



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

VANESSA FLORÊNCIO DE LIMA

**SAÚDE FORA DO ARMÁRIO: BARREIRAS, EXPERIÊNCIAS E POLÍTICAS PARA
MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS NO SUS**

ACARAPE

2025

VANESSA FLORÊNCIO DE LIMA

SAÚDE FORA DO ARMÁRIO: BARREIRAS, EXPERIÊNCIAS E POLÍTICAS PARA
MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso, na modalidade de monografia, apresentado ao Curso de Serviço Social do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Rosas Magrini

ACARAPE

2025

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Lima, Vanessa Florencio de.

L696s

Saúde fora do armário: barreiras, experiências e políticas para mulheres lésbicas e bissexuais no SUS / Vanessa Florencio de Lima.
- Redenção, 2025.
63f: il.

Monografia - Curso de Serviço Social, Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2025.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Rosas Magrini.

1. Lésbicas. 2. Heterossexualidade. 3. Bissexuais. 4. Serviços de saúde para mulheres. I. Título

CE/UF/BSP

CDD 362.10981

À minha avó Maria, em memória e eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades e por me permitir chegar até aqui.

À minha mãe, Vera, que foi mãe e pai ao mesmo tempo, presença inteira em todos os momentos da minha vida. Obrigada por tudo que faz e sempre fez por mim, por estar ao meu lado em cada momento, por cuidar e por se preocupar. A senhora preencheu todos os espaços e me fez nunca sentir falta do que não tive. Seu amor e sua força me acompanham todos os dias e são parte do que me sustenta.

Em memória da minha avó Maria, que foi alguém que além de me apoiar durante tanto tempo, me fez acreditar que eu era capaz de alcançar meus objetivos. Sem você, nada disso seria possível. É no seu exemplo de vida, de mulher forte, batalhadora e independente que eu me inspiro. O seu amor me salvou e continua me salvando todos os dias.

À minha namorada, Larissa, por cuidar com tanto carinho, por me ouvir com paciência, pelas risadas, pela leveza que torna a vida mais bonita e pelo apoio constante. É uma delícia compartilhar a rotina com você, dividir a mesma visão de mundo e construir sonhos. Nosso amor é revolução, e tem sido incrível viver tudo isso ao seu lado.

À minha sogra, pelo carinho, pelo acolhimento e pela presença generosa ao longo desse processo. À minha tia, Lucineide, pelas palavras de incentivo e pelo apoio em todos os momentos.

Agradeço à Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), espaço de aprendizados, trocas e encontros. Às professoras e aos professores, pela dedicação e pelos ensinamentos em cada etapa dessa trajetória. Ao meu orientador, Pedro Magrini, por ter guiado esta pesquisa com tanta atenção. Suas orientações, sua escuta generosa, as palavras de incentivo e o olhar cuidadoso foram fundamentais para a construção deste trabalho. Ao Leonardo, secretário do curso, pela gentileza, disponibilidade e por ser sempre tão prestativo. O curso de Serviço Social, com certeza, não seria o mesmo sem você.

Aos colegas, pelos momentos compartilhados e pelas trocas ao longo do caminho. Principalmente à minha amiga Rosalina, por ter sido uma presença essencial. Sua espontaneidade e bom humor tornaram o percurso acadêmico mais humano e possível, e foi um privilégio poder compartilhar cada passo deste ciclo ao seu lado.

E, com especial gratidão, às mulheres que se disponibilizaram a participar desta pesquisa, compartilhando suas histórias, experiências e vivências. A contribuição de cada uma foi indispensável para a realização deste trabalho. Vocês fazem parte da realização de um ciclo e seguem fortalecendo a luta por dias mais justos e cheio de possibilidades para todas nós.

As próximas páginas são registros de uma investigação realizada por uma mulher que ama mulheres [...] contém altas doses de subjetividade. Não espere que eu me mantenha oculta, o fio condutor desta narrativa é a visibilidade.

Larissa Darc

RESUMO

Os princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurados pela Lei Federal 8.080/1990, ainda não se cumprem totalmente na prática cotidiana dos serviços de saúde, principalmente quando se trata de grupos em situação de vulnerabilidade. Entre eles, estão as mulheres lésbicas e bissexuais, que enfrentam adversidades específicas tanto por questões de gênero quanto por orientação sexual, sendo afetadas pela heterossexualidade compulsória, sofrendo a invisibilização de seus direitos sexuais. Assim, esta pesquisa tem como objetivo identificar as barreiras extras que essas mulheres encontraram no acesso aos serviços de saúde e analisar as iniciativas adotadas para reduzir tais desigualdades. Para tanto, foram realizadas entrevistas com mulheres lésbicas e bissexuais, cujas experiências contribuíram para apresentar as dificuldades enfrentadas, desde a qualidade do atendimento até episódios de discriminação, inclusive praticados por profissionais de saúde. Os resultados demonstraram que a população em questão vivencia acesso limitado aos serviços, atendimento inadequado e práticas discriminatórias persistentes. Mesmo diante da implementação de políticas públicas, como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o que se vê na realidade é que as ações ainda não alcançam essas mulheres como deveriam.

Palavras-chave: mulheres lésbicas e bissexuais; heterossexualidade; saúde; acesso.

ABSTRACT

The principles of universality, comprehensiveness, and equity of the Brazilian Unified Health System (SUS), guaranteed by Federal Law 8.080/1990, are not yet fully met in the daily practice of health services, especially when dealing with vulnerable groups. Among these groups are lesbian and bisexual women, who face specific adversities due to both gender and sexual orientation, being affected by compulsory heterosexuality and suffering the invisibility of their sexual rights. Thus, this research aims to identify the additional barriers these women encounter in accessing health services and to analyze the initiatives adopted to reduce such inequalities. To this end, interviews were conducted with lesbian and bisexual women, whose experiences contributed to presenting the difficulties faced, ranging from the quality of care to episodes of discrimination, including those perpetrated by health professionals. The results demonstrated that the population in question experiences limited access to services, inadequate care, and persistent discriminatory practices. Even with the implementation of public policies, such as the National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (PNSI LGBT) and the National Policy for Comprehensive Women's Health Care (PNAISM), the reality is that these actions still do not reach these women as they should.

Keywords: lesbian and bisexual women; heterosexuality; health; access.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES – Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conferência Nacional de Saúde

GALF – Grupo de Ação Lésbico-Feminista

GLB – Grupo Lésbico da Bahia

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LF – Lésbico Feminista

LGBTQIAPN+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexos, Assexuais, Pansexuais e Pessoas Não Binárias

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSI LGBT – Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PPC's – Projetos Pedagógicos de Curso

SciELO – Biblioteca Eletrônica Científica Online

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNILAB – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	13
3. JUSTIFICATIVA	13
4. METODOLOGIA	14
5. PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UNILAB	18
6. INVISIBILIDADES, LUTAS E ACESSO À SAÚDE PÚBLICA	23
6.1 Fora do Armário	24
6.2 Afirmação de identidades e construção de resistências	26
6.3 Atuação política frente às demandas de mulheres lésbicas e bissexuais	31
7. VOZES E EXPERIÊNCIAS COMPARTILHADAS	38
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICE A	59
APÊNDICE B	61

1 INTRODUÇÃO

De acordo com os Princípios de Yogyakarta¹, a orientação sexual refere-se à maneira como cada indivíduo percebe e vivencia sua atração sexual, emocional e afetiva, que pode incluir a atração por pessoas do mesmo gênero, de ambos, de gêneros opostos ou mesmo a ausência de atração sexual. Nesse sentido, a mulher lésbica sente-se atraída afetiva e sexualmente por pessoas do mesmo gênero, enquanto a mulher bissexual sente atração por indivíduos de diferentes gêneros.

Lésbicas e bissexuais enfrentam uma dupla marginalização: primeiro, por serem mulheres e, segundo, por desafiar a estrutura normativa e hierárquica que sustenta relações de dominação e submissão ao homem. Assim, a mulher não heterossexual permanece invisibilizada, ao se afastar de um modelo de sexualidade centrado na reprodução, rompendo com um paradigma historicamente imposto ao feminino.

Para Wittig (2022, *apud* Warmling; Bastone, 2023), o sexo é compreendido como um conceito político que organiza e regula a vida social enquanto heterossexual, estabelecendo normas e expectativas para os indivíduos. A heterossexualidade é apresentada como algo natural da sociedade, enquanto o próprio sexo é produzido pelas relações de poder, criando quem oprime e quem é oprimido.

Logo, essas construções sociais e desigualdades de poder acabam se traduzindo em barreiras no acesso a determinados serviços, como os de saúde, que são fundamentais para a garantia de direitos básicos, frisando a importância de analisar como as políticas públicas atendem às necessidades de diferentes grupos sociais, reafirmando-as como expressões da luta por direitos e como instrumento contra as múltiplas formas de desigualdades.

Em meio a essas relações desiguais, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), de 19 de setembro de 1990, é resultado das lutas e mobilizações da Reforma Sanitária brasileira, que defendeu a saúde como direito universal e dever do Estado. O SUS representa uma referência na saúde pública brasileira, ao estabelecer os princípios de universalidade, integralidade e equidade, com o objetivo de democratizar o acesso à saúde para toda a população (Facchini; Barbosa, 2006). Esse sistema, busca atender as necessidades diversas de um país vasto e plural. No entanto, enfrenta o desafio contínuo de adaptar-se às demandas específicas de diferentes grupos sociais, como as mulheres lésbicas e

¹ Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero.

bissexuais, cujas necessidades de saúde ainda são frequentemente negligenciadas ou invisibilizadas nos serviços públicos (Valadão; Gomes, 2011).

A universalidade, embora seja um princípio central do SUS (Brasil, 1990), não garante, por si só, a plena inclusão de mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde. Barreiras sociais, culturais e discriminações ainda impactam negativamente o acesso e o atendimento. Do mesmo modo, a integralidade, que busca atender às necessidades de forma holística, muitas vezes não contempla as especificidades desses grupos. Já a equidade, ao reconhecer desigualdades, exige estratégias que reduzam disparidades no acesso à saúde, garantindo cuidados que respeitem as realidades e particularidades de cada pessoa. Isso implica em planejamentos e atendimentos que considerem as identidades e experiências dessas mulheres, indo além de abordagens genéricas e padronizadas.

Embora tenham sido alcançados direitos relacionados à sexualidade e à reprodução, ainda são limitadas as ações que efetivamente promovam a saúde da mulher lésbica e bissexual. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde não deve ser entendida apenas como a ausência de doenças, mas sim como um estado de bem-estar físico, mental e social. Essa definição amplia a compreensão do que significa cuidar da saúde, exigindo que os serviços sejam acessíveis às diversidades de gênero e sexualidade.

Nesse sentido, o presente trabalho, intitulado *Saúde fora do armário: barreiras, experiências e políticas para mulheres lésbicas e bissexuais no SUS*, questiona: Como as barreiras que mulheres lésbicas e bissexuais enfrentam no acesso aos serviços de saúde afetam sua qualidade de vida e bem-estar? Responder a essa pergunta demanda investigar como as práticas normativas nos serviços de saúde reforçam exclusões e como políticas inclusivas podem promover um atendimento mais equitativo e adequado às diversidades de gênero e sexualidade.

Entre os principais conceitos que guiarão a investigação estão o gênero, a heteronormatividade, a saúde pública e a invisibilidade social. O conceito de gênero é fundamental para compreender as dinâmicas sociais e culturais que moldam as experiências das mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde. Gênero, aqui, não se refere apenas às diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas às construções sociais que definem papéis, expectativas e comportamentos atribuídos a cada gênero. O conceito de gênero, para Scott (1995, p. 86), “é um elemento constitutivo de relações sociais baseada nas diferenças percebidas entre os sexos” e, ao mesmo tempo, “uma forma primária de dar significado às relações de poder”. Essa perspectiva marca como as construções de gênero formam as dinâmicas sociais e fortalecem desigualdades, influenciando diretamente o acesso a direitos, incluindo a saúde. No

caso das mulheres lésbicas e bissexuais, o gênero se entrelaça com a orientação sexual, criando barreiras adicionais no acesso ao cuidado, já que muitas vezes seus corpos e identidades são desconsiderados pelos profissionais de saúde, que partem de pressupostos heteronormativos e cisnormativos.

A heteronormatividade é um conceito central porque trata do sistema social que coloca a heterossexualidade como norma, marginalizando e deslegitimando outras identidades e orientações sexuais. Essa lógica influencia a forma como as mulheres lésbicas e bissexuais são tratadas nos serviços de saúde, que, na maioria das vezes, desconsideram aspectos importantes de suas vidas. O conceito de saúde pública, neste contexto, enfatiza a análise das barreiras que mulheres lésbicas e bissexuais enfrentam ao acessar os serviços de saúde no SUS. Ele engloba a responsabilidade do Estado em garantir que todos os cidadãos, independentemente de sua orientação sexual, tenham o direito a um atendimento de saúde que seja de qualidade, inclusivo e equitativo. Por sua vez, a invisibilidade social refere-se à maneira como essas mulheres acabam sendo excluídas ou tratadas de forma superficial nos atendimentos de saúde, devido à falta de reconhecimento de suas demandas específicas.

A partir dessa base conceitual, a pesquisa parte de uma visão de mundo crítica, embasada nas discussões teóricas sobre poder, controle social e marginalização das minorias sexuais. Alinha-se a crítica à heteronormatividade, que domina as estruturas sociais e culturais, moldando a forma como as instituições, incluindo o sistema de saúde, interagem com a população, se ancorando em uma perspectiva das relações de poder, onde identidades que fogem ao padrão heterossexual são constantemente marginalizadas e subjugadas.

Assim, a discussão teórica envolve tanto os estudos de gênero e sexualidade quanto as análises das políticas públicas de saúde, com ênfase no impacto que a falta de formação e o preconceito entre os profissionais de saúde têm sobre o atendimento oferecido à população LGBTQIAPN+, nesse caso, às mulheres lésbicas e bissexuais. Dessa forma, a pesquisa adota uma visão antidiscriminatória, que busca identificar os problemas estruturais dentro do SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar os efeitos do atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) sobre a saúde e o bem-estar de mulheres lésbicas e bissexuais.

2.2 Objetivos Específicos

- Examinar as políticas e diretrizes de saúde do SUS para avaliar como elas atendem às necessidades de mulheres lésbicas e bissexuais;
- Investigar as barreiras e desafios enfrentados por mulheres lésbicas e bissexuais no acesso aos serviços de saúde, incluindo a influência da formação e preparo dos profissionais de saúde;
- Analisar as percepções e experiências de mulheres lésbicas e bissexuais em relação ao atendimento recebido, para identificar práticas que promovem um atendimento mais inclusivo e equitativo;
- Mapear e analisar a produção acadêmica da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) relacionada à mulheres lésbicas e bissexuais.

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas e bissexuais no acesso aos serviços públicos de saúde, considerando que a saúde é um direito universal assegurado pela Constituição Federal de 1988. A Constituição também estabelece que todas as pessoas possuem os mesmos direitos e deveres, sendo vedada qualquer forma de preconceito com base em origem, raça, sexo, cor, idade, ou outras formas de discriminação (Brasil, 1998).

O projeto ganha relevância por abordar uma problemática que atinge uma população negligenciada nas políticas públicas. Ao analisar as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas e bissexuais, busca-se destacar a importância de práticas inclusivas às diversidades de gênero e sexualidade no SUS, promovendo a equidade e a justiça social no atendimento. As políticas de saúde pública devem ser formuladas considerando as individualidades das populações, reconhecendo as diferenças e combatendo os processos de discriminação e estigmatização. No Brasil, onde corpos dissidentes² são historicamente marginalizados, a falta de políticas públicas voltadas para essa população demonstra a importância de pesquisas que contribuam para o desenvolvimento de ações mais adequadas e acessíveis.

