

Saúde Reprodutiva e Sexual de Mulheres Cisgênero Lésbicas e Bissexuais na Atenção Primária à Saúde

Reproductive and Sexual Health of Cisgender Lesbian and Bisexual Women in Primary Health Care

Salud Reproductiva y Sexual de Mujeres Cisgênero Lesbianas y Bissexuales en la Atención Primaria de Salud

RESUMO

Objetivo: Descrever a percepção das mulheres lésbicas e bissexuais sobre atendimentos na saúde reprodutiva e sexual na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Estudo qualitativo descritivo, entre janeiro e fevereiro de 2021. Participaram do estudo 42 mulheres (14 lésbicas e 28 bissexuais). Para a coleta de dados utilizou-se um formulário com foco na percepção das entrevistadas sobre os atendimentos prestados, divulgado nas redes sociais. Para análise, utilizou-se o software IRAMUTEq e o dendograma de palavras, provido pela Classificação Hierárquica Descendente. **Resultado:** Na análise, emergiram cinco Classes: 1) experiência das mulheres nos atendimentos; 2) heterossexualidade compulsória; 3) preconceito do profissional de saúde quanto à diversidade; 4) atendimento prescritivo; 5) medo do preconceito. **Conclusão:** Os resultados apontam a necessidade de superar barreiras estruturais e atitudinais nos serviços de saúde, com ações voltadas à formação profissional e ao acolhimento inclusivo, garantindo o direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas e bissexuais.

DESCRIPTORES: Bissexualidade; Minorias Sexuais e de Gênero; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: To describe the perceptions of lesbian and bisexual women regarding reproductive and sexual health care within the primary health care system. **Method:** This was a qualitative, descriptive study conducted between January and February 2021. Forty-two women (14 lesbian and 28 bisexual) participated in this study. Data were collected using a form, which focused on the interviewed women's perceptions of the care they received. For data analysis, the IRAMUTEq software was used, and a word dendrogram was generated from the classification. **Results:** The analysis revealed five classes that were merged for the study: 1) The participants' perception of the primary care service they received; 2) Compulsory heterosexuality; 3) Prejudice experienced from primary care workers related to sexual diversity; 4) The prescriptive nature of customer service in primary care; 5) The fear of being judged while receiving care from a health care professional. **Conclusion:** The data analysis showed the necessity of overcoming structural barriers in primary care services. This requires more actions to build the capacity of health care professionals and create more inclusive reproductive and sexual health care for women who identify as lesbian and bisexual.

DESCRIPTORS: Bissexuality; Sexual and Gender Minorities; Reproductive Rights; Primary Health Care; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: Describir la percepción de las mujeres lesbianas y bissexuales sobre la atención en salud reproductiva y sexual en la Atención Primaria de Salud. **Método:** Estudio cualitativo descriptivo, realizado entre enero y febrero de 2021. Participaron 42 mujeres (14 lesbianas y 28 bissexuales). Para la recolección de datos se utilizó un formulario enfocado en la percepción de las entrevistadas sobre la atención recibida, divulgado en redes sociales. Para el análisis se empleó el software IRAMUTEq y el dendrograma de palabras, proporcionado por la Clasificación Jerárquica Descendente. **Resultado:** Del análisis emergieron cinco clases: 1) experiencia de las mujeres en la atención; 2) heterossexualidad compulsoria; 3) prejuicio del profesional de salud respecto a la diversidad; 4) atención prescritiva; 5) miedo al prejuicio. **Conclusión:** Los resultados señalan la necesidad de superar barreras estructurales y actitudinales en los servicios de salud, mediante acciones orientadas a la formación profesional y a la acogida inclusiva, garantizando el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas y bissexuales.

DESCRIPTORES: Bissexualidad; Minorías Sexuales y de Gênero; Derechos Sexuales y Reprodutivos; Atención Primaria de Salud; Salud de la Mujer.

