

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

Políticas Públicas voltadas à Saúde Lésbica: análise dos ciclos das políticas

Adriane das Neves Silva, Romeu Gomes

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12267>

Submetido em: 2025-06-30

Postado em: 2025-07-03 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Políticas Públicas voltadas à Saúde Lésbica: análise dos ciclos das políticas

Public Policies aimed at Lesbian Health: analysis of the bias of policy cycles

Adriane das Neves Silva¹

Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

E-mail: adrianeves@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5383-2618>

Romeu Gomes²

Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

E-mail: romeugo@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3100-8091>

Resumo

Introdução: O acesso à saúde é um direito de todos. Porém, o que se observa é que quando se trata da inclusão das minorias sexuais esse direito vem sendo cerceado, e suas demandas invisibilizadas. **Objetivo:** analisar o contexto em que os documentos foram produzidos, compreendendo o processo de inserção na agenda do governo brasileiro, bem como suas consequências no contexto das práticas de saúde.

Método: Estudo documental. **Resultados:** após análise conformaram as categorias: contexto da formulação das políticas, influências que incidiram sobre as políticas e desdobramentos dos princípios políticos e reflexos na saúde das lésbicas.

Conclusão: Os desafios em relação as demandas e especificidades das lésbicas, no âmbito da PNAISM e Política LGBT persistem e resultam da não consideração da orientação sexual como um forte indicador do processo saúde-doença, além da invisibilidade da diversidade feminina nas propostas governamentais, assim como fragilidades no processo de formação/capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado as usuárias.

Palavras-chaves: Políticas de Saúde; Homossexualidade Feminina; Ciclo de Políticas; *Habitus*; Violência Simbólica.

Abstract

Background: Access to health care is a right for all. However, what we have observed is that when it comes to the inclusion of sexual minorities, this right has been curtailed, and their demands have been made invisible. **Objective:** to analyze the context in which the documents were produced, understanding the process of inclusion in the Brazilian government's agenda, as well as its consequences in the context of health practices. **Method:** Documentary study. **Results:** after analysis, the following categories were formed: context of policy formulation, influences that affected the policies and developments of political principles and reflections on the health of lesbians. **Conclusion:** The challenges regarding the demands and specificities of lesbians, within the scope of PNAISM and LGBT Policy, persist and result from the failure to consider sexual orientation as a strong indicator of the health-disease process, in addition to the invisibility of female diversity in government proposals, as

well as weaknesses in the training/qualification process of professionals involved in caring for users.

Keywords: health policies; female homosexuality; policy cycle; habitus; symbolic violence.

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é um direito de todos. Porém, o que se observa é que quando se trata da inclusão das minorias sexuais esse direito vem sendo cerceado, e suas demandas invisibilizadas.

A construção de políticas públicas voltadas para a saúde de lésbicas no Brasil se deu a partir da interseção dos movimentos feminista e homossexual, a partir do final da década de 1970¹. Na busca pela autonomia, os grupos exclusivamente lésbicos surgem nas tensões que ocorreram na década de 1980, relacionadas ao movimento gay e feminista, e a inclusão do termo "lésbico" ocorreu durante o VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais², ocorrido a partir de 1993.

Apesar da migração do movimento lésbico para o movimento feminista para discutir as questões de sexualidade³, houve resistência na incorporação das questões das mulheres lésbicas em sua produção teórica e na agenda política⁴.

É importante ressaltar as políticas visibilizam as demandas e especificidades das lésbicas para o monitoramento e avaliação da saúde desse grupo populacional, além disso para fornecer informações às pessoas envolvidas e interessadas na área^{5,6}.

A Constituição Federal de 1988⁷ garante o acesso aos cuidados à saúde, mas a inclusão das minorias sexuais frequentemente é cerceada. Políticas como a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM)⁸ e na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política LGBT)⁹, trouxeram as demandas das lésbicas para a agenda governamental, evidenciando as dificuldades de acesso à saúde.

Assim, o desenho da política pública e a sua interpretação no contexto das práticas afetam as decisões de acesso e cuidado à saúde¹⁰. Este estudo pretende analisar o contexto de produção desses documentos, sua inserção na agenda governamental e suas consequências nas práticas de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental que utiliza duas fontes: PNAISM⁸ e a Política LGBT⁹. Também são considerados outros documentos relevantes, como a Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde¹¹; Direitos, Saúde e Participação Social/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa¹²; Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT¹³, Relatório da Oficina de “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”¹⁴, Cartilha Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber¹⁵ e Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade⁶.

