem superados, como: o direcionamento do SUS aos pobres, a privatização dos serviços, investimento em sistemas privados de saúde, e, claro, o subfinanciamento.

Como preconizam os dispositivos legais que institucionaliza e regulamenta o SUS, a saúde deve ser um direito, com acesso universal e descentralizado para a toda a população, respeitando as individualidades e especificidades de todos. No entanto, como já supracitado, nos anos de 1990, com o sucateamento da saúde, a focalização da política e a mercantilização da saúde, o acesso aos serviços tornou-se lento desafiante. Mas para além desses desafios, para alguns setores da sociedade, não existe apenas a problemática do acesso, há outros desafios.

O início do debate sobre a saúde da população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexuais e o +, sinal inclusivo) acontece conjuntamente ao surgimento da epidemia de HIV/AIDS, e isso ocasionou vários estigmas aos LGBTQIA+, que passaram a ser vistos como transmissores de uma doença incurável; além de ser uma das principais vítimas da própria doença. Além disso, a mídia teve papel importante na disseminação e cristalização desses estigmas.

Em 1986, é criado o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN DST/Aids), que há época, comandava as políticas voltadas à população LGBTQIA+. Entretanto, ainda se atrelava a saúde dos LGBTQIA+ às doenças sexualmente transmissíveis, como se essa fosse a única demanda e necessidade da população.

Com o advento da Constituição Federal/1988 e do SUS, a saúde passou a ter um conceito amplo, considerando os determinantes e condicionantes, que vão além da doença em si. Que olham para a saúde dos indivíduos de uma forma integral e atentando para os aspectos sociais e da vida real, como o preconceito, a violência, as desigualdades sociais, o difícil acesso ao mercado de trabalho etc. Ou seja, além das questões de saúde em si, é preciso abrir o leque e enxergar as condições sociais e reais da população.

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, P. 13).

Assim, em 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos lançou o programa: “Brasil sem Homofobia”, que inclui o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra a população LGBT e Promoção da Cidadania Homossexual.

O BSH é o marco brasileiro da inclusão na perspectiva de não discriminação por orientação sexual e identidade de gênero e de promoção dos direitos humanos de pessoas LGBT como pauta das políticas públicas e estratégias do governo a serem implantadas transversalmente (parcial ou integralmente) por seus diferentes Ministérios e Secretarias. (ALVES apud SARAIVA, 2017, p. 89).

Esse programa defini ações para serem realizadas através da articulação entre as esferas federal, estadual e municipal, que são:

A inclusão da perspectiva da não-discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, nas políticas públicas e estratégias do Governo Federal, a serem implantadas (parcial ou integralmente) por seus diferentes Ministérios e Secretarias. A produção de conhecimento para subsidiar a elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas voltadas para o combate à violência e à discriminação por orientação sexual, garantindo que o Governo Brasileiro inclua o recorte de orientação sexual e o segmento GLTB em pesquisas nacionais a serem realizadas por instâncias governamentais da administração pública direta e indireta. A reafirmação de que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos humanos incluem o combate a todas as formas de discriminação e de violência e que, portanto, o combate à homofobia e a promoção dos direitos humanos de homossexuais é um compromisso do Estado e de toda a sociedade brasileira (ALVES apud SARAIVA, 2017, p. 89).

Outro ponto importante na conquista de direitos pela população LGBTQIA+, diz respeito a decisão do Conselho Federal de Medicina (CFM), que em 1985, deixou de definir a homossexualidade como patologia. A Organização Mundial de Saúde (OMS) obteve o mesmo entendimento em 17 de maio de 1990, retirando a homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID). Essa data, tornou-se um marco histórico, reconhecida como o Dia Mundial de Combate à Homofobia. Em 2010, o Governo Federal, após reivindicações do movimento LGBTQIA+, instituiu por meio de decreto o dia 17 de maio, como o Dia Nacional de Combate à Homofobia.

Em 2013, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), através da Portaria nº 2.836/2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT. A PNSI-LGBT busca dar a atenção adequada às demandas da população LGBTQIA+, atentando-se para os condicionantes e determinantes dessa população.

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, P. 06).

A Política articula várias medidas de ação que fomentem o cuidado integral, sem desconsiderar as especificidades de cada indivíduo. Como por exemplo, questões relacionadas à discriminação de gênero, violência contra as mulheres, machismo, misoginia e a própria invisibilidade feminina, que marcam fortemente as mulheres lésbicas e bissexuais. Entender que cada elemento desse interfere diretamente da qualidade de vida, reforçam o preconceito e a exclusão social.

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade (2006), traz discussões importantíssimas a respeito da saúde das mulheres lésbicas, que perpassa pela invisibilidade do homoerotismo feminino e da própria sexualidade feminina e o preconceito existente na sociedade em relação à homoafetividade. Nesse documento, é evidenciado as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas mulheres lésbicas e bissexuais.

Com relação às mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as mulheres que revelam, 28% referem maior rapidez do atendimento do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, P. 14).

O Dossiê (2006) traz um estudo de que quando se trata de exame para a prevenção de câncer do Colo do útero, o Papanicolau, as mulheres héteros têm mais acesso, cerca de 89,7%, do que as mulheres lésbicas, que tem 66,7% de cobertura, evidenciando uma vulnerabilidade maior desse último grupo.