RECEBIDO EM: 17/09/2025 APROVADO EM: 03/10/2025

Como citar este artigo: Oliveira JB, Leal SMC, Mai S, Cézar T, Micheletti VCD, Scherer JN.. Saúde Reprodutiva e Sexual de Mulheres Cisgênero Lésbicas e Bissexuais na Atenção Primária à Saúde. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(101):17360-17375. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i101p17360-17375



Júlia Bittencourt Oliveira

Enfermeira. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5574-3192>



Sandra Maria Cezar Leal

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1800-0140>



Scheila Mai

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1800-0140>



Tiago Cézar

Enfermeiro. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8711-9387>



Vania Celina Dezoti Micheletti

Enfermeira. Doutora em Ciências Pneumológicas. Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1254-7479>



Juliana Nichterwitz Scherer

Biomédica. Pós-doutora em Psiquiatria e Ciências do Comportamento (UFRGS).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9235-0416>

INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade no âmbito da saúde sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas e bissexuais (LB) são resultado de fatores individuais, sociais e pragmáticos. É evidente a invisibilidade dessas mulheres, uma vez que os profissionais têm como base em seus atendimentos a heterossexualidade compulsória, o que afasta a população dos serviços de saúde⁽¹⁻²⁾.

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), realizou estudo sobre a relação dos ginecologistas e as pacientes atendidas na APS. Os resultados apontaram que 76% das mulheres realizam consultas ginecológicas anualmente. Ao considerar somente as mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), esse percentual caiu para 47%, de acordo com o relatório Atenção Integral à Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais, do Ministério da Saúde⁽³⁾.

Estudos que investigam as experiências dos profissionais de saúde que prestam serviço a esta população revelam que os principais motivos para que os atendimentos não sejam adequados

são a presunção da heterossexualidade e o conhecimento ainda incipiente das demandas específicas dessa população, gerando a falta de acolhimento relatada⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁾. Além disso, apesar da existência da Política Nacional de Saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais (LGBT) a homofobia institucional ainda exclui a população dos serviços de saúde⁽⁷⁻⁸⁾.

Em um estudo misto realizado em 2024, analisaram-se estratégias preventivas, uso de barreiras e percepção de risco em relação às infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre 1.225 mulheres lésbicas e bissexuais. As participantes perceberam risco de IST em suas práticas, mas igualmente a falta de informações disponíveis e efetivas sobre prevenção, assim como a ausência de insumos específicos para o sexo lésbico, como por exemplo⁽⁹⁾.

Um estudo de abordagem qualitativa com objetivo de compreender os significados relacionados à saúde sexual e os contornos que definem a experiência de acesso aos serviços de saúde para mulheres lésbicas de Manaus, Amazonas, entrevistou 10 mulheres que se autodeclararam lésbicas. Os resultados revelaram

três principais tópicos: as representações sobre prevenção e práticas sexuais; a heteronormatividade e os efeitos dela; e a busca do próprio conhecimento como tática de cuidado. Além disso, os relatos foram de que os sentimentos de vergonha e insegurança, temendo julgamentos, são frequentes em abordagens com ginecologistas⁽⁵⁾.

O objetivo geral deste estudo foi descrever a percepção das usuárias lésbicas e bissexuais sobre o atendimento na saúde reprodutiva e sexual, realizado durante os atendimentos prestados na Atenção Primária à Saúde (APS).

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, em que foram participantes do estudo mulheres que se autodeclararam lésbicas ou bissexuais, sendo excluídas as menores de 18 anos. A coleta de dados foi realizada no ano de 2021, por meio da técnica da bola de neve⁽¹⁰⁾. Foi utilizado questionário online, disponibilizado nas redes sociais até atingir a saturação dos dados, sendo solicitado que cada nova participante divulgasse o link para sua rede pessoal. O questionário

nário online foi composto por dados sociodemográficos (orientação sexual, faixa etária e escolaridade) e perguntas abertas, tais como: “fale como você se sentiu em relação ao acolhimento do serviço de saúde sexual e reprodutiva da mulher”, “você foi questionada sobre sua orientação sexual durante o atendimento? Como foi feito o questionamento? Se não questionado, você informou em algum momento?”.

Participaram da pesquisa 42 mulheres que foram identificadas por códigos: B para mulheres bissexuais e L para mulheres lésbicas. Sendo assim: B1, B2, L1, L2 e assim por diante...

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, com auxílio do software de Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq) ⁽¹¹⁻¹²⁾. O Iramuteq utiliza diferentes tipos de análise, desde cálculo de frequência de palavras até análises multivariadas, como a classificação hierárquica descendente (CHD), método escolhido para este estudo.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) divide, em classes, o conjunto das respostas de cada participante. Ainda, pode-se recuperar os segmentos de texto associados a cada classe no corpus original, obtendo o contexto das palavras estatisticamente significativas e a entrevista em questão.