Esses documentos foram analisados com base nas seguintes questões: (1) Em qual contexto foram formuladas as políticas que, em diferentes proporções, abordavam a saúde das lésbicas? (2) Quais influências impactaram essas políticas? (3) Quais os desdobramentos políticos dos primeiros documentos oficiais que mencionavam a saúde das lésbicas ao longo do tempo?

Os procedimentos metodológicos foram fundamentados no referencial teórico-analítico de Ball^{16,17} e na apresentação dessas ideias realizada por Rezende e Baptista¹⁸ e Mainardes^{19,20}. Ademais, foram considerados os conceitos de Pierre Bourdieu^{21,22,23,24,25,26,27,28} sobre *habitus*, campo e violência simbólica.

Para coletar, categorizar e analisar os dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, conforme o referencial teórico proposto por Bardin²⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Categorias temáticas

Contexto da formulação das políticas

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)³⁰, deu maior enfoque a visibilidade feminina. No entanto, a ênfase principal continuou sendo na reprodução e na redução da mortalidade materna, sem ações específicas para abarcar a diversidade feminina, comprometendo a transversalidade de gênero e raça.

Com o fortalecimento do movimento lésbico no Brasil na década de 1990, foi possível criar uma pauta conjunta, resultando no lançamento da Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, pelo Ministério da Saúde (MS). Este documento, incluiu nas propostas das políticas públicas a diversidade de mulheres⁸. E mesmo assim, a garantia da equidade do atendimento nos serviços de saúde ainda não existia.

A inclusão da orientação sexual e identidade de gênero, como determinantes sociais na pauta da saúde ocorreu na 13^o Conferência Nacional de Saúde (CNS), para enfrentar as discriminações em diversos âmbitos e implementar políticas específicas, garantindo o controle social e o acesso aos benefícios de seguridade social pelas instituições governamentais³¹.

A 1^a Conferência Nacional LGBTT, realizada em 2008, foi um marco histórico na luta por Cidadania e Direitos Humanos dessa população. A conferência visou definir diretrizes de políticas públicas, recomendar o monitoramento e o fortalecimento do programa Brasil sem Homofobia e elaborar do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT³¹. E, apesar dos avanços, as questões de sexualidade ainda era um aspecto pouco discutido.

A criação do 3^o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), incluiu na sua décima diretriz a garantia da igualdade na diversidade. Entre suas estratégias está o respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero³². E mesmo diante do reconhecimento social, as mudanças ainda continuaram incipientes.

Na 2^a Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBTT realizada em 2011, ampliou-se o debate sobre a criação de estratégias de ação para garantir a igualdade e combater a discriminação¹³. E o MS instituiu a Política LGBT, visando enfrentar a discriminação e o preconceito institucional.

A Política LGBT de 2013 iniciou a promoção da equidade na saúde para lésbicas com a cartilha "Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social", visando aumentar a visibilidade e sensibilizar gestores e profissionais³³.

Os diferentes campos onde as lutas e disputas ocorreram são reconhecidos pela maneira que esse grupo se organiza nos espaços sociais³⁴, fruto das lutas históricas do movimento lésbico pela desconstrução de um *habitus* que desconsidera lésbicas e outras orientações que contestam a hegemonia heteronormativa.

Outros documentos também abordaram a saúde das mulheres lésbicas. Em 2014, o Relatório da Oficina "Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais"¹⁴ e a Cartilha Integral de Saúde das lésbicas, publicada em 2017¹⁵.

Neste contexto, o movimento de lésbicas tem impulsionado mudanças na saúde, promovendo o diálogo entre a sociedade civil e política para a definir e materializar políticas públicas que atendam às necessidades reais das lésbicas.

Ainda que venha ocorrendo esse protagonismo, continua existindo esse apagamento, que com base em Ball¹⁶, ainda não há o efeito político desejado, tanto de mudanças na prática ou na estrutura, quanto dos impactos das mudanças nos padrões de acesso e oportunidade social.

Bourdieu²³, afirma que os agentes envolvidos nessa política, tanto formuladores quanto beneficiários, devem agir para transformar a estrutura, não apenas conservar. Isso ocorre porque os efeitos das políticas são o resultado de conflito e luta entre "interesses" e não podem ser simplesmente lidos em textos¹⁶.