Os resultados sugerem que profissionais de saúde solicitam menos sua realização e que as mulheres nem sempre procuram cuidado, quando necessário, ou só o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006, P. 19).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais aborda outros aspectos significativos para a população LGBTQIA+, como a questão da saúde mental desse grupo, a exclusão social, a ampliação e qualificação dos

serviços de saúde para atender à população, redução de danos, garantir o acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, entre outros.

No Plano Operativo definido na própria política é disposto 4 eixos de ação. O primeiro fala sobre o acesso integral da saúde pela população LGBTQIA+, o segundo, sobre ações de promoção e vigilância em saúde para a população LGBTQIA+; o terceiro, o qual é preciso dar atenção, fala sobre Educação Permanente e população em saúde com foco na população LGBTQIA+. Por fim, o quarto, traz o monitoramento e avaliação das ações em saúde para a população LGBTQIA+.

Aqui, o Eixo 3, será discutido mais especificamente, pois traz uma ação que lida diretamente com a qualificação dos profissionais de saúde para atender as especificidades da população LGBTQIA+. Quando se pensa a saúde da população LGBTQIA+, ainda há muitos estereótipos, sempre relacionando a temática às infecções sexualmente transmissíveis (IST), sem considerar as vivências de cada grupo e indivíduo.

Como supracitado, muitas mulheres lésbicas e bissexuais têm dificuldades de acessar alguns serviços e dispositivos, por não serem consideradas “grupo de risco” para alguns tipos de doenças que estão relacionadas à vivência heteronormativa.

O Eixo 3 foca na capacitação dos profissionais de saúde e nos gestores como forma de combater comportamentos e falas discriminatórias de gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia, e das especificidades da população LGBTQIA+. É um dos eixos fundamentais para a efetivação da saúde equânime e integral.

3 CONCLUSÃO

O acesso à saúde é um direito constitucional. Por lei, os serviços devem ser oferecidos de forma integral, humana e plena. Porém, isso não é uma realidade vivenciada por muitos LGBTQIA+ nos serviços de saúde.

Apesar dos nítidos avanços conquistados pelo movimento LGBTQIA+, ainda se tem um longo e desafiante caminho a ser percorrido. Precisa-se desvincular os LGBTQIA+ às ISTs, como se essa fosse sua única necessidade em saúde. Além disso, é preciso combater as violências, o preconceito, as desigualdades sociais vivenciadas pela população.

Outro ponto, é nos próprios dispositivos legais. Ainda há poucas políticas públicas que versem sobre a saúde dos LGBTQIA+, especialmente nas esferas estaduais

e municipais. E as que existem não são executadas em sua integralidade. Lembrando que, Política Nacional de Saúde Integral à população LGBTQIA+ é de 2013 e o próprio dispositivo não inclui em seu documento oficial as siglas “QIA+”. Essas siglas significam representação e visibilidade a uma população que sofre preconceito e é invisibilizada socialmente. Destarte, o próprio SUS precisa ser ampliado para receber as demandas dessa população.

Por fim, além de ampliar as políticas, a rede e os serviços de saúde, é necessário qualificar e capacitar quem lida com os LGBTQIA+ diariamente nos serviços, da atenção básica à especializada, ou seja, os profissionais de saúde. A Política Nacional traz um eixo a respeito, mas na prática essa qualificação não é tão efetiva. É preciso criar ações e mecanismo que capacite os profissionais de saúde em serviços e os que estão em formação a entender as demandas da população LGBTQIA+ e lidar com ela respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, Edilson Dantas. **A criação do programa Brasil sem homofobia: progressos e crítica**. ANPUH- Brasil. 30º Simpósio Nacional de História. Recife, 2019. Disponível em: https://www.snh2019.anpuh.org/resources/anais/8/1565802149_ARQUIVO_ACRICAODOPROGRAMABRASILSEMHOMOFIAPROGRESSOSECRTICA.pdf. Acesso em: 21/06/2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília - DF: Câmara dos Deputados, 1988. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 17/06/2020.

_____. **Lei Orgânica da Saúde 8.080/1990**. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>. Brasília, 1990. Acesso em: 17/06/2020.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde. 1ª edição: Brasília – DF, 2013.

_____. **Programa Brasil Sem Homofobia**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2004.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais paradigmas clássicos e contemporâneos**. Edições Loyola, São Paulo: 1997.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** In: Capacitação para Conselheiros de Saúde – textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

GOSS, Karine Pereira; PRUDENCIO, Kelly. O conceito de movimentos sociais revisitado. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC** Vol. 2, nº 1 (2), janeiro-julho 2004, p. 75-91. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/13624/12489>> Acesso em: 17/06/2020.

LACLAU, Ernesto. Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 2, vol. 1, out. ,1986.

MELUCCI, Alberto. **A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

_____. **Um objeto para os movimentos sociais.** Lua Nova, n. 17, junho. São Paulo: Cedec, 1989. P. 50-66.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Saúde das mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Dossiê.** Belo Horizonte, 2006.