² O termo “dissidente” é utilizado para nomear quem rompe com as normas da cisheteronormatividade, afirmando outras formas de existir e se relacionar.

A pesquisa sublinha a necessidade de alinhar os serviços de saúde às diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT), cujas “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” (Brasil, 2013b, p. 8), defendendo a atenção integral e equitativa, bem como a eliminação de todas as formas de discriminação no atendimento à população LGBTQIAPN+.

No campo do Serviço Social, a discussão torna-se ainda mais pertinente, uma vez que a profissão está intrinsecamente comprometida com a defesa de direitos humanos, a promoção da igualdade e o enfrentamento de desigualdades estruturais. Este estudo contribui para a ampliação do debate sobre a saúde como um direito humano, reforçando o papel do Serviço Social na luta contra as opressões de gênero e sexualidade. Como pontua Barroco (2008), a profissão se coloca como um campo de mediação entre as demandas sociais e as respostas institucionais, assumindo o compromisso ético de enfrentar as desigualdades sociais. Assim, a pesquisa busca além de evidenciar as dificuldades enfrentadas, também propor mudanças nas práticas e na formulação de políticas, fortalecendo os princípios de universalidade e equidade no SUS.

A pesquisa parte também de uma inquietação pessoal da pesquisadora. Enquanto mulher lésbica, ela já enfrentou situações de desconforto ao buscar atendimento nos serviços públicos de saúde. E a partir dessa vivência, a pesquisadora se motivou a investigar de que maneira mulheres lésbicas e bissexuais acessam os serviços de saúde e como suas vivências influenciam a qualidade do atendimento.

Por último, o estudo surge da constatação de que a temática LGBTQIAPN+ ainda é pouco explorada no âmbito acadêmico da UNILAB. Observa-se que há um número reduzido de pesquisas voltadas à população LGBTQIAPN+ em geral e, dentro desse conjunto, são ainda mais escassos os estudos que abordam mulheres lésbicas e bissexuais, os quais serão apresentados e analisados posteriormente, reforçando a importância de ampliar o debate dentro da universidade, estimulando a produção de conhecimento sobre a diversidade e sobre o enfrentamento das desigualdades.

4 METODOLOGIA

A metodologia representa a lógica que orienta os procedimentos científicos, tanto em sua origem quanto em seu desenvolvimento (Bruyne, 1991). Ela é essencial para garantir a

organização e a coerência no percurso investigativo, fornecendo as bases para a escolha de métodos e estratégias que estejam alinhados com os objetivos da pesquisa.

Para analisar as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas e bissexuais no acesso aos serviços públicos de saúde, a metodologia qualitativa, adotada no contexto desta pesquisa, permite explorar aspectos que vão além da quantificação, aprofundando-se no campo das subjetividades. Segundo Cooper e Schindler (2003), a pesquisa qualitativa é a forma de pesquisa que visa examinar estudos de pesquisas recentes ou historicamente importantes.

Para Minayo (2004), a pesquisa qualitativa responde a questões que envolvem valores, crenças e significados atribuídos pelas pessoas às suas experiências. Possibilitando interpretar a influência de normas de gênero e sexualidade na configuração das desigualdades no acesso à saúde.

A pesquisa também segue uma abordagem bibliográfica e documental, que, conforme Gil (2002, p. 44), a pesquisa bibliográfica “[...] é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Já a pesquisa documental, de acordo com Cellard (2008), analisa documentos oficiais, leis e relatórios institucionais, sendo indispensável para compreender as bases legais e normativas que indicam o atendimento à saúde no Brasil.

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica, diferenciando-se apenas na natureza das fontes (Gil, 2002). Ambas desempenham um papel essencial na coleta, análise e interpretação de dados, sendo fundamentais para organizar os conhecimentos já existentes. No caso deste estudo, essa abordagem permite uma análise detalhada e contextualizada das dificuldades enfrentadas por mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde, contribuindo para o entendimento das barreiras estruturais e sociais que limitam seu acesso e atendimento adequado.

Para complementar a coleta e produção dos dados, utilizou-se como instrumento a entrevista semiestruturada. A escolha desse método se justifica pela necessidade de compreender suas vivências, dificuldades e percepções sobre o atendimento recebido, agregando uma dimensão empírica à pesquisa.

A entrevista semiestruturada, enquanto técnica metodológica, é reconhecida como uma ferramenta privilegiada para obtenção de informações, pois possibilita a construção conjunta do conhecimento entre pesquisadora e participantes. Esse tipo de entrevista segue um roteiro previamente definido, mas permite flexibilização por meio de perguntas abertas e fechadas, possibilitando a inclusão de indagações que possam surgir no decorrer da conversa (Minayo, 2001). Considerando a imprevisibilidade inerente à pesquisa de campo, essa flexibilidade se

torna fundamental para a qualidade da coleta de dados, garantindo uma abordagem mais adaptável às realidades das entrevistadas.

Foram incluídas sete mulheres, sendo três lésbicas e quatro bissexuais que utilizam ou tentaram utilizar os serviços públicos de saúde. A escolha das participantes ocorreu por meio de amostragem intencional, contemplando mulheres com as quais a pesquisadora possuía algum tipo de contato prévio, além de indicações espontâneas feitas por algumas entrevistadas. Como critérios de inclusão, foram consideradas mulheres com orientação sexual lésbica ou bissexual, maiores de 18 anos e residentes no estado do Ceará. Buscou-se garantir diversidade em relação aos marcadores sociais da diferença, como raça, classe social, escolaridade e território.

As entrevistas foram realizadas individualmente, de forma presencial, conforme a disponibilidade das participantes, com duração média de 30 minutos. O roteiro buscou abordar temas como histórico de saúde e experiências com os serviços públicos, bem como suas percepções sobre o atendimento recebido e as relações estabelecidas com as equipes e profissionais de saúde.

Cumprindo os princípios éticos da pesquisa científica, todas as participantes foram devidamente informadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a utilização das informações prestadas de forma anônima. Para preservar a identidade das entrevistadas, foram utilizados nomes fictícios escolhidos por elas mesmas, assegurando a privacidade e o respeito à autonomia de cada participante. Todas as etapas foram conduzidas com base nos princípios éticos que orientam as investigações em Ciências Humanas e Sociais, respeitando a dignidade, a autonomia e os direitos das participantes.

Entende-se que, em pesquisas qualitativas, entrevistas sobre vivências sem riscos e exposição indevida podem ser dispensadas do comitê de ética. Minayo (2001; 2014) ressalta que o consentimento livre e esclarecido, anonimato, uso de nomes fictícios e ausência de dados sensíveis garantem uma ética do cuidado suficiente para legitimidade científica. Nessas situações de baixo risco, pactos éticos podem ser realizados diretamente entre pesquisador/a e participantes, sendo a ética construída na relação de campo, sem necessidade de processos burocráticos. Ou seja, pesquisas de pequena escala que adotam essa prática valorizam a escuta, o cuidado e a autonomia, desde que os princípios éticos sejam rigorosamente observados, que é o caso desta investigação.

Este estudo, fundamentado na coleta, análise e interpretação de dados teóricos, busca compreender os significados e processos sociais que compõem as desigualdades no SUS. Se concentra em mapear e caracterizar as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas e bissexuais

ao acessarem os serviços de saúde, revelando o cerne dessas desigualdades e detalhando os contextos e as condições que influenciam o atendimento recebido.

O universo da pesquisa inclui a produção científica e documentos institucionais voltados à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais no contexto brasileiro, com foco no SUS. A base documental selecionada abrange livros, artigos científicos, dissertações, teses e documentos oficiais, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada em 2003, que trata-se de um conjunto de diretrizes e objetivos voltados a implementação de estratégias e serviços de saúde que assegurem os direitos humanos das mulheres, ao mesmo tempo em que busquem diminuir a morbimortalidade decorrente de causas preveníveis e evitáveis. Além de acentuar os avanços nas áreas dos direitos sexuais e reprodutivos a grupos historicamente excluídos das políticas públicas, com ênfase na promoção do empoderamento das usuárias do SUS e a participação das mulheres nos mecanismos de controle social.

Outro documento é a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT, que tem a finalidade de propor estratégias voltadas às gestões federal, estadual e municipal, visando combater as iniquidades e desigualdades em saúde. Com foco na população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, o documento busca consolidar o SUS como um sistema universal, integral e equitativo.

A coleta e análise dos dados foram realizadas a partir de fontes secundárias, utilizando um levantamento bibliográfico sistemático em bases de dados como a *Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO)*, o *Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, e nas revistas *Katálysis*, *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea* e *Argumentum*. Guiada por descritores como “gênero”, “mulheres lésbicas e bissexuais”, “heteronormatividade” e “saúde LGBT”.

Visando garantir uma análise atualizada, a pesquisa prioriza publicações dos últimos 10 anos que abordem desigualdades de gênero, sexualidade, heteronormatividade e políticas públicas para a população LGBTQIAPN+, embora também considere estudos anteriores, buscando garantir uma análise abrangente e relevante para o entendimento do fenômeno em questão.

Além disso, foi realizada uma busca no repositório institucional da universidade, onde se verificou que há pouca produção acadêmica sobre a temática deste estudo. Utilizando descritores como “lésbicas”, “lesbianidade”, “bissexuais” e “bissexualidade”, foram encontrados apenas sete trabalhos. Essa baixa quantidade de produções pode indicar como o

tema ainda é pouco discutido no ambiente acadêmico. Ainda assim, esses materiais foram analisados e contribuíram para a fundamentação deste estudo. A ideia foi entender como a instituição tem produzido conhecimento sobre essas vivências e em que medida essas produções dialogam com a proposta do trabalho.

A pesquisa seleciona fontes que oferecem uma perspectiva ampla sobre o acesso à saúde, bem como as limitações decorrentes da discriminação e invisibilidade social. Na análise de conteúdo, foram identificadas categorias temáticas relacionadas à exclusão no atendimento e às limitações das políticas inclusivas para a população LGBTQIAPN+. Esse processo permitiu sistematizar os principais desafios enfrentados pelas entrevistadas, revelando como as normativas e diretrizes institucionais muitas vezes não se materializam na prática dos serviços de saúde.

5 PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UNILAB

Para mapear a produção acadêmica da UNILAB sobre mulheres lésbicas e bissexuais, foi realizada uma busca no repositório institucional da universidade, utilizando os descritores “lésbicas”, “bissexuais”, “lesbianidade” e “bissexualidade”. Foram encontrados sete trabalhos, produzidos entre 2018 e 2023. Em relação à área de formação das autoras e do autor, dois trabalhos pertencem ao curso de Especialização em Gênero, Diversidade e Direitos Humanos, um ao Mestrado Interdisciplinar em Humanidades, um ao Mestrado em Antropologia, dois à Graduação em Humanidades e um à Graduação em Enfermagem.

Conforme Pereira et al. (2025, p. 3), “no que diz respeito às produções acadêmicas, existe uma concepção de que a bissexualidade não é retratada pelos estudos nacionais e internacionais”. Corroborando essa perspectiva, observa-se que, entre os trabalhos encontrados, apenas um traz a palavra lésbica no título, e nenhum deles inclui a palavra bissexual. Sendo que, “na estrutura heteronormativa da sociedade, as relações afetivo-sexuais estão sempre baseadas em performances e papéis de gênero binários” (Pereira et al., 2025, p. 2), e a bissexualidade igualmente rompe com essa norma, mas continua pouco visibilizada na produção acadêmica.

Um dos trabalhos lidos foi o da Gilvânia Moreira de Andrade (2022), intitulado *Narrativas de professoras lésbicas: violências de gênero e sexualidade e a identidade docente*. A autora traz as experiências de duas professoras lésbicas e mostra como a trajetória delas é atravessada por violências desde a infância até o exercício da docência. Fica evidente que a

violência não se restringe ao espaço escolar: ela começa no ambiente familiar, onde, ainda crianças, já eram forçadas a performar uma feminilidade que não reconheciam em si. Uma das participantes compartilha que era obrigada a usar vestido, mesmo odiando, e que isso já a colocava num lugar de desconforto e autoanulação. E esse tipo de controle sobre o corpo e sobre a identidade vai se reproduzindo ao longo da vida, inclusive no exercício da profissão.

A escola, lugar que deveria acolher, aparece como espaço de vigilância e normatização. As professoras relatam que, mesmo sendo mulheres competentes e experientes, eram constantemente julgadas, observadas e questionadas por não corresponderem às expectativas da feminilidade heteronormativa. Uma das participantes diz: “Quando a gente cresce um pouco mais, claro que essas marcas de gênero vão influenciar bem mais a vida da gente”.

O texto também traz reflexões importantes sobre o silenciamento que essas professoras enfrentam, inclusive dentro da universidade. A autora mostra que, na formação docente, as discussões sobre gênero e sexualidade são tratadas de forma superficial e, muitas vezes, com certo incômodo. Uma das participantes afirma que só teve contato com o debate sobre gênero no final do curso, e mesmo assim, foi por meio da provocação das estudantes, não veio do currículo ou das professoras. Isso reforça o quanto essas temáticas ainda são empurradas para as margens, mesmo dentro de espaços que se propõem críticos.

Esse debate também aparece no trabalho de Ramon Fernandes Ramos (2019), que mergulha nas experiências de estudantes LGBT de uma escola da periferia de Fortaleza, escutando suas histórias e buscando compreender como a LGBTfobia atravessa o cotidiano escolar.

O trabalho é construído a partir de entrevistas e questionários com os estudantes e os relatos mostram uma escola que silencia, que omite, que deslegitima. Situações de exclusão e violência simbólica aparecem não como exceções, mas como rotina. Em muitos casos, a dor do não reconhecimento se transforma em evasão. E o mais grave: essas ausências são lidas pela escola como desinteresse ou falta de disciplina, como se a responsabilidade fosse sempre do estudante.

Contudo, um ponto que me incomodou na leitura é que, mesmo propondo uma análise crítica das experiências LGBT, a pesquisa segue o mesmo padrão que vi em outros trabalhos: a bissexualidade está no título, está na sigla, mas não aparece nos relatos, nas análises, nem nas falas citadas. O autor chega a comentar que não encontrou participantes bissexuais que se identificassem abertamente, e que aqueles com quem tentou contato não quiseram participar. Em uma das passagens, ele escreve:

Alguns bissexuais que tive acesso não quiseram participar porque não se veem assim, ou não porque apenas tiveram eventuais encontros sexuais com pessoas do mesmo sexo e, portanto, não caracterizaria a condição de bissexual, entretanto, a participante lésbica talvez possa representar esse grupo uma vez que já teve encontro com homens (Ramos, 2019, p. 21).

Isso diz muito. Diz sobre medo, sobre dúvida, sobre um pertencimento que ainda é negado, até mesmo dentro da própria comunidade.

Essa fala, ainda que tente explicar uma ausência, acaba deslegitimando identidades. O autor reforça um equívoco ao insinuar que uma mulher lésbica poderia representar pessoas bissexuais apenas por já ter tido relações com homens. Isso não só ignora a complexidade da bissexualidade, como também desrespeita a identidade da própria participante lésbica, como se sua orientação pudesse ser relativizada por experiências passadas.

A pesquisa traz contribuições importantes, as vozes que aparecem são fundamentais e é importante que elas estejam ali. Não se trata de esperar que todo trabalho dê conta de todas as identidades, mas de perceber que certas escolhas ou formulações, mesmo sutis, ajudam a manter estruturas de apagamento. E é justamente esse tipo de silenciamento simbólico que muitas vezes passa despercebido, mas que precisa ser dito.