As respostas das participantes foram organizadas em um arquivo em formato UTF-8, no bloco de notas, constituindo um único corpus textual, n. No qual, cada questionário compõe uma Unidade de Contexto Inicial (UCI), que se subdivide em Unidades de Contexto Elementar, constituídas por três linhas dos textos do corpus. O software utiliza o teste qui-quadrado (χ^2), que revela a força associativa entre as palavras e a sua respectiva classe. Quanto maior o número do qui-quadrado, maior a força associativa.

Este estudo seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata sobre diretrizes e

normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos ⁽¹³⁾. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS e aprovado sob o parecer nº 4.340.700 e CAAE nº 38883720.2.0000.5344.

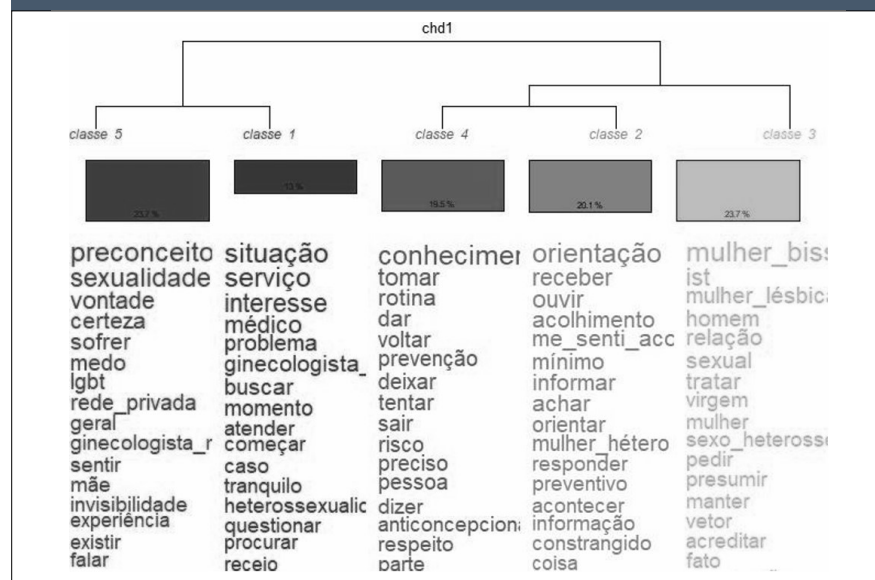
RESULTADOS

Constatou-se que dentre as 42 mulheres que responderam o questionário online, 67,4% (28) eram bissexuais e 32,6% (14) lésbicas. A faixa etária mais frequente foi de 19 a 24 anos, totalizando o percentual de 71,5% (30); seguida de 25 a 30 anos com 19% (8) e +35 anos com 9,5% (4). Em relação à escolaridade, 76,7% (33) têm ensino superior incompleto, 16,3% (6) com ensino superior completo, 4,7% (2) com ensino médio completo e 2,3% (1) com pós-graduação. A maioria das participantes informou que buscam os atendimentos na rede privada de saúde (53,3%), se-

guida por 27,9% que acessam a saúde na rede pública e 18,6% que acessam a saúde em ambos.

No Dendograma (Figura 1), o *corpus* foi subdividido em dois subcorpus: a) Classe 5 - Medo do preconceito e julgamento, com 40 UCIs (23,67%), e Classe 1 - Experiência das mulheres nos atendimentos, com 22 UCIs (13,02%), o que revela associação entre as classes. b) Classe 3 - Preconceito do profissional de saúde quanto à diversidade, com 22 UCIs, correspondendo a 23,7% do total. No mesmo subcorpus, ocorreu uma segunda subdivisão, originando a Classe 4 - Atendimento prescritivo, com 33 UCIs (19,53%), e a Classe 2 - Heterossexualidade compulsória, com 34 UCIs, (20,12%). Mostrando associação entre as classes de acordo com os relatos. Cada classe obteve uma lista de palavras geradas a partir do teste do qui-quadrado. A apresentação das classes é feita da esquerda para a direita, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Dendograma das Classes extraídas pelo Iramuteq. São Leopoldo, Brasil, 2021.