Influências que incidiram sobre as políticas

Os textos políticos resultam de disputas entre grupos que competem pelo controle das representações da política. As políticas são intervenções textuais com limitações materiais e consequências reais vivenciadas na prática¹⁹. As influências sobre as políticas voltadas às lésbicas incidiram em dois momentos: na produção do texto da PNAISM e na produção do texto da Política LGBT.

No texto da PNAISM, é a primeira vez as mulheres lésbicas são incluídas em políticas públicas para a saúde⁸. No entanto, o desenvolvimento dessas políticas não garantiu direitos efetivos.

A naturalização entre gênero e reprodução, na ideia de que o gênero está ligado ao papel que mulheres e homens assumem na reprodução biológica e da consequente confusão entre gênero e sexualidade, leva ao não reconhecimento pelos profissionais de saúde das questões de saúde das mulheres que fazem sexo com mulheres e da sua própria vida⁵.

O documento aponta que a presunção de heterossexualidade leva a um atendimento voltado para mulheres heterossexuais, o que reforça a necessidade de educação permanente dos profissionais para garantir um acolhimento das lésbicas nas unidades de saúde.

Outro aspecto explorado é o desconhecimento pelas lésbicas do risco dos cânceres de colo e de útero, o que contribui para ausência de ações preventivas. Ressalta-se a necessidade de mais informações pelos profissionais de saúde às usuárias, quanto ao atendimento ginecológico, incluindo orientar e disponibilizar de métodos de prevenção³⁵.

Apona a vulnerabilidade pela exposição às IST e AIDS somente para lésbicas profissionais do sexo. Na violência contra a mulher não abordam as especificidades das mulheres lésbicas e a violência intrafamiliar contra adolescentes lésbicas, quando são expulsas do lar ou são vítimas de violência sexual. Por outro lado, o baixo índice de ISTs e Aids estaria relacionado a invisibilidade da orientação sexual com determinante social de adoecimento. Reforçando que o baixo índice de casos públicos de Aids entre lésbicas foi atribuído ao fato destas serem classificadas nas unidades de saúde a partir da categoria “sexo” e não da “orientação sexual³⁶. Por fim, a inclusão das mulheres lésbicas que desejam exercer o direito à maternidade voluntária, para o acesso à inseminação assistida na rede do SUS.

Em suas diretrizes enfatiza que deve atender as mulheres em todos os ciclos de vida, considerando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos variados grupos populacionais. Portanto, o atendimento deve ser conduzido com base no reconhecimento e respeito a essas diferenças.

Apesar do reconhecimento das demandas das lésbicas no documento da PNAISM, o texto apresenta algumas discordâncias quando contrastado com as reivindicações que partem do movimento social.

A publicação da Política LGBT, marcou o reconhecimento oficial da discriminação baseada na orientação sexual e identidade de gênero⁹. E apesar dos avanços e conquistas¹¹, em relação às lésbicas, não há direcionamento de quais são essas especificidades e nem como essas mulheres devem ser abordadas nos serviços de saúde.

É importante considerar o desfecho das disputas e acordos com as lésbicas que coordenam os movimentos, e compõe o contexto da produção da Política LGBT e da “cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais-Direitos, Saúde e Participação Social”³³. O fortalecimento do controle social no SUS é um marco nas políticas públicas, devendo ser destacado pelo movimento lésbico.

Como foco nas especificidades de saúde, os documentos analisados trazem em destaque o risco de câncer de mama e colo de útero, ISTs e AIDS e violência (seja como vítima e/ou agressor), porém não mencionam dados que comprovem ações direcionadas em relação à prevalência em lésbicas. Esses dados compõem o texto do Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília¹⁵, trazendo o destaque que mulheres lésbicas, muitas vezes, passam despercebidas nas unidades de saúde, devido a não abordagem e a crença errônea de que lésbicas não estão sujeitas a câncer de mama, colo de útero e transmissão de IST/AIDS, e, portanto, não precisam de orientações específicas.

Em relação à reprodução somente aparece no documento da Política LGBT a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos no âmbito do SUS, porém sem ações direcionadas, sendo os assuntos abordados de maneira superficial.

Nas influências na produção do texto da Política LGBT, incluem as pressões e reivindicações do movimento homossexual e feminista. Como observa Bourdieu²⁴, o movimento de gays e lésbicas, por meio de uma revolta subversiva contra uma forma da violência simbólica, pode dar visibilidade a sua existência, “invertendo o sinal de estigmatização para transformá-lo em emblema – como faz o *gay pride*”.

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

Desdobramentos dos princípios políticos e reflexos na saúde das lésbicas.