Nessa mesma linha de reflexão sobre a escola como espaço de (in)visibilidade das vivências LGBT, o trabalho de Antonia Pâmela Batista da Silva (2018), amplia a discussão ao observar o impacto de projetos pedagógicos na construção da identidade de estudantes. A pesquisa parte de uma experiência concreta: a de observar como projetos de ciências humanas desenvolvidos numa escola pública profissional impactam o modo como estudantes se percebem, especialmente os que fazem parte da comunidade LGBT. Ela realizou entrevistas e acompanhou de perto o ambiente escolar, tentando entender se esses espaços estão realmente preparados para lidar com a diversidade.

A autora demonstra um compromisso claro com a ideia de uma educação que enxergue os estudantes para além dos conteúdos escolares. Ela discute como a escola pode ou deveria ser um espaço de acolhimento e reconhecimento, mas aponta que, muitas vezes, isso fica só no discurso. Uma parte que me marcou foi quando ela fala sobre o silêncio institucional, aquela coisa de fingir que a diversidade existe, mas não dar espaço real para ela. Essa omissão, que ela chama de “homofobia cordial”, aparece como uma prática comum, sustentada tanto pela rotina pedagógica quanto pelo comportamento de parte do corpo docente.

Outro texto lido foi o da Hilda Santos Silva (2022), *Homofobia e Transfobia: do medo à resistência, análise das memórias de uma mãe*. O texto, resultado de sua especialização em Gênero, Diversidade e Direitos Humanos, é uma narrativa sensível e política. Hilda compartilha

sua trajetória como mãe de dois filhos LGBTQIA+, um homem cis gay e um jovem transmasculino não-binário, e parte de sua vivência para refletir sobre as violências simbólicas e estruturais que atravessam esses corpos desde muito cedo. O texto é um exercício de coragem, porque ela se expõe, narra as dores, os medos e, principalmente, o processo de desconstrução que precisou viver para se tornar uma mãe que acolhe.

Aqui, a escola e a família são novamente apresentadas como espaços de controle, de silêncio e de normatização. Hilda também denuncia como essas instituições reforçam a heterossexualidade compulsória e operam no sentido de moldar sujeitos dentro de padrões rígidos de gênero e sexualidade. Ela escreve: “A escola deixa marcas nos corpos dos indivíduos, dociliza-os, constrói valores e disciplina tudo dentro de uma lógica de binarismo de gênero”. Em outro momento, ela afirma que

[...] as instituições de ensino, apesar do vasto arcabouço legal que legitima as discussões sobre gênero e diversidade sexual dentro das políticas públicas educacionais, continuam se apresentando como um lócus segregador, onde práticas discriminatórias são constantemente naturalizadas, e que as mudanças comportamentais provocadas pelos movimentos sexuais e pela visibilidade de gays, lésbicas e pessoas transgênero, ao mesmo tempo em que geram simpatia em uns, ou mesmo adesão aos seus estilos de vida, causam repulsa em outros indivíduos, sobretudo em homens cis, héteros, conservadores e violentos, fazendo com que movimentos contrários aos sujeitos não-heteronormativos ganhem força e apoio por parte de diferentes grupos sociais não somente no espaço escolar, como também no familiar e no público (Silva, 2022, p. 17).

Esses trechos mostram como o sofrimento se dá no momento da exclusão direta, no silenciamento cotidiano, na negação das existências que fogem da norma.

A leitura de Hilda é comprometida, afetiva e crítica. E mesmo sendo um texto escrito a partir da experiência de uma mãe, ele contribui muito para compreender como o sistema educacional, em sua estrutura, ainda não está preparado para lidar com a diversidade sexual e de gênero.

O trabalho de Sheila Gabriela Oliveira da Silva (2023), também traz uma contribuição potente. Tendo como título *Sapapretas: identidade e experiências homoafetivas de mulheres pretas em Angola, Brasil e Guiné-Bissau*, o estudo propõe a criação de um novo conceito – “sapapreta” – para nomear as vivências de mulheres negras que se relacionam com outras mulheres, rompendo com a lógica universalizante do termo “lésbica”.

Inspirada em autoras como Audre Lorde, Gloria Anzaldúa e Conceição Evaristo, Sheila propõe uma escrita marcada por ancestralidade, território e escrevivência. Ao citar Anzaldúa, diz: “Quando uma lésbica me nomeia o mesmo que ela, ela me subsume sob sua categoria. Eu sou de seu grupo, mas não como uma igual – minha cor apagada, minha classe ignorada”

(Anzaldúa, 2009, *apud* Silva, 2023), e escancara como certas nomeações podem apagar marcadores fundamentais da experiência de mulheres negras, como a racialização e as desigualdades de classe. Trata-se, portanto, de tensionar o uso de categorias que se pretendem universais, mas que se sustentam em vivências brancas e de classes médias.

A partir de entrevistas com mulheres negras de três países, a autora mostra como a linguagem também opera como instrumento de opressão. Palavras como “charque”, “caminhoneira” e “matchu mindjer” são apresentadas como expressões locais que carregam estigmas e reforçam a lesbofobia. Sheila mostra que esses termos não apenas rotulam, mas desumanizam, funcionando como formas de controle sobre os corpos dessas mulheres.

Essas violências refletem nas experiências cotidianas. O relato de uma estudante que vive sua sexualidade de forma clandestina dentro da UNILAB por medo de represálias, ilustra como o tabu em torno da dissidência sexual ainda se mantém forte, mesmo em instituições que se propõem a valorizar a diversidade. Isso já foi observado em outros trabalhos, que destacam como, muitas vezes, as universidades e outras instituições criam uma fachada de inclusão, enquanto as práticas discriminatórias persistem. O trabalho de Sheila propõe uma ruptura importante.

Seguindo uma escrita semelhante, a dissertação *A voz do tambor periférico: uma etnografia de narrativas político-artísticas do grupo Tambores de Safo*, de Jéssica Emanuelli Pereira da Cunha (2023), também propõe uma ruptura com os modelos tradicionais de produção de conhecimento. A autora, ao se posicionar como sapatão³, parte de sua própria vivência e do envolvimento com o coletivo Tambores de Safo, composto por mulheres lésbicas, bissexuais, pansexuais, trans e não-binárias. O trabalho discute a construção da identidade a partir da oralidade, da ancestralidade, do corpo-território e da espiritualidade. As práticas artísticas do grupo são compreendidas como estratégias de resistência frente às violências que atravessam corpos dissidentes. A dissertação é construída com base na escuta e na convivência com o coletivo, valorizando o que é expresso na música, na fala e nos afetos. A escrita foge dos formatos tradicionais e acadêmicos, e é atravessada por dor, alegria, afeto e luta, assim como o cotidiano do grupo.

Por fim, o trabalho da Thamires Araripe Fernandes de Lima Lopes (2022), do curso de Enfermagem da UNILAB, me chamou atenção por um motivo muito específico: ela analisa como os cursos de Enfermagem das universidades públicas do Ceará tratam (ou não tratam) os

³ Jéssica Emanuelli Pereira da Cunha (2023) utiliza o termo “sapatão” em sentido ressignificado, compreendendo-o como uma identidade e uma forma de viver a sexualidade. Com isso, rompe com os sentidos pejorativos historicamente atribuídos à palavra e reivindica seu uso como afirmação política e afetiva.

temas ligados à saúde das mulheres, com base na PNAISM, só que o que ela encontrou foi um grande vazio quando o assunto são as mulheres que fogem da norma. A pesquisa, que parte da análise dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs), mostra que há uma recorrência de temas como gravidez, aborto e planejamento reprodutivo. Mas, quando se trata de mulheres negras, indígenas, lésbicas, do campo ou privadas de liberdade, o silêncio é gritante.

E o que mais chamou atenção foi a invisibilidade da bissexualidade, que não aparece em nenhum dos documentos analisados. Nem uma citação, nem uma referência vaga. Nada. Nem mesmo quando se fala de gênero de forma mais geral, esse ponto é incluído. E isso me fez pensar no quanto esse apagamento não é só simbólico, ele começa já na formação dos profissionais, que depois vão atuar justamente nos espaços onde essas mulheres deveriam ser acolhidas.

A própria autora reconhece, nas considerações finais, que há uma falha grave na formação. Ela diz que os cursos não estão preparando profissionais para lidar com a diversidade que existe no SUS. E essa ausência se transforma em prática: se você não aprende a reconhecer certas existências, não vai saber como atender, como escutar, como cuidar.

Esse trabalho é essencial para minha pesquisa porque evidencia como o silêncio em torno da bissexualidade está presente desde a formação. Não é só uma ausência teórica: ele se concretiza quando uma mulher bissexual procura atendimento em saúde e encontra profissionais despreparados, que sequer reconhecem sua existência como legítima. O que o estudo revela é que esse apagamento começa cedo, dentro dos próprios currículos, onde as identidades dissidentes não são sequer mencionadas. O mesmo vale para as mulheres lésbicas, que aparecem, quando muito, de forma genérica. Mas o que mais salta aos olhos é que a bissexualidade nem chega a ser nomeada, o que mostra que o problema não é só a falta de espaço, mas a falta de escuta. Escutar, aqui, significa reconhecer, considerar, incluir. E quando isso não acontece, o silêncio se transforma em política institucional. É justamente esse silêncio que minha pesquisa pretende questionar.

6 INVISIBILIDADES, LUTAS E ACESSO À SAÚDE PÚBLICA

É no interior das relações sociais e culturais que as experiências de mulheres lésbicas e bissexuais ganham sentido. O modo como essas identidades são reconhecidas ou negadas está ligado aos códigos que definem quem pode ser visto, ouvido e legitimado como sujeito de direitos. Com base nessa compreensão, este capítulo propõe refletir sobre os caminhos de visibilidade e resistência dessas mulheres, retomando o surgimento do conceito de fora do

armário como gesto político e simbólico de afirmação. Em seguida, são revisitadas as lutas travadas no interior do movimento feminista e dos movimentos LGBTQIAPN+ juntamente com os silenciamentos e as conquistas que marcaram essas trajetórias. Por fim, a discussão se volta para as políticas e ações públicas voltadas à saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres, entendendo o cuidado como um espaço onde se expressam desigualdades e possibilidades de reconhecimento.

6.1 Fora do Armário

A expressão “sair do armário” tem origem nos Estados Unidos, por volta dos anos 1950 e 1960, em meio a um contexto muito específico: homens gays brancos, de classe média, falando entre si sobre a entrada na comunidade homossexual (Monteiro, 2022). Em *Meu Querido Armário: Fozine sobre a saída do armário na vida de pessoas LGBTQIAP+*, Monteiro (2022), ao dialogar com George Chauncey⁴, destaca que o termo *coming out*⁵ era originalmente usado como um “ritual de entrada na vida social gay”, e não como um gesto de revelação pública, isso acontecia em ambientes controlados, nem sempre visíveis. Só depois, com o tempo, essa expressão se mistura à noção de *skeleton in the closet*⁶, um “esqueleto no armário”, e aí o termo começa a ganhar o peso que tem hoje: o de esconder algo que pode causar rejeição.

Acontece que esse modelo, essa história, foi reproduzida como se fosse universal, como se todas as pessoas LGBTQIAPN+ tivessem o mesmo tipo de armário, o mesmo tipo de segredo, e como se sair dele fosse sempre um ato de liberdade. Mas não é assim que funciona. O armário muda de forma, de cor, de tom, de peso. Ele não é igual para todo mundo, e nem todas as pessoas querem, ou podem, sair dele da mesma maneira. Segundo Freire (2017), a imposição do armário é uma política de silenciamento que atua nos corpos, nas subjetividades e na produção da vergonha.

O armário é uma construção social que delimita o que pode ser dito e o que precisa ser silenciado. Ele não é apenas individual, ele está nos espaços, nas relações e nas instituições. É

⁴ George Chauncey é historiador norte-americano e autor de *Gay New York* (1994), obra em que analisa as origens da expressão “sair do armário” e a formação da cultura gay nos Estados Unidos.

⁵ Expressão em inglês usada originalmente para se referir às debutantes que, por volta de 1920, nos EUA, se apresentavam formalmente à sociedade como forma de atrair futuros maridos. Mais tarde, passou a ser usada por homens gays para marcar sua entrada na chamada “sociedade homossexual” e, somente depois, ganhou o sentido de “assumir-se” publicamente como LGBTQIA+. “[...] (subentendido: out of the closet) significa, portanto, cessar de se esconder (em português, portanto, ‘sair do armário’)” (Eribon, 2008, p. 65).

⁶ Expressão em inglês que significa “segredo vergonhoso guardado às escondidas”.

no armário que o corpo dissidente aprende a negociar sua existência com o medo (Monteiro, 2022). E essa negociação cansa. Porque ela não acontece uma vez só. Ela se repete sempre, em diferentes espaços, com diferentes intensidades. Por isso, não se trata apenas de sair ou não sair. É mais complicado que isso. Estar no armário, para muitas pessoas, é ainda a única forma de se proteger, porque fora dele está a violência, a solidão, a incompreensão, o medo de perder tudo. Sair não é sempre libertador, às vezes, é cair (Monteiro, 2022). E cair, nesse caso, não é só tropeçar, é perder o vínculo familiar, o trabalho, a confiança. Às vezes, é perder a própria segurança. E pra muita gente, a única maneira de continuar é permanecer onde há algum abrigo, mesmo que esse abrigo também oprima.

O coming out é uma conversão. Mas, se pode ser descrito como o gesto de um ‘instante’, o da decisão, é preciso de imediato acrescentar que esta deve ser permanentemente prolongada. No fundo, o coming out é o projeto de toda uma vida: pois a questão sempre se coloca de saber onde, quando e diante de quem é possível não esconder o que se é. A necessidade de escolher reaparece em cada nova situação da existência [...] (Eribon, 2008, p. 140).

Eve Sedgwick (2007) diz que o armário nunca é completamente superado. Ele se repete em cada novo contexto. Uma pessoa pode ter se assumido para a família, por exemplo, mas vai ter que pensar tudo de novo quando entra numa sala de entrevista de emprego, ou quando senta diante de um médico, ou quando muda de cidade. É por isso que, muitas vezes, o silêncio é menos uma escolha e mais uma forma de proteção.

Cada encontro com uma nova turma de estudantes, para não falar de um novo chefe, assistente social, gerente de banco, senhorio, médico, constrói novos armários cujas leis características de ótica e física exigem, pelo menos da parte de pessoas gays, novos levantamentos, novos cálculos, novos esquemas e demandas de sigilo ou exposição (Sedgwick, 2007, p. 22).

Esse silêncio, porém, não é produzido de forma neutra. Ele vem de uma sociedade que coloca a heterossexualidade como norma e impõe a moral religiosa como filtro do que é aceitável ou não. Vieira e Barbosa (2016), ao analisarem como essa lógica se sustenta no Brasil, explicam que “o mecanismo para contornar essa perseguição é a invisibilização de sua sexualidade desviante, protegida pelo armário” (p. 130). O que se aprende, desde cedo, é que há riscos em dizer. Trata-se de um pacto social: o silêncio como moeda de segurança. “[...] o segredo e a invisibilidade, ou seja, o ‘viver no armário’, apresentam-se como a única saída possível para a sobrevivência em um ambiente de extremada hostilidade (Martins, 2010, p. 54).

A ideia de visibilidade, portanto, precisa ser revista. Nem sempre é possível, nem sempre é desejável, e quase nunca é segura. Como reforça Monteiro (2022), falar é caro, e às

vezes o preço é alto demais. Quando a sociedade oferece o silêncio como única possibilidade segura, o armário deixa de ser escolha. Ele vira abrigo. Ele vira regra.