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A nomeação de cada Classe foi definida considerando as palavras mais frequentes, com maior χ^2 e o conteúdo das

Unidades de Contexto Inicial (UCIs).

Classe 5 – Medo do preconceito e do julgamento

A Classe 5 foi nomeada “Medo do preconceito e do julgamento”. As principais palavras da classe foram: preconceito ($x^2 = 36,03$), sexualidade (33,06), vontade (22,2), certeza (20,06), medo (16,62), sofrer (16,62), rede privada (13,21), LGBT (13,21) e invisibilidade (9,85).

Em relação ao medo do preconceito, as mulheres referem que mesmo buscando a rede privada esperando obter um melhor atendimento, isso não acontece. Ainda, relataram que não se sentem à vontade para falar sobre sua orientação sexual devido ao medo do julgamento e de sofrer preconceito. Outro tema que surgiu, é a invisibilidade.

[...] ocorre preconceito e parece que o profissional de saúde tem nojo de perguntar sobre a orientação sexual [...]. ou até mesmo negar atendimento médico por ser lésbica e não precisar ter atendimento [...]. (L16)

Minha experiência serviu para que eu não sentisse vontade de retornar [...]. Apagada, com certeza, e muito porque o discurso social tende a viabilizar o preconceito e tornar comum. (L43)

Ocorre muito a invisibilização. Nós não ganhamos recomendações médicas sobre doenças nem sobre como se proteger nem nada. (B38)

[...] não costumo ver os profissionais de saúde como as pessoas com quem mais me sinto confortável para falar sobre sexualidade. (B29)

Classe 1 – Experiência das mulheres nos atendimentos

A Classe 1 aborda a “Experiência das mulheres nos atendimentos”. Para análise foram consideradas as seguintes palavras: serviço (27,16), situação (27,16), interesse (20,42), médico (17,73), problema (13,9), ginecologista_homem (12,84), buscar (12,56), momento (10,14) e atender (9,36).

Nos relatos, as mulheres referiram sentimento de “despreparo” por parte dos profissionais de saúde que atendem mulheres em relacionamentos com outras mulheres.

[...] foi horrível, tenho pavor de ir ao médico. Sei que é errado, mas me sinto julgada a cada momento que estou na sala, e por isso não vou. (L16)

[...] me questionou sobre minha vida sexual e se negou a fazer o exame (ecografia transvaginal) mesmo que esse tenha sido solicitado pela médica que me acompanha. O mais humilhante foi a reação do médico, do que o cancelamento do exame em si. (L8)

Classe 3 – Preconceito do profissional de saúde quanto à diversidade

Na Classe 3: “Preconceito do profissional de saúde quanto à diversidade” consideraram-se para análise as seguintes palavras: mulher_bissexual (39,86), IST (25,45), mulher_lésbica (22,36), homem (19,88), relação_sexual (19,96), tratar (18,67), virgem (13,21), mulher (13,01) e sexo_heterossexual (11, 57).

Foi observado nos relatos fragilidades nos atendimentos dos profissionais de saúde em relação à diversidade, o que implica na omissão de informações por parte das mulheres que procuram atendimento.

[...] não teve uma vez que eu me senti bem em falar que sou mulher lésbica, pois sempre me trataram como se, por ser lésbica, não preciso fazer uma série de exames e, por não ter mantido sexo heterossexual, de certa forma sou virgem. (L22)

Observa-se relatos das mulheres pontuando que as consultas ginecológicas seguem o “padrão heterossexual”, abordando a virgindade e o rompimento do hímen, como se as mulheres lésbicas e bissexuais permanecessem virgens por não terem relações sexuais com homens, evidenciando um atendimento heteronormativo.

não relatei ser bissexual. Me sinto intimidada em relatar minha orientação sexual. Conheço uma enfermeira que não pede exames para mulheres lésbicas, pois acreditava que não havia penetração e riscos de IST. (B14)

[...] por que mesmo falando que sou uma mulher lésbica e que tenho relações com mulheres, às vezes continuam me tratando como mulher hétero ou então acabam o atendimento rapidamente, como se mulher lésbica não precisasse de atendimento médico no ginecologista. (L33)

Além disso, surgiu um relato que é reflexo da imposição da sociedade de que toda mulher deseja ser mãe.