Ao fundamentar a análise das PNAISM e Política LGBT usando os conceitos de *habitus*, campo e violência simbólica de Bourdieu, poderemos entender melhor os mecanismos de interpretação dos textos políticos para a realidade³⁷. Isso é útil porque as ações parecem ser direcionadas principalmente à mulher adulta e heterossexual.

Por esse viés, o nó crítico está nas relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e as lésbicas. É preciso pensar que o *habitus* resultante das condições históricas e sociais trazem consequências que são vivenciadas no contexto da prática, local onde as políticas ganham sentido³⁴ e onde se encontra a violência simbólica que contribuem para a naturalização de protocolos voltados às mulheres heterossexuais²⁴ e para o apagamento da visibilidade lésbica.

O Dossiê de Saúde de Mulheres Lésbicas, publicado em 2006, traz que questões sobre invisibilidades das lésbicas, refletem na prática das unidades de saúde, e é nesse local em que essa violência ocorre⁵.

Sendo assim, os direitos contidos nos textos políticos são interpretados pelos profissionais diferentemente, pois esses não são leitores ingênuos, uma vez que essa interpretação atravessa suas histórias, experiências, valores, propósitos e interesses que são diferentes^{18,19}.

No que diz respeito ao cuidado à saúde, o reconhecimento da vulnerabilidade às IST/AIDS direciona a lésbicas profissionais do sexo presente na PNAISM. Outro contraste refere-se ao pressuposto da vida sexual ativa das mulheres é sempre de caráter heterossexual, e, mulheres lésbicas consideram que o câncer de colo de útero só afeta mulheres heterossexuais e, portanto, não se sentem mobilizadas para sua prevenção nem para a prevenção do câncer de mama.

Em relação aos casos de violência intrafamiliar e sexual o texto não faz menção a ações de combate à violência contra lésbicas e, quando se refere à saúde reprodutiva e ao climatério, a análise não faz recorte para lésbicas, sendo as mesmas não contempladas, o que reflete no apagamento dessas demandas e nas dificuldades de abordagem durante o acesso à saúde.

Esse desconhecimento das políticas recai sobre o cuidado prestado a essa população. Assim, diante das diversas interpretações dos textos políticos, que podem vir de leituras ou não leituras das políticas e documentos, fica claro que os profissionais de saúde têm dificuldades de abordar, lidar e identificar a orientação diferente da qual costuma atender, e seguem os protocolos determinados¹⁹.

A ausência do tema sobre sexualidade nos processos de formação/capacitação em saúde aponta para um cuidado à saúde contrário ao integral, que se traduz na relação entre a violência simbólica²⁴ e o acesso das lésbicas, perpassa pela não abordagem da temática o que contribui para a persistência de um *habitus*, que orienta as ações desses sujeitos dentro do campo onde as práticas de cuidados às lésbicas são realizados^{21,22}. Assim, a invisibilidade à qual são submetidas e o fato de serem abordadas à luz da hegemonia de modelos culturais de gênero denotam a violência simbólica contra as lésbicas³⁸.

A tentativa de superação das lacunas no cuidado está fundamentada na Cartilha Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber¹⁵, que propõe a garantia do direito de como as lésbicas querem ser atendidas.

O espaço da unidade de saúde é onde as políticas oficiais se materializam, refletindo a dominação simbólica. Essas relações operam nos diferentes ambientes da saúde, reproduzindo as desigualdades entre o que consta nas políticas e o que ocorre no cotidiano das unidades de saúde.

Por esse viés, no discurso e nas práticas de saúde voltadas às lésbicas o *habitus* heteronormativo contribui para o apagamento das demandas e especificidades das lésbicas, o que vem afastando-as dos serviços e comprometendo a integralidade da assistência.

No caminho para que tais reflexos sejam mais efetivos, insistimos no papel do movimento de lésbicas, que – como observa Bourdieu²⁴ – são duplamente dominadas, dentro e fora do movimento homossexual, por conta da forte “tradição masculinista”.

CONCLUSÃO

Os desafios em relação as demandas e especificidades das lésbicas persistem e resultam da não consideração da orientação sexual como um forte indicador do processo saúde-doença, além da invisibilidade da diversidade feminina nas propostas governamentais, assim como fragilidades no processo de formação/capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado as usuárias.

Diante disso, o presente estudo contribui para compreensão de que as pautas da saúde de lésbicas ainda não são prioridades nas agendas políticas, focando na saúde das mulheres dentro de uma estrutura heteronormativa.