Taborda (2020) também chama atenção para o modo como a sociedade transforma a visibilidade em obrigação, como se ela fosse, por si só, libertadora. Mas, para muitas pessoas, ser visível significa abrir mão de segurança, afeto, proteção social. Por isso, ele afirma que o silêncio, o segredo e o fingimento também podem ser táticas de sobrevivência diante da norma violenta.

Essa é uma contradição que precisa ser olhada com cuidado. Porque, ao mesmo tempo que reconhecemos o silêncio como estratégia, é preciso exigir mudanças nas estruturas que o tornam necessário. E é aí que entra a crítica ao SUS que ainda falha em oferecer escuta, acolhimento e reconhecimento às mulheres lésbicas e bissexuais. O armário, nesse contexto, funciona de forma estrutural. Ele aparece nos formulários, nos protocolos, nas palavras que não são ditas e nas perguntas que não são feitas. Um sistema de saúde fora do armário é aquele que não exige que as usuárias neguem quem são para serem bem atendidas. É aquele que entende que a visibilidade não pode ser um risco.

Pensar o armário, aqui, não é propor um caminho ideal. Não é dizer que o melhor é sair, nem que o certo é ficar. É denunciar o quanto ele ainda regula afetos, corpos e acessos. Nomear o armário é também se recusar a tratá-lo como algo natural. E é propor, ao longo deste trabalho, que o direito à saúde precisa caminhar junto com o direito de existir com dignidade.

6.2 Afirmação de identidades e construção de resistências

Se anteriormente percorremos os sentidos simbólicos e políticos do armário, esse espaço onde tantas de nós fomos empurradas a esconder nossos afetos e nossos corpos, agora é preciso olhar para o lado de fora. Falar da história das mulheres lésbicas e bissexuais é justamente atravessar essa porta e revelar os caminhos que construímos na resistência ao silêncio e reconhecer um processo contínuo e deliberado de apagamento. É um projeto político que, ao longo dos séculos, negou nossas existências, silenciou nossas narrativas e tratou nossos vínculos como indignos de memória, transformando afetos em escândalo, erotizando relações para o olhar masculino, ou tratando nossos desejos como aberração (Falquet, 2013).

Um dos exemplos mais antigos da presença do amor entre mulheres está na figura de Safo de Lesbos, poetisa grega que viveu no século VII a.C. e ficou conhecida por sua produção literária afetiva, voltada ao universo feminino. Seus versos falavam com liberdade sobre o desejo e o amor entre mulheres, algo revolucionário para sua época.

Muitos dos fragmentos escritos por Safo que sobreviveram e chegaram até a contemporaneidade eram em primeira pessoa, a partir de uma mulher que falava sobre ou para outra mulher. Nesses escritos, emergem desejos e sentimentos de uma mulher pela outra. Alguns escritores que escreveram sobre Safo na antiguidade faziam menção à sexualidade da escritora, afirmando que ela se relacionava afetivamente e sexualmente com mulheres (Silva, 2023, p. 132).

No entanto, ao longo dos séculos, a memória de Safo foi sendo distorcida por traduções misóginas, interpretações moralistas e leituras que buscavam apagar o teor erótico de sua obra. Sua escrita foi domesticada para caber nas normas heteropatriarcais que se recusavam a aceitar o desejo sáfico⁷ como legítimo (Silva, 2023). O nome “lésbica”, originalmente uma referência geográfica à ilha de Lesbos (Chanacomchana, 1981), foi gradualmente associado de maneira pejorativa à sexualidade entre mulheres, sendo muitas vezes usado como insulto. Buscaram transformar uma história rica e complexa em desvio, em fetiche ou em piada, foi uma tentativa de nos apagar do próprio passado (Lessa, 2007).

Faderman, (1991 *apud* Auler, 2019), discorre que, o movimento lésbico começou a se formar como uma força política autônoma no final dos anos 1960 e início dos anos 1980, em estreita conexão com o fortalecimento da segunda onda do feminismo. Essa fase do feminismo discutia a libertação das mulheres, seus direitos reprodutivos e a possibilidade de uma vida não centrada na figura do homem, o que permitiu que muitas mulheres entendessem a importância de construir coletivamente um movimento ao lado de outras mulheres.

Mais tarde, Adrienne Rich (1980) aprofundaria essa reflexão em seu artigo *Heterossexualidade compulsória e existência lésbica*, no qual defende que a heterossexualidade funciona como um regime obrigatório e estruturante do patriarcado, silenciando e apagando a possibilidade da existência lésbica.

Segundo a autora, a heterossexualidade compulsória tem um efeito bastante danoso, principalmente às mulheres, e é constantemente propagada através dos mais diversos meios, incentivando o apagamento e destruição de registros e imagens documentando a realidade da existência lésbica (Auler, 2019, p. 26).

Apesar desse avanço político, a presença das mulheres lésbicas nem sempre foi bem recebida dentro do próprio movimento feminista. Em muitos espaços, sua participação era vista com desconfiança, sendo considerada um possível obstáculo à aceitação pública do feminismo. As lésbicas foram, inclusive, alvo de estigmatização por parte de algumas feministas, que temiam que sua visibilidade reforçasse estereótipos negativos sobre o movimento. Inclusive,

⁷ Sáfico é um termo que engloba todas as mulheres que tenham atração, exclusiva ou não, por outras mulheres.

diante dessa exclusão, um grupo de lésbicas se organizou e protagonizou um protesto durante o Segundo Congresso para Unir Mulheres em Nova Iorque, em 1970, e após o ato, foi reconhecido, em resolução oficial, que a intensa hostilidade dirigida a elas derivava do fato de representarem uma ameaça concreta à dominação patriarcal sobre as mulheres. “O documento afirma, ainda, que a opressão às lésbicas deve ser uma preocupação feminista e que todas as mulheres devem ser livres para expressar sua própria sexualidade” (Auler, 2019, p. 146).

Sobretudo, coletivamente, boa parte do movimento feminista se deixa intimidar pela mensagem social que exige ao feminismo silenciar, invisibilizar e postergar ao lesbianismo para ser minimamente respeitado. Enquanto que as lésbicas lutam por todas as causas das mulheres, mesmo aquelas que não as atingem diretamente (por exemplo, para a anticoncepção ou a interrupção voluntária da gravidez), as demais mulheres se mostram geralmente muito mornas no momento de lutar por causas lésbicas ou questionar a heterossexualidade (CLEF, 1989). Algumas lésbicas começam então a buscar uma via própria, gerando espaços autônomos de fazer político lésbico (Falquet, 2013, p. 10).

Paralelamente, o movimento homossexual, que crescia após a revolta de *Stonewall*⁸ em 1969, também era fortemente centrado nos homens gays, o que resultava em uma escassa abertura para as pautas específicas das mulheres lésbicas e bissexuais. Nesse contexto, o movimento lésbico se fortaleceu como uma resposta a essas exclusões, buscando construir um espaço próprio de organização política. A proposta era que esse movimento fosse “não-racista, não-etarista, não-classista e não-explorativo – econômica ou sexualmente” (Faderman, 1991, p. 216 *apud* Auler, 2019, p. 147). No entanto, apesar dessas intenções, ele foi majoritariamente composto por mulheres brancas, jovens e de classe média, gerando críticas posteriores pela falta de diversidade e pela reprodução de certos privilégios. O que já apontava para uma limitação importante em relação à diversidade dentro do próprio movimento.

Ainda assim, o engajamento político dessas mulheres resultou em iniciativas importantes. Elas chegaram, inclusive, a oferecer serviços ginecológicos em diversas cidades dos Estados Unidos. Mas é importante destacar que, além da composição pouco diversa, o movimento também apresentava outras limitações, como a pouca visibilidade das mulheres bissexuais, que raramente eram nomeadas nas discussões e nos documentos políticos, mesmo compartilhando experiências de apagamento semelhantes. A centralidade do termo “lésbico” nos discursos e formas de organização coletiva acabava, muitas vezes, por invisibilizar outras

⁸ A Revolta de *Stonewall* é reconhecida como uma série de manifestações protagonizadas pela comunidade LGBT em resposta a uma ação repressiva da polícia de Nova Iorque, ocorrida em 28 de junho de 1969, no bar *Stonewall Inn*, situado no bairro de Greenwich Village. Este episódio é amplamente considerado um marco histórico na luta pelos direitos da população LGBT nos Estados Unidos.

orientações sexuais, como a bissexualidade, revelando contradições internas que também precisam ser problematizadas.

No Brasil, as violências dirigidas às mulheres sáficas têm origens coloniais. Um dos primeiros casos registrados é o de Filipa de Sousa, mulher portuguesa acusada em 1592, na cidade de Salvador (BA), de manter relações afetivo-sexuais com outras mulheres. Denunciada à Inquisição⁹, foi condenada ao açoite público e ao banimento da capitania, como medidas que buscavam controlar os afetos considerados desviantes da norma religiosa e patriarcal da época. Filipa era costureira e alfabetizada, o que já a colocava à margem dos papéis sociais impostos às mulheres do período. Como menciona Louro (2019, p. 11), “a sexualidade não é apenas uma questão pessoal, mas é social e política”. Dessa forma, quando Filipa rompe a lógica heterossexual, torna-se vilã de um sistema. Como observam Mantovani e Vincentin (2021), os inquisidores reagiram com perplexidade, justamente por não conseguirem enquadrar essas práticas nos moldes que conheciam. O problema não estava na falta de compreensão, mas no fato de que o desejo entre mulheres escapava ao controle e à lógica da obediência.

Foi só no final da década de 1970 que esse caminho começou a ganhar alguma visibilidade. Em plena ditadura militar, o movimento homossexual tentava se organizar, mesmo sob forte repressão política e moral. Foi nesse cenário que surgiu, em São Paulo, o Grupo Lésbico-Feminista (LF), considerado o primeiro coletivo formado por mulheres lésbicas no Brasil. O grupo nasceu dentro do SOMOS, um Grupo de Afirmação Homossexual, sendo composto, em sua maioria, por homens gays. A princípio, a proposta era construir um espaço coletivo de enfrentamento à homofobia. No entanto, rapidamente ficou evidente que a presença das mulheres lésbicas não era recebida em pé de igualdade, como já visto anteriormente.

Adrienne Rich, em sua análise crítica, já questionava os limites dos grupos mistos ao apontar que as lésbicas foram historicamente apagadas em sua dimensão política, muitas vezes reduzidas a uma simples variação feminina da homossexualidade masculina (Rich, 2012). Essa equiparação desconsidera as especificidades das vivências lésbicas e, na prática, contribui para a invisibilização das experiências das mulheres, repetindo mecanismos de silenciamento já impostos historicamente ao feminino.

Como aponta Margarita Pisano (2004 *apud* Auler, 2017, p. 34),

a lesbo-homossexualidade tem o potencial de aproximação a uma mudança cultural mais profunda, que não corresponde a do movimento homossexual masculino, onde políticas e discursos são definidos por homens masculinistas homossexuais e nos

⁹ Tribunal religioso da Igreja Católica que, entre os séculos XVI e XIX, atuou perseguindo e punindo práticas consideradas contrárias à moral cristã, como heresias, feitiçaria e relações homoafetivas.

quais repete-se a invisibilidade que nós, mulheres, sempre temos sofrido e, portanto, não serão capazes de criar uma proposta transformadora. O que transforma a sociedade é uma visão crítica dos valores da masculinidade e de suas instituições, e essa reflexão não é feita pelos homens, por razões óbvias, pois esse é seu lugar de poder e identidade.

Assim, “ao sentirem a misoginia do movimento gay e a lesbofobia de algumas parcelas do movimento feminista” (Pacor, 2017, p. 41), e movidas pela constatação de que ali dentro não havia espaço para suas demandas, essas mulheres fundaram em 1981 o Grupo de Ação Lésbica Feminista (GALF), marcando a consolidação de uma militância lésbica alinhada ao feminismo e comprometida com a construção de um discurso próprio, centrado nas especificidades da opressão vivida por mulheres que se relacionam com outras mulheres. O GALF amplificou vozes e reivindicações em um cenário de silenciamento sistemático. Uma de suas principais estratégias foi a criação do boletim ChanacomChana, publicado entre 1981 e 1987, considerado o primeiro periódico produzido por e para mulheres lésbicas no Brasil. Suas páginas reuniam reflexões, denúncias, relatos e produções culturais de mulheres lésbicas, numa linguagem acessível e combativa. Era distribuído principalmente nos espaços frequentados por lésbicas, como o Ferro’s Bar, em São Paulo, um ponto de encontro informal de mulheres lésbicas desde os anos 1960. Mesmo lá, no que era reconhecido como um local de acolhimento, a venda do boletim sofreu repressão pelos donos, em virtude de seu conteúdo abertamente lésbico.

Com a tensão em torno da circulação do ChanacomChana, em 19 de agosto de 1983 integrantes do GALF decidiram intervir politicamente no local, organizando uma ocupação que ficou conhecida como o Levante do Ferro’s Bar, um gesto que reivindicava o direito à existência política das mulheres lésbicas. Naquele dia, uma das protagonistas foi Rosely Roth, militante do GALF, intelectual feminista e uma das figuras mais expressivas do movimento lésbico brasileiro nos anos 1980. Rosely subiu em uma cadeira no meio do bar e leu um manifesto exigindo respeito, visibilidade e igualdade de direitos. Ali, palavras, corpos e afetos se articularam como resistência. A ação teve efeito concreto, o boletim ChanacomChana passou a ser comercializado no bar, e o direito de expressão das mulheres lésbicas foi, ainda que parcialmente, reconhecido naquele espaço. O episódio consolidou-se como um marco na história da militância lésbica no Brasil. Em memória dessa ocupação, o dia 19 de agosto passou a ser celebrado como o Dia Nacional do Orgulho Lésbico, data oficializada pela Assembleia Legislativa de São Paulo em 2008.

De acordo com as reflexões de Silva, Araújo e Jesus (2024), nos anos seguintes, o movimento lésbico passou a se expandir para além dos grandes centros urbanos do Sudeste.

Até então, a maior parte das organizações era composta por mulheres brancas, de classe média e escolarizadas, cujas experiências acabavam sendo tratadas como universais no interior da militância. A fundação do Grupo Lésbico da Bahia (GLB), em 1993, marcou uma importante virada nesse cenário. Primeiro coletivo lésbico do Norte/Nordeste, o GLB foi formado majoritariamente por mulheres negras e de origem popular, que trouxeram ao movimento outras vivências, perspectivas e formas de mobilização. O grupo organizou rodas de diálogo, oficinas culturais, ações públicas e encontros de formação política. A partir dessas práticas, construiu-se o que Silva, Araújo e Jesus (2024, p. 4) denominam de “corpo lésbico político pedagógico [...] um conceito que reúne discursos materializados em pessoas e organizações forjadas nas lutas políticas pela existência lésbica, por visibilidade, cidadania, direitos humanos, justiça social e epistêmica”.

Assim, não destacar neste trabalho a luta dessas mulheres seria, de alguma forma, repetir o apagamento que elas enfrentaram e contra o qual tanto se colocaram. Como lembra Audre Lorde (2009, *online*), “a visibilidade que nos torna mais vulneráveis é também a fonte de nossa maior força”. Foi essa força que as moveu a criar coletivos, produzir seus próprios boletins, ocupar espaços, reivindicar políticas públicas e afirmar sua existência de maneira coletiva e inegociável. Não se calaram diante da repressão. Não aceitaram a marginalidade como destino. Lutaram por presença, por dignidade, por voz. Falar dessas histórias, portanto, é um compromisso político com tudo aquilo que essas mulheres construíram e com tudo o que ainda estamos por construir. Como afirma Joan E. Biren (*apud* Auler, 2018, p. 180), “fazer-nos visíveis é um ato político. Fazer-nos visíveis é um processo contínuo”.