[...] em um exame de mama, ela (ginecologista) viu que eu tinha um piercing no seio e disse ‘isso aqui vai ser horrível quando tu for amamentar’. Sendo que eu nunca disse para ela que gostaria de ter filhos. Ela apenas presumiu que no futuro teria filhos e que, ainda por cima, ficaria grávida. (B15)

O preconceito específico em relação às mulheres bissexuais, relacionando-as com a promiscuidade e com maior risco de contrair ISTs, além de terem se sentido julgadas assim após o profissional mudar sua conduta, muitas vezes solicitando exames que não solicitaria antes da conversa sobre a orientação sexual.

[...] hoje em dia, acredito que essas dúvidas ainda são grandes para mim. Acredito que ocorre principalmente um apagamento quando se fala de mulher bissexual, ou seja, ou você é lésbica ou você é hétero.” (B11)

Ela foi muito indelicada e começou a falar que tinha que pedir exames extras, pois, como sou uma mulher bissexual, poderia ter contraído doenças das relações com homens e mulheres. Eu já não mantinha sexo heterossexual há uns cinco anos e já tinha feito com outras médicas os exames que ela pediu. (B15)

As mulheres evidenciaram em seus relatos a necessidade de orientações sobre prevenção de ISTs nas relações que envolvem mulheres lésbicas.

[...] a médica tratou com indiferença e não fez nenhuma consideração especí-

fica sobre relações sexuais homossexuais e proteção contra IST. Muito tempo depois, fiquei sabendo que também era possível a transmissão e a necessidade dos cuidados. (B23)

Como eu comecei indo na ginecologista falando de relações heterossexuais, quando comentei que estava começando a ficar com mulheres, não foi explicado nada sobre as relações. Só senti vergonha. (B30)

Classe 2 – Heterossexualidade compulsória

A Classe 2 abordou a heterossexualidade compulsória, e considerou as seguintes palavras: orientação (35,15), ouvir (23,72), receber (23,72), acolhimento (16,67), mínimo (16,27), me_senti_acolhida (16), informar (15,54), achar (15,47) e orientar (11,57).

Nesta Classe, os relatos das participantes apontam que mesmo as mulheres bissexuais que haviam referido terem sido parcialmente contempladas com as orientações as consultas, ainda se sentiram prejudicadas pelo acolhimento realizado pelos profissionais de saúde, principalmente quanto a suas orientações sexuais.

[...] não fez diferença quando informei isso ao médico. O sistema de saúde trata todas as mulheres como se fossem hétero. (B25)

[...] isso aconteceu em todo o atendimento médico que fui. Nunca fui questionada, nunca informei. Foi assumido que eu era uma mulher hétero e, como na época eu tinha um namorado, nunca corrigi. (B5)

[...] é importante que os profissionais de saúde não presumam que toda mulher que entra no consultório é uma mulher hétero. (B15)

O termo “heterossexualidade compulsória” é utilizado quando se presume que todas as pessoas são e devem ser heterossexuais, o que invisibiliza a população em estudo. Os relatos emergem situações que envolvem o constrangimento, a indiferença, o despreparo e

o desinteresse dos profissionais para o atendimento de mulheres lésbicas ou bissexuais. Dentre os relatos que expressam constrangimento, destacam-se:

[...] constrangimento. Ainda não tive sorte de achar algum profissional legal. Já ouvi que, como não há penetração e nem chance de gravidez, não precisava me preocupar, e acabei o atendimento médico um pouco perdida. (L12)

[...] me sinto desamparada na verdade, pois não tem orientações dadas pelos profissionais de saúde para a mulher lésbica. Nunca ouvi dar alguma orientação, do meu ponto de vista e vivência. (L33)

[...] acho que falta informação para o profissional de saúde e é necessário quebrar paradigmas sobre as crenças destes profissionais de saúde que, às vezes, acreditam que são donos da verdade e agem com falta de profissionalismo. (B18)

Classe 4 – Atendimento prescritivo

A Classe 4 refere-se ao “Atendimento prescritivo”, destacando as seguintes palavras: conhecimento (29,05), tomar (16,88), rotina (16,12), dar (14,57), deixar (13,44), prevenção (13,44), voltar (13,44), sair (12,59) e tentar (12,59).