Em conclusão, é fundamental a revisão dos textos políticos por atores sociais, pesquisadores e formuladores, e reformulação das propostas de formação/capacitação, para atender às principais demandas do movimento lésbico.

Referências

1. 7º EBLHO - VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais, 1993, São Paulo: Deusa Terra, Etcetera e Tal, Grupo de Homossexuais do PT, Rede de Informação Lésbica um Outro Olhar, 1993.

2. Fernandes M. Ações Lésbicas. *In*: Green JN, Quinalha R, Caetano M, Fernandes M, organizadores. História do Movimento LGBT no Brasil. São Paulo: Alameda; 2018. p. 91-120.
3. Facchini R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. [Internet]. São Paulo: Cad. AEL.; 2010 [citado 24 jun. 2025];10(18/19). Disponível em: <https://ojs.ifch.unicamp.br/index.php/ael/article/view/2510>.
4. Soares GS, Costa JC. Movimento lésbico e Movimento feminista no Brasil: recuperando encontros e desencontros. Labrys - Estudos Feministas; 2012.
5. Facchini R, Barbosa RM. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Saúde; 2006.
6. Calderaro F. Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade. 2011. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.
7. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – art. 196-200, 1988.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.836, de 1º dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política nacional de saúde Integral LGBT). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.
10. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF: Presidência da República, 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Resolução nº 2 de 6 de dezembro de 2011. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013a. [Acesso 24 jun. 2025]. Disponível em:

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

13. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Brasília, DF; 2011c.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Brasília: MS; 2014.
15. Lemos AM, Santos MA, Barbosa R, organizadoras. Cartilha Se você é lésbica a/o profissional de saúde precisa saber. Pernambuco: COMLESBI; 2016.
16. Ball SJ. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. *Discourse Studies in the Cultural Politics of Education*. 1993; 13(2):10-17. DOI: 10.1080/0159630930130203
17. Ball SJ. Sociologia das políticas educacionais e pesquisa crítico-social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional. *Currículo sem Fronteiras*. 2006; 6(2):10-32.
18. Rezende M, Baptista TWF. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. *In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde*. 1 ed. – Porto alegre: Rede Unida, 2015. p. 221-260.
19. Mainardes J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educação e sociedade*. 2006; 27(94): 47-69.
20. Mainardes J. A abordagem do ciclo de políticas: explorando alguns desafios da sua utilização no campo da Política Educacional. *Jornal de Políticas Educacionais*. 2018;12(16):1.
21. Bourdieu P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Russel; 1998.
22. Bourdieu P. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva; 1992.
23. Bourdieu P. *Razões Práticas: Sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papyrus Editora; 1996.
24. Bourdieu P. *A Dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.
25. Bourdieu P. *Esboço de uma teoria da prática*. Oiras [Portugal]: Celta Editora; 2002.

26. Bourdieu P. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editora UNESP; 2004.
27. Bourdieu P. O senso prático. Petrópolis: Vozes; 2009.
28. Bourdieu P. O campo político. Revista brasileira de ciência política. 2011, (5), p.193-216.
29. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: MS; 1984.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
32. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa nacional de Direitos Humanos (PnDH-3). Brasília: SDH/Pr; 2010b.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social. Brasília: MS; 2013b
34. Gasparelo RRS, Jeffrey DC, Schneckenberg M. Análise de políticas educacionais: fundamentos teóricos- metodológicos do ciclo de políticas e as contribuições de Pierre Bourdieu. EccoS – Revista Científica. São Paulo, 2018; (47): p.237-252. DOI: <https://doi.org/10.5585/EccoS.n47.7877>.
35. Pinto VM, Tancredi MV, Tancredi Neto A, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. AIDS. 2005, 9, p. S64-S69. DOI: 10.1097/01.aids.0000191493.43865.2a.
36. Almeida GES. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e AIDS entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. Physis Rev Saúde Coletiva. 2009; 19 (2): p. 301-331.
37. Ball SJ, Bowe R, Gold A. Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology. London: Routledge, 1992.
38. Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. Physis Rev Saúde Coletiva. 2011; 21 (4):1451-1467.

Contribuição de autoria

1 – ADRIANE DAS NEVES SILVA. Doutoranda no Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz

E-mail: adrianeves@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5383-2618>

Trabalhou na concepção, pesquisa, metodologia e redação final.

2 -ROMEU GOMES. Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz

E-mail: romeugo@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3100-8091>

Orientador da doutoranda participou de todas as fases do artigo.

Declaração de Conflito de Interesse:

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.