6.3 Atuação política frente às demandas de mulheres lésbicas e bissexuais

Em continuidade à discussão sobre as lutas das mulheres lésbicas e bissexuais, esta seção tem como foco a análise das políticas públicas de saúde voltadas para essa população. As reivindicações construídas por esses movimentos, sobretudo em torno dos serviços de saúde, contribuíram para que suas demandas fossem, aos poucos, incorporadas em políticas e materiais orientadores produzidos pelo Estado.

Estudos de Facchini e Barbosa (2006, p. 7), citam que:

Não há como compreender o crescimento da preocupação com a temática da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais sem que se considerem fatores como o crescimento da visibilidade do movimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (GLBT) na sociedade brasileira contemporânea.

Conforme destaca Bacci (2016), as lutas das mulheres lésbicas e bissexuais, mencionadas anteriormente, também se refletiram nas disputas travadas no campo da saúde. De acordo com Heilborn (2003 *apud* Rodrigues, 2010), os significados que cercam a sexualidade são construções simbólicas, resultado de concepções que se formam e se transformam historicamente, sendo impossível compreender os processos de saúde e doença sem considerar o peso das ideias de masculinidade e feminilidade que estruturam as relações sociais e, por consequência, as práticas de cuidado. Como, por exemplo, a campanha inicial de prevenção ao HIV realizada na década de 1980 (Brasil, 2013b).

Como apontam Izidoro et al (2019), durante a década de 1980, em meio à epidemia de HIV/Aids, o movimento LGBT ampliou sua articulação política diante de um cenário de preconceito, desinformação e ausência de políticas públicas voltadas à prevenção e ao cuidado. Nessa época, o governo brasileiro começou a apoiar iniciativas de mobilização popular voltadas à prevenção da doença.

Entretanto, como pontuado por Almeida (2009 *apud* Rodrigues, 2010, p. 5), “a ênfase que a epidemia da AIDS deu nos anos de 1980 às práticas homossexuais masculinas como alvo de transmissão do vírus HIV contribuiu para a crença de que mulheres lésbicas seriam o único corpo inofensivo à infecção pela via sexual”.

O que resultou na exclusão das mulheres lésbicas e bissexuais das primeiras ações governamentais direcionadas à população LGBT. “Esta situação favoreceu a manutenção da invisibilidade política de lésbicas e mulheres bissexuais. Cabe ressaltar que as lésbicas, por serem inicialmente excluídas como grupo com prática de risco, não foram contempladas nas ações de prevenção da AIDS” (Brasil, 2013b, p. 10).

Como lembram Silva e Gomes (2025), o baixo índice de casos notificados de HIV/Aids entre lésbicas e bissexuais foi, por muito tempo, interpretado de forma equivocada, uma vez que essas mulheres eram classificadas nos serviços de saúde apenas a partir da categoria “sexo”, e não da “orientação sexual”.

Assim, trazer as relações de gênero para o debate sobre saúde, abre espaço para reconhecer que as pessoas em suas diferentes expressões e identidades, vivem o corpo, o prazer e o cuidado de formas distintas. Nesse sentido, pensar a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais é também questionar os limites de um modelo de cuidado construído a partir da heteronormatividade e do binarismo de gênero. As mesmas estruturas que tentaram apagar nossas histórias e afetos também moldaram práticas e políticas públicas que, por muito tempo, ignoraram a diversidade das experiências femininas. O direito à saúde, garantido pela

Constituição de 1988, ainda não se realiza totalmente para essas mulheres, justamente porque o sistema foi pensado sobre bases que não reconhecem seus corpos e modos de viver.

É nesse contexto que se insere o surgimento do SUS, que “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 2003, p.22). A lei estabelece os princípios que orientam todas as ações e serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, permanentes ou eventuais, realizados de forma isolada ou integrada em todo o território nacional.

Para Izidoro et al. (2019) a análise da Lei nº 8.080, em conjunto com a estrutura operacional do SUS, evidencia valores humanitários, como a equidade, e a integração de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual quanto familiar. Além disso, a legislação assegura a realização de diagnósticos epidemiológicos e sociais, a formação adequada de profissionais e a organização de equipes multiprofissionais, buscando um cuidado mais abrangente e inclusivo.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, destacam-se:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. §1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 2003, p.22).

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda os seguintes princípios; I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. [...] IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI – Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário (Brasil, 2003, p.25).

Nota-se que o SUS, em sua base teórica, tem como objetivo assegurar o acesso a cuidados de saúde de qualidade. Contudo, na prática, essa garantia ainda não se concretiza para mulheres lésbicas e bissexuais, sobretudo quando relacionado sobre saúde sexual.

À vista disso, “em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a PNAISM, construída a partir da proposição do SUS de equidade, universalidade e integralidade, ampliando as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (Brasil, 2004 *apud* Rodrigues, 2019, p. 3).

A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde (Brasil, 2004, p. 64).

No texto da PNAISM, foi a primeira vez que as mulheres lésbicas apareceram de forma explícita em uma política pública de saúde. Esse reconhecimento representou um avanço importante, já que até então suas demandas eram completamente ignoradas nas ações governamentais. Porém, como observam Silva e Gomes (2025), essa inclusão não garantiu a efetivação de direitos, pois a política ainda carrega uma limitação estrutural grave, a visão que predomina nela é heteronormativa, que coloca a maternidade e a reprodução como eixos centrais da saúde feminina. Dentro dessa concepção, a saúde das mulheres acaba sendo reduzida quase exclusivamente a esses aspectos, invisibilizando outras dimensões das suas vivências e necessidades.

O grande problema aparece justamente nesse ponto, especialmente para mulheres lésbicas e bissexuais. Quando o cuidado à saúde feminina se resume a uma perspectiva reprodutiva, muitas dessas mulheres são deixadas de lado. Ao buscarem atendimento, elas muitas vezes enfrentam um acolhimento que, ao invés de ser atento e inclusivo, acaba sendo repleto de suposições errôneas sobre suas vidas sexuais. Soma-se a isso a ausência de diretrizes que contemplem questões fundamentais da saúde sexual, como a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) entre mulheres que mantêm relações afetivo-sexuais com outras mulheres. Como também o descuido em ações preventivas básicas, como o exame de Papanicolau, que muitas vezes é negligenciado ou sequer oferecido, sustentado pela presunção equivocada de que essas mulheres não possuem as mesmas necessidades de cuidado.

A questão é que, em sua estrutura atual, a PNAISM não reconhece as demandas de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Em vez de promover um cuidado que leve em conta as diferentes expressões e vivências da sexualidade feminina, a política acaba reforçando a invisibilidade desse grupo, perpetuando um modelo de atenção limitado e distante da realidade dessas usuárias. Assim, o sistema de saúde segue falhando em garantir o acesso e em reconhecer demandas que deveriam ser atendidas de maneira equitativa.

Como apontam Izidoro et al. (2019), a primeira publicação que realmente voltou sua atenção para a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil foi o *Dossiê de Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade*, elaborado por Regina Facchini e Regina Maria Barbosa, por solicitação da Rede Feminista de Saúde em 2006. Esse documento

“[...] apresenta dados que evidenciam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais [...]” (Brasil, 2013b, p. 14). Visto que a invisibilidade dessas mulheres dentro das políticas públicas de saúde amplia sua vulnerabilidade social e contribui para a reprodução de práticas discriminatórias e excludentes.

Depois disso, o Ministério da Saúde começou a articular espaços formais de discussão para pessoas LGBT, como o Brasil sem Homofobia, um programa de combate à violência e à discriminação contra LGBT e de promoção da cidadania homossexual (Brasil, 2013b), que foi instituído pelo governo em 2004. “Esse programa constituiu-se de amplas recomendações aos distintos setores do governo, no intuito de assegurar políticas, programas e ações contra a discriminação e que, sobretudo, promovam equidade de acesso a ações qualificadas aos serviços públicos” (Brasil, 2013b, p. 11).

Todavia, a orientação sexual e a identidade de gênero só foram reconhecidas oficialmente como determinantes sociais da saúde em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), quando esses marcadores passaram a fazer parte das discussões sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença (Brasil, 2008).

Ao longo dos anos houve várias iniciativas, seminários, oficinas e portarias que regulamentaram temas específicos, até que, em 2011, a PNSI LGBT foi publicada “[...] com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (Brasil, 2013b, p. 20).

A Política Nacional de Saúde LGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2013b, p. 6).

São objetivos específicos da PNSI LGBT, que contemplam as mulheres lésbicas e bissexuais, entre outros:

Prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico-uterino e de mamas) entre mulheres lésbicas e bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população de LGBT no âmbito do SUS; atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população de LGBT nos serviços de saúde; fortalecer a participação de representações da população de LGBT nos conselhos e conferências de saúde; promover o respeito à população de LGBT em todos os serviços do SUS; reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde; incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre

lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território para a sociedade em geral; incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos conselhos de saúde (Brasil, 2013a, p. 21).

Entre os temas específicos voltados à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, retratados nessa política, encontram-se questões como a prevenção de cânceres ginecológicos, o acesso a tratamentos qualificados e o cuidado com a saúde mental (Brasil, 2013b). No entanto, “desde as primeiras organizações do movimento homossexual: as pautas da agenda política de mulheres lésbicas e bissexuais seguem diluídas e invisibilizadas em meio às do movimento como um todo” (Alves; Moreira; Prado, 2020, p. 154).

Diante dessa lacuna, começaram a surgir outras iniciativas voltadas exclusivamente à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, buscando também tornar efetivos seus princípios de equidade e o enfrentamento de práticas discriminatórias no atendimento à saúde. Como parte dessas ações, em 2013 foi lançada a cartilha *Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social*, resultado de uma construção coletiva entre poder público e os movimentos sociais. Como é citado no documento:

Essa iniciativa é um compromisso com representações e segmentos de lésbicas e bissexuais que reivindicavam um material educativo e informativo que abordasse suas especificidades e a importância da participação social na conquista de direitos e cidadania e, ao mesmo tempo, sensibilizasse gestores e profissionais de saúde (Brasil, 2013a, p. 5).

Outro marco legal importante que aborda a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais é o *Relatório da “Oficina Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”* (Brasil, 2014), cujo principal objetivo foi discutir os determinantes das vulnerabilidades na assistência à saúde e propor reflexões sobre elementos necessários à construção de um cuidado que assegure a integralidade na atenção à saúde dessas mulheres. Alguns dados e indicadores apresentados abordam questões há muito reivindicadas pelos movimentos sociais, como o acolhimento precário nos atendimentos, a centralidade da reprodução nas políticas de saúde da mulher, a importância da formação profissional e a necessidade de se discutir a orientação sexual de forma acolhedora (Brasil, 2014).

É importante pontuar também a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, que reconhece o racismo como determinante social de saúde e orienta ações voltadas à promoção da equidade no SUS (Brasil, 2017). Essa política se insere em um contexto em que, apesar de

as pessoas negras representarem mais da metade da população brasileira, continuam sendo afetadas por desigualdades sociais e pela negligência de direitos. Essas desigualdades se manifestam, entre outros fatores, pelo racismo institucional presente em diferentes espaços, inclusive nos serviços de atenção à saúde. O racismo institucional está incorporado a processos sociais e práticas historicamente naturalizadas, que estruturam o funcionamento das instituições e reproduzem discriminações. Ao articular raça e orientação sexual, percebe-se que mulheres lésbicas e bissexuais negras enfrentam obstáculos ainda maiores no acesso e no acolhimento nos serviços de saúde (Lemos, 2023).

Nesse sentido, considerando o que foi exposto, nota-se que, em concordância com as pesquisas de Alves, Moreira e Prado (2020), esses documentos, juntamente com as reivindicações dos movimentos sociais feministas e de ativistas LGBTQIAPN+, demarcam avanços na implementação de políticas públicas voltadas à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil. Mas o descompasso entre os textos das políticas e o cotidiano do cuidado, considerando que o tema ainda é tratado como um tabu, marcado por desinformação e discriminação por parte dos profissionais, configura um obstáculo à efetivação do que é preconizado nos documentos oficiais (Alves; Moreira; Prado, 2020; Rodrigues; Falcão, 2021; Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019).

No Brasil, onde a saúde é reconhecida como um direito constitucional e já existem normativas voltadas ao cuidado de mulheres lésbicas e bissexuais, a sua implementação prática no SUS não deveria ser limitada, contribuindo para a persistência de situações de discriminação e preconceito (Alves; Moreira; Prado, 2020; Cabral et al., 2019; Rodrigues; Falcão, 2021). Cabe lembrar que, no contexto do SUS, o direito à saúde se fundamenta no princípio da equidade, que se diferencia da homogeneização implícita na noção de igualdade e procura reconhecer os marcadores de diferença como elementos essenciais para a garantia de direitos sociais e políticos (Barros; Sousa, 2016).

É preciso considerar também as formas como a cis-heteronormatividade continua estruturando os processos de cuidado. Problematizações acerca dos modos pelos quais essa lógica produz vulnerabilidades em pessoas LGBTQIAPN+ têm contribuído para importantes análises no campo da saúde. Ainda assim, a tendência de tratar esse grupo como homogêneo reforça apagamentos e invisibiliza as especificidades das experiências. Cada uma dessas identidades é permeada por contextos sociais, culturais e históricos particulares, marcados por intersecções de gênero, raça, classe, geração e território, que influenciam nas formas de adoecimento e nas possibilidades de acesso ao cuidado. A adoção de uma abordagem

generalizante nas políticas acaba perpetuando a invisibilidade e dificultando a efetivação de um cuidado que respeite as singularidades (Ferreira; Bonan, 2020).

Mulheres lésbicas e bissexuais, permeadas por múltiplos marcadores sociais, constituem um campo de diferentes vulnerabilidades no processo saúde-doença-cuidado. Os estigmas associados à orientação sexual dessas mulheres configuram-se como entraves ao acesso equitativo aos serviços de saúde, especialmente em um contexto em que as práticas de cuidado se estruturam a partir da lógica cis-heteronormativa (Rodrigues; Falcão, 2021; Cabral et al., 2019).

Em síntese, até aqui, buscou-se resgatar as políticas de cuidado em saúde voltadas para mulheres lésbicas e bissexuais, indicando algumas normatividades e tensões presentes na forma como essas políticas têm sido estruturadas e implementadas. A seguir, serão apresentados os resultados das análises, retomando pontos previamente discutidos e aprofundando novas inquietações relacionadas ao tema.

7. VOZES E EXPERIÊNCIAS COMPARTILHADAS

Como apresentado na seção metodológica, as entrevistas realizadas constituíram um momento importante da pesquisa, na medida em que permitiram acessar experiências e sentidos atribuídos pelas próprias mulheres às suas vivências afetivas e de cuidado em saúde. Por terem sido conduzidas de forma semiestruturada, priorizando a escuta e a construção de um ambiente de confiança, cada conversa seguiu seu próprio ritmo, respeitando pausas, hesitações e o tempo necessário para que determinados assuntos pudessem ser abordados. Esse aspecto contribuiu para que emergissem narrativas mais completas, menos condicionadas a respostas esperadas ou socialmente adequadas, o que possibilitou conhecer situações de conflitos, descobertas, tensões e afirmações identitárias.

Assim, ao apresentar os resultados a seguir, adentra-se a questão do cuidado à saúde propriamente dito, mostrando também as percepções das participantes sobre os atendimentos que receberam, os pontos de tensão na relação com os profissionais de saúde e possíveis mudanças que poderiam tornar os serviços mais adequados às suas demandas. A análise parte das falas e é guiada por elas, considerando o que apareceu como importante para cada participante, ao mesmo tempo em que frisa elementos que se repetem e mostram dimensões compartilhadas em suas experiências.