Emergiram na classe as expectativas das participantes sobre os atendimentos e a realidade de como ocorre. O fato de os atendimentos serem prescritivos, seguindo um “roteiro” com perguntas como: “Você tem namorado?”; “Usa camisinha?”; “Qual método contraceptivo usa?”. Esse tipo de atendimento afasta a população que já se sente invisível. Observa-se a sensação de exclusão nos relatos.

[...] primeira vez eu tinha 15 anos. O ginecologista me atendeu e lembro que a primeira pergunta que ele me fez foi se eu já transava e se usava camisinha. (L33)

Normalmente a pessoa já leva em consideração uma relação heterossexual, preciso interromper a conversa e falar que me relaciono com uma mulher

[...]. (B30)

Foi apenas dito para usar camisinha e tomar anticoncepcional. [...]. (B2)

A prescrição indiscriminada do anticoncepcional oral desconsidera a autonomia e o interesse das mulheres acerca do uso dele. O que é revelado nos relatos das mulheres:

Fui mal diagnosticada com ovário policístico no meu primeiro atendimento médico, assim começando a tomar anticoncepcional aos 14 anos. (B5)

Geralmente não me levam a sério e dizem para eu tomar anticoncepcional, mesmo falando que namoro uma mulher. Enfim, são essas sutilezas que nos deixam envergonhadas [...]. (B30)

Para algumas participantes os atendimentos fizeram com que elas se afastassem do serviço de saúde.

Eu saí de lá arrasada e furiosa. Não fiz nenhum dos exames que ela me solicitou e nunca mais voltei lá. Ao mesmo tempo, foi um episódio que me afastou por cerca de 2 ou 3 anos de consultar com ginecologista novamente. (B40)

Não me lembro muito como foi da última vez, pois foi há 10 anos. Compreendo que faz muito tempo e que deveria buscar conhecimento a respeito da minha saúde sexual, mas sempre tive relações sexuais apenas com pessoas que me envolvi romanticamente. (L43)

DISCUSSÃO

Neste estudo, apresentam-se relatos de que a falta de preparo, ao preconceito e mudanças de conduta quando somadas ao desinteresse por parte do profissional de saúde, faz com que as mulheres LB omitam sua orientação sexual durante as consultas por medo do preconceito e julgamento por parte do profissional de saúde, em concordância com artigos publicados^(5, 2, 14, 15).

As mulheres que contribuíram com

o estudo relataram que sentiram que “os profissionais têm nojo de questionar as orientações sexuais e orientar especificidades da população”^(L16). Fatores morais e religiosos alimentam o preconceito e a discriminação, o que podem influenciar nos atendimentos por pressões de grupos que rejeitam a diversidade sexual. As demandas e as especificidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais ainda são pouco valorizadas nas práticas de cuidados, mantendo protocolos heteronormativos, desvalorizando, assim, suas trajetórias e práticas sexuais, reforçando a perspectiva de que os que não seguem a cis-heteronormatividade são vistos como incorretos e inaceitáveis a partir de valores morais e religiosos, o que afasta os usuários dos serviços de saúde⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Um estudo publicado há 24 anos, abordou que nas consultas ginecológicas prestadas a mulheres lésbicas, 59,5% das informantes revelaram sua orientação sexual ao médico, 88,6% por iniciativa própria e 5,1% após questionamento pelo profissional, resultados vão ao encontro do que as mulheres referiram sobre o tema em 2021, quando responderam às perguntas do presente estudo. Assim, a omissão da informação sobre as suas sexualidades pode estar relacionada com o medo de como será conduzido o atendimento⁽¹⁸⁾.

A invisibilização através da heteronormatividade e atendimentos prescritivos, principalmente pela prescrição indiscriminada de ACO é um dos pontos que faz com que as mulheres não se sintam à vontade para falar sobre sua sexualidade com profissionais de saúde^(2, 18, 19).

Os relatos revelam que o preconceito expresso pelos profissionais de saúde vai contra os princípios da Política Nacional de Saúde LGBT, reforçando o paradigma da invisibilidade de exclusão social das pessoas do grupo LGBT, em especial, quando envolve mulheres^(7, 20).