A escolha por uma amostra pequena se justifica pela abordagem qualitativa, que privilegia o aprofundamento das trajetórias individuais e o componente ético do acolhimento e

proteção das participantes. Assim como Grada Kilomba em *Memórias da Plantação*, utilizam-se relatos singulares para dar visibilidade às experiências ocultas e promover reflexão crítica. A limitação numérica também está relacionada à dificuldade de acesso e ao respeito à autonomia, evitando exposição de mulheres lésbicas e bissexuais em contextos marcados pelo preconceito, preservando sua segurança e subjetividade.

Composição da amostra

Quadro 1 – Caracterização das participantes

Nome	Idade	Raça/Cor	Identidade de Gênero	Orientação Sexual	Renda	Situação Atual: Trabalho/Estudo
Jennifer	26	Parda/Negra	Mulher cis	Bissexual	700,00	Estuda
Josefina	27	Preta	Mulher cis	Bissexual	2.500,00	Trabalha e estuda
Maria Luana	20	Parda	Mulher cis	Bissexual	-	Estuda
Lara	36	Negra	Mulher cis	Lésbica	700,00	Estuda
Luma	30	Parda	Mulher cis	Lésbica	1.518,00	Trabalha
Marceline	26	Parda	Mulher cis	Lésbica	1.518,00	Trabalha
Kate	31	Preta	Mulher cis	Bissexual	700,00	Estuda

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

As desigualdades vivenciadas por mulheres lésbicas e bissexuais no acesso aos serviços públicos de saúde não podem ser compreendidas de forma isolada. É preciso analisá-las a partir da intersecção de diferentes categorias sociais como gênero, raça, cor, classe social e sexualidade. As sete entrevistadas são mulheres cisgênero, com idades entre 20 e 36 anos, dessas, quatro são mulheres bissexuais e três são mulheres lésbicas, residentes nos municípios de Pacajus, Fortaleza, Redenção, Baturité e Maracanaú, que compõem o recorte territorial desta pesquisa.

Em termos socioeconômicos, a maioria sobrevive com rendas baixas, em torno de meio salário mínimo, enquanto apenas uma declarou renda superior a dois mil reais. Além disso, a maior parte encontra-se vinculada ao ensino universitário, sem exercer atividade remunerada, o que indica um cotidiano marcado pela precarização da vida. Cinco delas são estudantes de cursos de graduação da UNILAB, sendo três do curso de Serviço Social e duas do curso de

Administração Pública; entre essas, três contam com bolsas acadêmicas que ajudam a manter os estudos. Uma trabalha de forma remunerada, outra recebe pensão alimentícia do pai, embora o valor não tenha sido especificado. As duas entrevistadas restantes estão somente no mercado de trabalho, sem vínculo universitário no momento. Observa-se, portanto, que são trajetórias de esforços contínuos para conciliar estudo, trabalho, renda, permanência e uma rotina de instabilidade e incertezas.

As entrevistadas se autodeclararam pardas, pretas ou negras¹⁰. Nessa perspectiva, “é necessário trazer o racismo para o centro do debate. Falar sobre humanização e não considerar o racismo no centro do debate é um problema. Uma lésbica negra não é igual a uma lésbica branca. A transgressão é maior [...]” (Brasil, 2014, p. 38).

Os profissionais de saúde também têm dificuldades que são relacionadas a essas construções estigmatizadoras, discriminadoras culturais que há na sociedade que faz as consultas de mulheres negras serem, por exemplo, mais rápidas. Essas desculpas precisam ser derrubadas, pois é preciso avançar como país que não discrimine. Os acordos internacionais de superar o racismo ainda não funcionam e os corpos continuam aprisionados (Brasil, 2014, p. 38).

Como enfatiza Brasil (2014, p. 38), “é preciso construir uma política de integralidade em saúde desde que o racismo seja colocado no lugar de violência silenciosa que machuca e que mata”. Logo, “declarar a sua raça/cor é importante para a construção de políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolidem indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais (Brasil, 2017, p. 9).

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos (Brasil, 2017, p. 9).

A análise de Saffioti (2000) propõe pensar essa articulação por meio da metáfora do “nó”, que expressa a forma histórica e estrutural dessas dimensões. Para a autora, não se trata de hierarquizar ou somar categorias, mas de reconhecer que elas se entrelaçam de maneira indissociável. Nesse ponto, dialogando com Saffioti, Akotirene (2020, p. 19), ao citar Kimberlé

¹⁰ “A autodeclaração remete à percepção de cada um em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e construção subjetiva do sujeito” (Brasil, 2017, p. 9).

Crenshaw, frisa que “a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cis-heteropatriarcado”. Crenshaw rejeita a ideia de hierarquia entre os eixos de opressão e chama atenção para a importância de identificar as condições específicas que atravessam corpos e identidades em contextos determinados, dando visibilidade às singularidades das experiências vividas.

Essa perspectiva dialoga com a PNSI LGBT, que aponta a orientação sexual e a identidade de gênero como fatores sociais e culturais que influenciam o processo saúde-doença (Brasil, 2004). Ferraz e Kraiczuk (2010 *apud* Gomes et al., 2018), lembram que ao reconhecer essas dimensões como determinantes sociais, a política amplia a compreensão da saúde para além do aspecto biológico, incorporando os efeitos das desigualdades, discriminações e relações de poder. Isso significa considerar que a forma como cada pessoa vivencia sua sexualidade e seu gênero pode gerar acolhimento ou exclusão nos serviços de saúde. Os relatos das participantes são apresentados a seguir e mostram que a falta de acolhimento está ligada à imposição da heterossexualidade como norma, o que expõe as barreiras para a efetivação da política diante das opressões que marcam os corpos.

(In)visibilização da sexualidade na busca do cuidado

Simone de Beauvoir (1949), em *O Segundo Sexo*, já havia mostrado como a mulher foi historicamente construída como o “outro”, ocupando uma posição marginal no tecido social. No campo da saúde, essa condição não apenas se reproduz, como se intensifica no caso de mulheres que não se enquadram nos padrões hegemônicos de gênero e sexualidade. A heteronormatividade, ao assumir a heterossexualidade como norma, reforça a exclusão e atua como uma barreira material, fazendo com que as demandas de lésbicas e bissexuais sejam invisibilizadas. Isso significa que, mesmo quando essas mulheres conseguem acessar os serviços de saúde, suas experiências não encontram reconhecimento pleno, o que as coloca em um lugar de deslegitimação dentro do próprio sistema.

No Brasil, os equipamentos de saúde são frequentemente associados ao público feminino, tanto em termos de presença quanto de foco das ações oferecidas. Grande parte dos atendimentos é voltada à saúde reprodutiva e aos cuidados ligados à maternidade, consolidando a percepção de que mulheres adultas, mães e heterossexuais constituem o perfil esperado de usuárias. Nessa lógica, mulheres lésbicas e bissexuais tendem a permanecer invisíveis nos serviços de saúde ou a serem reconhecidas apenas por estereótipos o que dificulta o

reconhecimento de suas necessidades e compromete a atenção integral que deveriam receber (Albuquerque et al., 2013; Facchini e Barbosa, 2009; Mello et al., 2011).

Essa invisibilidade e o reconhecimento pautado por estereótipos refletem-se na frequência com que mulheres lésbicas e bissexuais procuram os serviços de saúde. Araújo et al. (2019, p. 2) apontam que:

Além da discriminação resultante do preconceito, o despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades desse grupo contribui para que muitas mulheres lésbicas e bissexuais deixem de buscar os serviços de saúde, especialmente em relação às doenças ginecológicas.

Entre as entrevistadas, esse padrão ficou evidente. Para algumas, não existe uma rotina regular de consultas ginecológicas. Em geral, o contato com o serviço só acontece em situações emergenciais, quando já existe algum incômodo ou necessidade imediata. Jennifer contou que buscou atendimento apenas duas vezes, em momentos que considerou necessário. Maria Luana, por sua vez, relatou apenas uma consulta recente, enquanto Kate nunca chegou a realizar uma consulta ginecológica. Esses relatos não podem ser entendidos como simples descuido pessoal, eles mostram um afastamento provocado por sentimentos de vergonha, insegurança e constrangimento.

A experiência de Marceline exemplifica esse cenário. Ela compartilha que vive um processo de autodescoberta em relação à sua identidade de gênero, chegando a se questionar em alguns momentos se poderia ser um homem trans, o que torna ainda mais delicada sua relação com os atendimentos ginecológicos. Essa vivência pode ser lida à luz da concepção foucaultiana de biopoder (Foucault, 1988), que mostra como instituições e normas sociais disciplinam corpos e sexualidades, legitimando apenas aqueles que se enquadram nas expectativas hegemônicas.

“Vale ressaltar que, dentre a população LGBTQIA+, travestis e transexuais são os que mais enfrentam dificuldade em procurar serviços de saúde” (Dias; Pietrafesa; Silva, 2023, p. 2). Uma vez que barreiras como transfobia, discriminação e modificações corporais relacionadas à transição de gênero podem dificultar a procura por serviços de saúde. Em relação às cirurgias de redesignação sexual, muitas pessoas transexuais não realizam a remoção dos órgãos reprodutivos. Consequentemente, indivíduos que mantêm útero permanecem sob risco de desenvolver câncer de colo de útero, o que torna indispensável a realização de exames preventivos para o rastreio precoce da doença. Assim, a atenção ginecológica se apresenta como uma necessidade de saúde fundamental para homens trans (Dias; Pietrafesa; Silva, 2023).

Esse contexto histórico sustenta a formação de normas sociais que classificam como normais as vidas organizadas em torno das correspondências corpo-sociais vagina-útero-mulher-feminilidade e pênis-homem-masculinidade, e como desviantes todas aquelas que fogem a essas correspondências (Rocon, 2021). Inseridos nesse cenário, encontram-se os processos de violação, marginalização e exclusão de todas/os consideradas/os desviantes.

Do mesmo modo, Rocon et al. (2016 *apud* Rocon et al., 2024, p. 8) reforçam que, em sociedades estruturadas por normas binárias e heteronormativas, “todos os corpos inadequados a esse padrão poderão ser considerados doentes”, seguindo a lógica de patologização, que contribui para excluir determinados corpos dos serviços de saúde. A violência de gênero, como lembra bell hooks (2018), assume contornos ainda mais graves quando atravessada pela sexualidade. Isso exige que as práticas em saúde sejam sensíveis à diversidade sexual, às relações de gênero e aos marcadores sociais, de modo a garantir um atendimento que respeite as experiências singulares.

A invisibilidade da sexualidade feminina, como definido por Butler (2019), é resultado de um sistema patriarcal que estabelece fronteiras entre o humano e o não humano. Nas práticas de saúde, essa lógica também contribui para a perpetuação de mitos e estigmas, levando a um descaso com questões de saúde que deveriam ser prioritárias. Cabral et al. (2019), dialogam que a concepção errônea de que mulheres lésbicas e bissexuais não estão em risco de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) resulta em um aumento de problemas de saúde, como o HPV e o câncer de mama¹¹.

“Muitas mulheres, de forma equivocada, acreditam que por se relacionarem sexualmente com outras mulheres não precisam cuidar da sua saúde” (Brasil, 2013a, p. 27). Sendo “as consultas com profissionais de saúde para exames de rotina [...] ou simplesmente uma consulta periódica para sanar alguma dúvida [...] fundamental para quem quer levar uma vida longa e saudável, livre de doenças e agravos preveníveis” (Brasil, 2013a, p. 27). No entanto, se mulheres lésbicas e bissexuais frequentemente enfrentam descaso, discriminação ou desconhecimento por parte dos profissionais de saúde, como poderão realizar esses exames de forma adequada e contínua?

Discriminação e violação de direitos

¹¹ Para mais informações, ler *Câncer de mama e homossexualidade feminina: uma revisão integrativa da literatura*, de Carolina de Souza e Manoel Antônio dos Santos (2021), disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/36109>. Acesso em: 09 set. 2025.

Outro fator que reforça a invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde é a presença de questionários padronizados que presumem a heterossexualidade. Das seis entrevistadas que já realizaram atendimento ginecológico, todas relataram ter se deparado com formulários que já iniciam com perguntas baseadas na suposição de heterossexualidade, sem incluir qualquer questão específica sobre orientação sexual ou identidade de gênero:

[...] se faz uso de preservativo, há quanto tempo teve relação, há quanto tempo menstruou..., não tem nem sequer, eu acho, uma... um local no instrumental para colocar a sexualidade [...] Então, às vezes, se tiver só a caixinha lá, ou perguntar qual é a sua orientação e tal, melhor do que falar, “não, eu sou bissexual, não fico com homens e tal” [...] Tanto que nessa segunda consulta eu não falei sobre a minha sexualidade. E aí, dependendo muito de como seja a pessoa que esteja me atendendo, eu vejo ali o ambiente e tal, e às vezes eu falo só que eu nunca transei (Jennifer).

[...] da maneira que ele perguntou se eu usava contraceptivos e tal, eu falei que não, eu nunca tinha usado, aí ele me olhou assim meio hum, entendeu? Aí eu me senti um pouco envergonhada [...] Teve um teor assim, dessa questão da heteronormatividade [...] Não sei, mas pode ter um preconceito sobre isso, então acho que eu queria deixar mais fechado essa questão (Maria Luana).

Cabral et al. (2019, p. 81), reiteram as narrativas das entrevistadas: “Na maioria dos casos, não se questiona a orientação sexual das pacientes e, por medo do preconceito, muitas mulheres não se sentem confortáveis em revelar a sua orientação sexual”. A decisão de se assumir como lésbica ou bissexual, envolve uma exposição que pode influenciar o tipo de atendimento que a mulher vai receber. Ao se abrir, muitas vezes ela não sabe se vai ser acolhida ou se sofrerá discriminação. No contexto da consulta ginecológica, em que a pergunta sobre métodos contraceptivos se torna uma oportunidade para revelar sua orientação sexual, esse momento pode ser tanto um ponto de acolhimento quanto de distanciamento, dependendo da postura da/o profissional. A abordagem heteronormativa e até lesbofóbica/bifóbica de alguns profissionais acaba dificultando que a mulher se sinta confortável para expor sua realidade (Rodrigues e Falcão, 2021), como se pode observar também fala de Jennifer:

[...] na primeira vez que eu fiz, eu achei que seria necessário contar tudo que envolvesse a minha sexualidade pra fins de ter um resultado completo do exame, né? Só que eu não

tive um retorno positivo desse primeiro atendimento, porque eu acredito que eu sofri bifobia em algum momento ali (Jennifer).

Esses resultados dialogam com os estudos de Carvalho et al. (2013), Cabral et al. (2019), Vezzosi et al. (2019) e Rodrigues e Falcão (2021), que igualmente apontaram a falta de reconhecimento das orientações sexuais de mulheres lésbicas e bissexuais, seja pela ausência de questionamentos, pela ausência de espaço para compartilhar a informação, ou ainda pela crença em uma suposta predisposição à heterossexualidade. Carvalho et al. (2013) também destacam que determinados profissionais de saúde consideram os dados sobre orientação sexual irrelevantes para o cuidado em saúde.

A partir dessa perspectiva, é necessário compreender como a heterossexualidade compulsória, influencia a forma como mulheres lésbicas e bissexuais são percebidas dentro dos serviços de saúde. E como essa imposição social da heterossexualidade como norma afeta o reconhecimento da existência dessas mulheres e a formulação de políticas públicas voltadas para suas necessidades específicas.

A heteronormatividade estrutural mostra-se, nesse contexto, como um obstáculo central. Lara relatou que, mesmo após informar ao médico que era lésbica e vivia um relacionamento monogâmico com outra mulher, ele insistiu na possibilidade de gravidez, ignorando completamente sua orientação sexual, como pode ser observado no relato a seguir:

[...] ele estava querendo investigar a causa da dor, aí perguntou se eu mantinha relação sexual. Eu disse que sim. Aí ele perguntou se eu fazia uso de preservativo, e eu disse que não. Aí ele pegou e perguntou: “Tem alguma chance de você estar grávida?” Eu acho que eu já tinha falado pra ele da minha relação com a minha namorada, que eu namorava uma mulher, tinha falado que era lésbica e que namorava uma mulher. Aí ele disse assim: “Tem alguma chance de você estar grávida?” Aí eu disse assim: “Não”, tipo, fiz até uma cara de não. Aí ele: “Por que não?” Eu disse: “Então, eu falei que eu namoro uma mulher e sou lésbica, e a gente tem uma relação monogâmica.” Aí ele pegou e falou assim: “Mas o fato de você ser lésbica e namorar uma mulher não te impede de engravidar.” Aí eu disse: “Sim, me impede sim, porque eu namoro uma mulher e sou monogâmica e sou lésbica.” Esses dois, essas duas informações que eu falei pra você, deixam claro que sim, impede. Aí ele, tipo, parece que não gostou tanto de eu ter rebatido ele, né, como o fato de eu estar falando pra ele da minha sexualidade, né. Eu fiquei muito constrangida com a situação, tanto que, tipo, eu precisava fazer

exames e retornar o atendimento com ele, eu não retornei por causa disso. E, na época, eu ainda não tinha o costume de fazer prevenção, mas isso me trouxe uma, assim, uma questão de me travar de eu não ir por muito tempo, na época (Lara).

Marceline passou por uma situação parecida com a de Lara. Nesse caso, começou por conta da troca de um exame. O médico estava com um resultado que não era o seu e, a partir disso, insistiu na possibilidade de gravidez. Mesmo sem revelar sua orientação sexual, Marceline afirmou que essa hipótese não fazia sentido para o seu caso. Ainda assim, o profissional continuou insistindo e, durante a consulta, a porta ficou aberta e outras pessoas acabaram ouvindo a conversa, o que acabou lhe expondo e fez com que diferentes pessoas a questionassem sobre a consulta, causando grande desconforto.

[...] o médico ficou insistindo que era, e eu e minha vó dizendo que não, que não tinha perigo. Acabou que foi mostrado no posto esse exame, e a porta tava aberta e o bairro todo ficou perguntando se eu tava grávida. E o exame da clínica tava errado, foi trocado, que era justamente um exame pélvico (Marceline).

Ainda nesse cenário de exposição, Marceline e Kate acrescentam relatos de profissionais que, após o atendimento, compartilham informações sobre as pacientes, fazendo com que elas sintam receio de buscar atendimento:

[...] a médica lá era anti-profissional. Ela andou falando das mulheres lá, uma época. Deus me livre, fazer algum exame com ela. Tiraram até ela de lá (Marceline).

[...] já se passaram, assim, muitos casos que a gente tomou conhecimento, de mulheres que foram expostas por profissionais, nada profissionais, que não tinham ética nem nada, que saíam falando sobre o corpo dessas mulheres que iam ser atendidas lá para o exame ginecológico. Inclusive, uma profissional da minha rua que saía falando. Esse também é um dos motivos de pessoas, de mulheres que eu conheço, que não procuram esse atendimento na cidade. Geralmente, saem, vão para outra cidade, fazem particular. E também tem a questão de só ter homens, de não ter profissionais mulheres (Kate).

Em cidades pequenas, como Redenção, onde Kate mora, e em áreas rurais de Pacajus, onde Marceline morava anteriormente, situações como essas tendem a ser ainda mais comuns,

pois a proximidade entre profissionais e usuárias faz com que as relações pessoais se misturem aos atendimentos. Nessas localidades, a circulação rápida de informações e o controle social mais rígido sobre a vida das mulheres intensificam o medo da exposição. Assim, quando profissionais comentam sobre o corpo ou sobre procedimentos realizados, rompem o princípio do sigilo e fragilizam o vínculo necessário para um cuidado ético e acolhedor.

Além de Kate, outras mulheres como Jennifer, Josefina, Maria Luana, Lara e Luma também frisaram a preferência em serem atendidas por profissionais mulheres. Elas explicaram que, nesses casos, sobretudo em consultas ginecológicas, se sentem mais à vontade e protegidas. Essas percepções podem ser observadas em seus relatos:

[...] eu fiquei um pouco desconfortável [...] até porque não é tantas mulheres que gostam que o homem esteja presente, né? (Jennifer).

Mas aí tem a questão de ser atendida por outra mulher também. Eu nunca fui pra um ginecologista homem, por exemplo. Isso já me deixa mais confortável, entendeu? O fato de ser uma mulher (Josefina).

Sim, sim, eu acho que sim, que seria melhor [ser atendida por uma profissional mulher] (Maria Luana).

Acho que quando é médico mais novo, independente de ser homem ou mulher, eu não me sinto constrangida, eu não tenho vergonha. Não é vergonha, é medo. Mas quando são médicos mais velhos eu sinto sim [vergonha], mas eu falo [minha orientação sexual], eu não deixo de falar (Lara).

[...] até porque eu só gosto de fazer [exames ginecológicos] com mulher. Graças a Deus nunca passei por nenhum constrangimento (Luma).

Esses relatos se relacionam também ao fato de muitas mulheres carregarem um sentimento de insegurança diante de profissionais homens, seja por experiências anteriores de constrangimento, seja pelo medo de não terem sua intimidade respeitada. A presença de médicas, nesse sentido, é vista como um fator que facilita a criação de confiança e reduz a sensação de exposição. Essa percepção também aparece em outras pesquisas e reportagens,

como mostra a publicação do *UOL Universa*¹², na qual algumas mulheres relatam preferir ginecologistas mulheres tanto por experiências próprias, quanto por traumas vividos em outros contextos ou até mesmo por histórias que ouviram.

O cenário torna-se ainda mais preocupante com a ausência de dispositivos formativos que preparem os profissionais de saúde para lidar com a diversidade sexual e de gênero. Essa lacuna faz com que os atendimentos continuem presos a protocolos heteronormativos, que invisibilizam e afastam mulheres lésbicas e bissexuais dos serviços, como se observa no relato de Maria Luana:

Eu acho que... anualmente eu vou ter que fazer, né, mas assim, vou evitar (Maria Luana).

Rocon et al. (2024, p. 8) chamam atenção para a necessidade de os profissionais “analisarem suas práticas e, até mesmo, suas próprias vivências nos gêneros e sexualidades”, de modo a construir um atendimento realmente inclusivo.

As entrevistadas reforçam essa crítica a partir de suas próprias vivências. Jennifer destacou que o problema não se restringe a atitudes preconceituosas individuais, mas está na forma como os exames e procedimentos são pensados, sempre a partir da lógica da heterossexualidade. Kate, que é técnica em enfermagem, contou que durante toda a sua formação não teve uma única disciplina que tratasse da saúde de pessoas fora da heterossexualidade. Esse apagamento durante a formação já mostra como a exclusão é estrutural: se não se aprende sobre esses corpos e sexualidades na escola ou na universidade, como esperar que o atendimento seja diferente? Assim, trata-se de rever práticas, protocolos e até as concepções de corpo e sexualidade que estruturam a própria medicina.

Mesmo que a pessoa não seja preconceituosa, incide também a forma como o exame é pensado dentro dessa área, a enfermagem ou a medicina, de ter essa heteronormatividade, até pelo instrumental que a gente vê que não tem essas outras opções ou a forma do manejo que os profissionais têm dessas perguntas específicas [...] a própria lógica deles, na minha visão, a lógica é de que é a norma, não tem outras opções de não ser que não seja essa, que é aprendido, né? E aí, mas sim, reconheço

¹² UOL UNIVERSA. Ginecologista homem ou mulher? Elas contam o que acham melhor. São Paulo: UOL, 22 abr. 2019. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2019/04/22/ginecologista-homem-ou-mulher-elas-contam-o-que-acham-melhor.htm>. Acesso em: 10 set. 2025.

também que tem, por ter essa norma e ter pessoas que concordam muito com essa norma, de ter realmente pessoas que podem me tratar diferente por eu ser bissexual (Jennifer).

Infelizmente, eu acho que, também pela questão da formação dos profissionais, existe um certo preconceito, sabe? Ainda é aquela coisa muito engessada, ali da mulher cisgênero, heterossexual e tal, que tá se relacionando com homens [...] e ser assim, uma coisa nem nova, nem é nova, mas estranha pra esses profissionais, tipo duas mulheres estarem se relacionando ali e muitas vezes existe na mentalidade da sociedade que duas mulheres se relacionando não vão pegar uma IST (Kate).

A formação em saúde, para Carvalho et al. (2013) e Cabral et al. (2019), precisa romper com a lógica heteronormativa presente nos currículos e incluir conteúdos que contemplem a diversidade sexual. A PNSI LGBT, reconhece que orientação sexual e identidade de gênero são determinantes sociais de saúde, e por isso ela representa um esforço para implementar estratégias inclusivas no acesso aos serviços de saúde para essa população (Brasil, 2013b). Entretanto, a efetividade dessa política depende da formação continuada dos profissionais de saúde, que devem ser preparados para atender mulheres lésbicas e bissexuais, enxergando e reconhecendo a diversidade (Rodrigues e Falcão, 2021).

Eu acho que seria de extrema importância para o conforto de pessoas que não são heterossexuais, porque é até uma forma da gente ir com mais frequência para o recomendado nesses exames. Tipo, se eu sei que vai ser um local que eu vou ser bem entendida, que eu vou ser respeitada, então talvez eu possa fazer quando é recomendado, uma vez por ano, se não me engano, do que só ir quando é realmente necessário. Então até, não sei, algumas pessoas podem ter experiências tão ruins que elas não querem ir de forma alguma. Então eu acho que é muito importante porque trabalhando na saúde você vai trabalhar com uma diversidade de pessoas e de gêneros e formas de viver, então você tem que estar adequado para isso, você tem que saber receber bem o seu pessoal. Nem só com mulheres, mas, por exemplo, no exame ginecológico, homens trans também podem fazer. E tem todas essas peculiaridades que não é levada em consideração (Jennifer).

Ah, pô, tem que ser, tem que ser, porque eu acredito que sim, é um atendimento diferenciado, não é, não é igual os outros, entendeu? Então eles tem que estar preparado sim para atender todo o público, assim, de boas, quem existir, né? (Josefina).

Acho que é justamente para que a gente seja, de fato, bem atendido e instituído. Na nossa vida a gente sabe que tem muitos casos de ISTs também na comunidade LGBT, né? E eu acho que se houvessem profissionais capacitados voltados para essa temática, com certeza teria mais instrução, né, sobre (Lara).

Acho que acabaria que muitas pessoas lésbicas, trans, bi... se cuidaria sem medo, sem vergonha de poder conversar sobre quem é. Sem receio, né (Marceline).

Sem esse movimento, as mulheres lésbicas e bissexuais continuam a enfrentar negligência. A Lei 15.126/2025, que passa a estabelecer o atendimento humanizado como princípio do SUS, representa um avanço, pois garante que práticas de cuidado respeitadas e acolhedoras façam parte do SUS, considerando dimensões emocionais, sociais e psicológicas, e contribuindo para enfrentar a discriminação e a negligência historicamente direcionadas a mulheres lésbicas e bissexuais.

Assim, a análise das barreiras no acesso à saúde por mulheres lésbicas e bissexuais aponta para a necessidade de enfrentar preconceitos, invisibilidades e desinformação. Como defendem Gomes et al. (2018), somente um atendimento inclusivo e sensível às especificidades desse grupo poderá garantir a redução das desigualdades e assegurar a equidade no sistema público de saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa, constatou-se a presença de um processo contínuo de invisibilização das demandas de mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde nos municípios investigados. As barreiras no acesso não estão na ausência de políticas públicas, mas na forma como elas são colocadas em prática. O SUS garante, em sua base legal, o direito ao atendimento universal e integral, previsto na Constituição Federal.

No entanto, as unidades de saúde, em sua maioria, ainda se mostram fragilizadas e sem diretrizes estruturadas que orientem, de forma clara, o acolhimento e o atendimento a esse público. As necessidades específicas relacionadas à sexualidade, ao gênero e às experiências

afetivo-sexuais dessas mulheres acabam sendo conduzidas segundo a percepção individual de cada profissional, sem respaldo em protocolos, formação continuada ou referenciais técnicos que integrem a PNSI LGBT.

O cuidado humanizado parte do reconhecimento do sujeito como alguém que participa de seu processo de saúde-doença. Isso significa compreender que cada pessoa traz consigo uma história, um modo de viver e um contexto social que precisam ser considerados na escuta e nas condutas profissionais. Ainda assim, as falas das entrevistadas mostram que essa abordagem está longe de ser realidade.

Embora algumas relatem atendimentos realizados com cordialidade ou empatia, observa-se que isso não é suficiente para assegurar um cuidado qualificado. A empatia, por si só, não garante direitos, sobretudo quando há desconhecimento, estigmas ou julgamentos que orientam a postura profissional. Muitas vezes, o acolhimento não acontece porque as mulheres sequer conseguem ultrapassar a porta de entrada dos serviços, seja por experiências prévias de preconceito, seja pela presença de discursos que tentam deslegitimar sua orientação sexual, reforçando a noção equivocada de uma heterossexualidade presumida.

O acolhimento é a primeira etapa fundamental para o acesso. É nesse momento que deveria ocorrer a identificação das demandas, a construção de vínculo e o reconhecimento dessas mulheres como sujeitos de direitos. Quando esse atendimento é fundado por heteronormatividade, moralização ou silenciamento, produz-se violência institucional e restrição de acesso. O despreparo de profissionais frente às demandas da lesbianidade e da bissexualidade, conduz, por exemplo, a consultas ginecológicas com escuta limitada e com roteiros pré-estabelecidos.

Nessas situações, muitas mulheres lésbicas e bissexuais acabam silenciando suas vivências, “posicionando-se” como heterossexuais no atendimento, para evitar constrangimentos e julgamentos. Em consequência, parte dessas mulheres deixa de realizar acompanhamentos preventivos e chega aos serviços apenas em situações de urgência, quando o cuidado já não é preventivo, mas emergencial, agravando condições físicas e mentais que poderiam ter sido previamente acompanhadas.

Além disso, a ginecologia permanece centrada na reprodução, o cuidado ainda segue com base na capacidade reprodutiva dos corpos femininos. Elevando a ideia de que o corpo da mulher existe prioritariamente para a maternidade, desconsiderando outras dimensões da sexualidade feminina, deixando à margem aquelas que não se enquadram nesse modelo.

Portanto, no que se refere às recomendações para a melhoria dos serviços de acesso e atendimento à população lésbica e bissexual, identificou-se, através da pesquisa, a necessidade

de repensar as práticas profissionais e os processos formativos das equipes de saúde. O cuidado integral e equitativo exige um olhar de respeito às singularidades das usuárias, reconhecendo suas experiências, corpos, afetos e modos de vida. É necessário que a gestão da saúde invista em formação contínua de todas/os as/os profissionais acerca das políticas públicas voltadas à população LGBTQIAPN+, bem como das políticas específicas para mulheres lésbicas e bissexuais.

Observou-se também a urgência de revisar os formulários e prontuários utilizados nos serviços, de modo a incluir perguntas sobre orientação sexual e identidade de gênero. Além de articular pesquisas que investiguem como essas usuárias desejam ser atendidas, bem como ampliar as políticas específicas, contribuindo para o fortalecimento das redes de cuidado.

Por fim, a crítica que se faz aqui não é ao SUS, sistema de extrema importância, fruto de longas lutas sociais e de uma reforma revolucionária, mas às práticas profissionais que, por falta de formação e preparo, acabam limitando o acesso e acentuando formas sutis de exclusão. O desafio está em garantir que as políticas públicas sejam aplicadas de forma coerente com seus princípios, respeitando todas as pessoas.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2020.

ALBUQUERQUE, G. A. et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul./set. 2013.

ALVES, Isabela Guimarães; MOREIRA, L. E.; PRADO, M. A. M. Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: política, movimento e heteronormatividade. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 3, p. 145-161, set. 2020.

ANDRADE, Gilvania Moreira de. **Narrativas de professoras lésbicas: violências de gênero e sexualidade e a identidade docente**. 2022. Artigo (Especialização em Gênero, Diversidade e Direitos Humanos) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2022.

ARAÚJO, Luciane Marques de; PENNA, Lucia Helena Garcia; CARINHANHA, Joana Iabrudi; COSTA, Cristiane Maria Amorim. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. **Rev. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 27:e34262, 2019.

AULER, Livia Bittencourt. **Histórias de resistência e (in)visibilidades: a artista lésbica como protagonista na construção de imagens de mulheres que amam mulheres**. Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Artes Visuais) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

BACCI, Irina Karla. **Vozes lésbicas no Brasil: A busca e os sentidos da cidadania LGBT**. 2016. 117 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania) - Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

BARROCO, Maria Lúcia Silva. Fundamentos éticos do Serviço Social. In: CFESS. **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Unidade III. Brasília: CFESS, v. 1, 2009.

BARROS, Fernando Passos Cupertino; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 9-18, jan. 2016.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo**. Vol. I: Fatos e mitos. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. [Obra original publicada em 1949].

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Em: 01 set. 2025.

BRASIL. **Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf. Acesso em: 10 out. 2025.

BRASIL. **Oficina Atenção a Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**: Brasília, 23 a 25 de abril de 2014. Brasília, 2014.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 20 out. 2025.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: saúde e qualidade de vida - políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRUYNE, P. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: Os polos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

BUTLER, Judith. **Vidas precárias: os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

CABRAL, Kalline Trajano Feitoza; PEREIRA, Ivoneide Lucena; ALMEIDA, Luana Rodrigues de; NOGUEIRA, Waléria Bastos de Andrade Gomes; SILVA, Francisca Vilena da; COSTA, Lorena de Farias Pimentel; JALES, Renata Dantas; ALMEIDA, Sandra Aparecida de. Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. **Rev. enferm UFPE on line.**, Recife, 13(1):79-85, jan. 2019.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n.3, p. 552-563, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8pg9SMjN4bhYXmYmxFwmJ8t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2024.

CARVALHO, P. M. G. et al. **Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo**. Online Brazilian Journal of Nursing, v.12, n.4, p.931941, 2013.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. et al. (Orgs.) **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CHANACOMCHANA. São Paulo, jan. 1981.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em administração**. 7. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CUNHA, Jéssica Emanuelli Pereira da. **Vivências e experiências de mulheres lésbicas pretas do Maciço de Baturité: intersecções entre identidade e resistência**. 2023. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal do Ceará e Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2023.

DIAS, Jonas Paulo Batista; PIETRAFESA, Gisele Acerra Biondo; SILVA, Simone Albino da. Acesso e utilização da atenção ginecológica na atenção primária à saúde: percepção do homem transexual. **Saúde e Pesquisa**, v. 16, n. 4, p. 1–15, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n4.e11272>. Acesso em: 20 out. 2025.

ERIBON, D. **Reflexões sobre a questão gay**. (P. Abreu, Trad.) Rio de Janeiro: Editora Companhia de Freud, 2008.

FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina M. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. S291-S300, 2009.

FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina M. **Dossiê Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2006.

FALQUET, Jules. Breve resenha de algumas teorias lésbicas. Buenos Aires: Herética edições lésbicas e feministas independentes, 2013.

FERREIRA, Breno de Oliveira; BONAN, Cláudia. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1765-1778, maio 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I - A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREIRE, Ana Ester Pádua. Na desordem do armário embutido: a afirmação da identidade como um sacramento. **Revista do Núcleo de Estudos de Religião e Sociedade (NURES)**, n. 36, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/nures/article/view/42860>. Acesso em: 10 jul. 2025.

GOMES, Sávio Marcelino; SOUSA, Luciana Maria Pereira de; VASCONCELOS, Thaissa Machado; NAGASHIME, Alynne Mendonça Saraiva. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.4, p. 1120-1133, 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

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

IZIDORO, Giovanna Krubniki; BARROS, Camila Gomes de; PONTES, Felipe Simão; WENNER, Rosiléa Clara; MALANOWSKI, Lara Carolina. A invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais no SUS: um debate entre Serviço Social e Saúde. **Anais do 7º Congresso Paranaense de Assistentes Sociais**, Ponta Grossa, PR, 2019.

LEMOS, Jardel Gomes da Silva. **A saúde de mulheres negras lésbicas e os desafios no acesso aos serviços brasileiros**. Lampiar, Mossoró, v. 2, n. 1, p. 93–109, maio 2023.

LESSA, Patrícia. **Lesbianas em movimento: a criação de subjetividades (Brasil, 1970-2006)**. Tese (Doutorado em História), Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

LOPES, Thamires Araripe Fernandes de Lima. **Abordagem da saúde da mulher nos cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas do Ceará**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2022.

LORDE, Audre. A transformação do silêncio em linguagem e ação. Tradução de Stephanie Borges. *The Intercept Brasil*, 27 nov. 2019. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2019/11/27/audre-lorde-ensaio-irma-outsider/>. Acesso em: 14 jul. 2025.

LOURO, Guacira Lopes (Org.). **O Corpo Educado: Pedagogias da sexualidade**. São Paulo: Argos e Autêntica, 2019.

MANTOVANI, José Pascoal; VINCENTIN, Nathalia Magalhães. **Costura de prazeres e requiebros: a insurgência e atualidade de Filipa de Sousa**. *Mandrágora*, v. 27, n. 1, p. 73-94, 2021.

MARTINS, Daniel Arruda. **Os paradoxos da experiência do armário entre jovens gays e lésbicas: um estudo psicossocial**. 2010. Dissertação de Mestrado (Psicologia Social) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROSA, Cláudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Rev. Sex., salud soc.**, Rio de Janeiro, n.9 – dec. 2011 – pp.7-28.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como ethos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, 2014.

MONTEIRO, Isabella Silveira. **Meu Querido Armário: Fozine sobre a saída do armário na vida de pessoas LGBTQIAP+**. Universidade Federal da Paraíba, 2022.

PACOR, Mariana. **Estudante mulher lésbica artista**. 85 f. Monografia (graduação). Universidade Estadual de São Paulo – Curso de Artes Visuais. São Paulo, 2017.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180279, 2019.

PEREIRA, Maria Eduarda Delduque; SILVA, Gisele Pereira da; TORRES, Marck de Souza; FERREIRA, Breno de Oliveira. Análise da produção científica sobre a saúde de mulheres bissexuais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/C8tN6K5ts7LvG3h3PQWWbrw/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2025.

RAMOS, Ramon Fernandes. **Marcas da LGBTfobia na escola: análise de histórias orais de alunos/as LGBTT em uma escola da periferia de Fortaleza**. 2019. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Humanidades) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2019.

RICH, Adrienne. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Bagoas – Estudos gays: gêneros e sexualidades**, [S. l.], v. 4, n. 05, 2012. [Obra original publicada em 1980].

ROCON, Pablo Cardozo. **Clínica (trans)sexualiza(dor)a: processos formativos de trabalhadores da saúde**. Salvador: Devires, 2021.

ROCON, Pablo Cardozo; WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; REIS, Dominique da Silva. Acesso de mulheres bissexuais e lésbicas em serviços públicos de saúde. **Rev. Katál.**, Florianópolis, v. 27, e95176, 2024.

RODRIGUES, Juliana Luiz; FALCÃO, Marcia Thereza Couto. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 1, p. e181062, 2021.

RODRIGUES, Julliana Luiz; SCHOR, Néia. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais. In: **Fazendo Gênero 9 – Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**, São Paulo, 2010.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento? **Crítica Marxista**, São Paulo, v.1, n. 11, 2000, p. 71-75.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. A epistemologia do armário. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 28, n. 1, p. 19-54, 2007.

SILVA, Adriane das Neves; GOMES, Romeu. **Políticas Públicas voltadas à Saúde Lésbica: análise dos ciclos das políticas**. SciELO Preprints, 03 jul. 2025.

SILVA, Antonia Pâmela Batista da. **As consequências dos projetos de ciências humanas na construção da identidade social dos alunos da E.E.E.P. José Ivanilton Nocrato**: com um olhar específico aos grupos LGBTs. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Humanidades) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Acarape, 2018.

SILVA, Camila Diane. **Entre Repressões e Resistências**: memórias lesbianas no contexto da ditadura civil-militar brasileira e redemocratização (1968-1988). Tese (Pós Graduação em História) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

SILVA, Hilda Santos. **Homofobia e Transfobia**: do medo à resistência, análise das memórias de uma mãe. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gênero, Diversidade e Direitos Humanos) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2022.

SILVA, Sheila Gabriela Oliveira da. **Sapapretas**: identidade e experiências homoafetivas de mulheres pretas em Angola, Brasil e Guiné-Bissau. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Humanidades) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Campus dos Malês, São Francisco do Conde, 2023.

SILVA, Zuleide Paiva da; ARAÚJO, Janja; JESUS, Rosana Meire Vieira de. Lesbofeminismo na Bahia: um estudo sobre o Grupo Lésbico da Bahia (1993-2003). **Revista Feminismos**, v. 12, n. 1, e12124015, jan.–jun. 2024.

TABORDA, Jeferson Camargo. **O corpo dissidente e a moral sexual religiosa**: trânsitos e (in)visibilidades de evangélicos LGBTs. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Paraná, 2020.

VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1.451-1.467, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6JStvdySYqWv9mPddGSwNRr/?lang=pt> . Acesso em: 17 nov. 2024.

VEZZOSI, J. L. P. et al. Crenças e Atitudes Corretivas de Profissionais de Psicologia sobre a Homossexualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, n. 3, p. 174–193, 2019.

VIEIRA, Laionel; BARBOSA, Bruno. Sobrevivência no armário: dores do silêncio LGBT em uma sociedade de religiosidade heteronormativa. *Estudos de Religião*, v. 30, n. 3, p. 129-154, set.-dez. 2016.

WARMLING, Diego; BASTONE, Petra. Sobre a crítica ao pensamento hétero e a desconstrução das categorias de gênero: Butler leitora de Monique Wittig. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 68, e236809, 2023.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada **Saúde fora do armário: barreiras, experiências e políticas para mulheres lésbicas e bissexuais no SUS**, desenvolvida por Vanessa Florêncio de Lima como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Serviço Social pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob orientação do professor Dr. Pedro Rosas Magrini.

O objetivo desta pesquisa é compreender, a partir de suas experiências, os principais desafios enfrentados por mulheres lésbicas e bissexuais no acesso – ou na ausência dele - aos serviços públicos de saúde. A participação consiste em uma entrevista individual, com duração aproximada de 30 minutos, a ser realizada presencialmente ou por meio de chamada de áudio/vídeo, de acordo com sua disponibilidade e preferência.

Sua participação é inteiramente voluntária, e você poderá desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificativas. Caso decida interromper a participação, nenhuma informação fornecida até aquele momento será utilizada ou incluída na pesquisa.

Durante a entrevista, caso alguma pergunta cause desconforto ou você não se sinta à vontade para respondê-la, poderá recusar-se a responder ou interromper a entrevista a qualquer momento. Seu bem-estar será sempre respeitado.

A entrevista poderá ser gravada, desde que haja seu consentimento, apenas para fins de registro e análise da pesquisa. Além das gravações de áudio, também poderão ser utilizadas anotações, com o objetivo de complementar a análise das informações fornecidas. Todas as informações coletadas serão utilizadas exclusivamente neste trabalho acadêmico, mantidas sob total sigilo e anonimato. Em nenhuma circunstância seu nome ou qualquer dado que permita sua identificação será divulgado.

Não há benefícios financeiros ou riscos diretos à sua participação, mas espera-se que os resultados possam contribuir para a visibilidade e garantia de direitos da população LGBTQIAPN+ no campo da saúde pública. Para mais informações ou em caso de dúvidas, você pode entrar em contato com a pesquisadora ou com o orientador.

Declaro que recebi as informações sobre a pesquisa, entendi seus objetivos e como será minha participação. Estou ciente de que é uma escolha voluntária, que posso desistir a qualquer

momento, sem precisar justificar, e que não preciso responder perguntas que me deixem desconfortável. Estou de acordo em participar.

_____, ____ de _____ de 2025.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B**ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

Objetivo
Compreender os principais desafios enfrentados por mulheres lésbicas e bissexuais no acesso ou na ausência dele, aos serviços públicos de saúde

Dados da entrevista
Data:
Hora:
Duração:
Local:

Perfil da entrevistada
Nome fictício:
Idade:
Cor/raça:
Identidade de gênero:
Orientação sexual:
Renda:
Situação atual (trabalho e/ou estudo):

Bloco I - Uso dos serviços de saúde

1. Você costuma utilizar os serviços públicos de saúde?

(Se sim: Quais atendimentos costuma buscar? Com que frequência?)

(Se não: Poderia contar o motivo?)

2. Como têm sido suas experiências ao buscar atendimento nos serviços públicos de saúde?
(Se nunca utilizou: Como você imagina que seria? Há algo que te impede ou te faz hesitar?)
3. Você conhece como funcionam os atendimentos nos equipamentos de saúde da sua região?
4. Sabe se há atendimentos ginecológicos nos equipamentos de saúde disponíveis na sua localidade?
5. Você já realizou consultas ginecológicas no SUS, como o exame preventivo (Papanicolau)?
(Se sim: Faz com regularidade? Poderia contar um pouco como foi ou costuma ser?)
(Se não: Há algum motivo que te fez não procurar esse tipo de exame?)
6. Durante essas consultas, você já passou por alguma situação em que se sentiu mal atendida, julgada ou constrangida? Poderia compartilhar?
7. Você se sente à vontade para falar sobre sua orientação sexual durante esses atendimentos? Por quê?

Bloco II - Postura das(os) profissionais de saúde

8. Quando sua orientação sexual é mencionada, como costumam reagir as(os) profissionais de saúde?
9. Já escutou perguntas que presumiam que você é heterossexual?
(Se sim, como se sentiu ou reagiu?)
10. Já teve a sensação de que uma consulta foi apressada, interrompida ou que deixaram de realizar algum procedimento por conta da sua orientação sexual?

11. Você já teve alguma experiência positiva, em que se sentiu acolhida e respeitada como mulher lésbica ou bissexual?

Bloco III - Percepções de cuidado

12. Você sentiu que as/os profissionais consideraram sua vivência como mulher lésbica ou bissexual?
13. Na sua opinião, os serviços públicos de saúde estão preparados para atender mulheres lésbicas e bissexuais?
14. Na sua visão, qual a importância de profissionais da saúde serem capacitados e conscientes sobre diversidade sexual e de gênero?

Bloco IV - Encerramento

15. Tem alguma sugestão para os serviços de saúde sobre como melhorar o atendimento a mulheres como você?
16. Você gostaria de acrescentar algo que não foi perguntado, mas que considera importante compartilhar?