Em situações em que o acolhimento desconsidera a singularidade da usuária, também não atende à equidade, que é

um dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. A incapacidade dos profissionais de saúde, de acolher, escutar e resolver as demandas específicas da população resulta no afastamento dos serviços de saúde. Isto ainda demonstra a importância do vínculo a ser estabelecido nos atendimentos para a manifestação espontânea das orientações sexuais^(7, 8, 17).

Nos relatos das mulheres relacionados ao acolhimento e ao despreparo dos profissionais de saúde para abordar as especificidades que envolvem as mulheres lésbicas e bissexuais, observa-se que as mulheres relataram que não se sentiam acolhidas, justamente pelos profissionais de saúde não considerarem suas particularidades, como se o atendimento fosse pautado num roteiro heteronormativo, indo de encontro a outros estudos realizados com a população^(5, 2, 1).

Silva, et al. (2023) observou em estudo realizado em Belford Roxo/RJ com profissionais de saúde sobre os atendimentos com mulheres LB, que os profissionais entrevistados têm consciência de que o seu despreparo somado às experiências vivenciadas nos atendimentos contribuem para o afastamento dos serviços de saúde. Ainda, os principais desafios conforme bibliografias, são concepções errôneas sobre práticas afetivas e sexuais, falta de qualificação profissional, patologização da homossexualidade e bissexualidade, além de discriminação lesbo-bifóbica nos serviços de saúde^(17, 22).

Ainda pode-se identificar tanto nos relatos deste estudo, quanto em estudos realizados anteriormente, barreiras simbólicas ao acesso, resultantes da intolerância aos comportamentos sexuais que se desviam do padrão heteronormativo, desencadeiam processos de sofrimento, insatisfação, falta de regularidade nas consultas, baixa adesão ao tratamento, adoecimento e mortalidade precoce dentro desse grupo^(8, 20, 21).

Importante pontuar que são resultantes da intolerância aos comportamentos

sexuais homoafetivos, os processos de sofrimento, insatisfação, falta de regularidade nas consultas, baixa adesão ao tratamento, adoecimento e mortalidade precoce dentro desse grupo⁽⁸⁾.

As participantes do estudo relatam a falta de orientações específicas à promoção da saúde sexual de mulheres homoafetivas. Pois, como já relatado, as mulheres não dizem sua orientação sexual, que não é investigada pelo profissional que as atende, seguindo a abordagem heteronormativa, deixando de solicitar exames preventivos, além de fazer com que as mulheres fiquem mais vulneráveis e mais expostas à ISTs, conforme os relatos deste estudo e outros, ressaltando a importância de desenvolver estudos e políticas públicas^(5, 23, 24).

Abordados pelas mulheres bissexuais contribuintes ao estudo, a bifobia foi um dos assuntos observados nos relatos, marcados por discursos com referência à maior vulnerabilidade e exposição à ISTs por terem relações sexuais com homens e mulheres. A bissexualidade é marcada pela luta e resistência no Brasil e no mundo. A atuação de militantes bissexuais, destacando-se a contribuição de mulheres bissexuais feministas, foi essencial nos avanços para o reconhecimento da bissexualidade em marcos legais e normativos existentes a nível nacional e internacional⁽¹⁹⁾.

Além disso, pode ser observada pontos que representam a influência do machismo, como a imposição de que toda mulher será mãe. A maternidade compulsória surgiu durante o processo de naturalização da maternidade como uma vivência inerente a todas as mulheres que reduz o ser feminino à maternidade, centralizando esse evento como o mais importante ou como destino obrigatório da sua vivência^(2, 24, 25).

CONCLUSÃO

Na percepção das mulheres lésbicas e bissexuais participantes deste estudo, os atendimentos prestados na saúde sexual e reprodutiva são prescritivos, permea-

dos de preconceito e guiados pela heteronormatividade. A maioria das mulheres informaram buscar atendimento conveniente, no entanto, a percepção sobre a qualidade do cuidado não apresentou diferenças significativas entre os contextos do SUS e dos serviços privados.

Como lacunas identificadas, ressaltase a ausência de protocolos específicos para o atendimento de mulheres lésbicas e bissexuais, bem como a ausência de estratégias de educação em saúde voltadas a essa população. A pesquisa também apontou que, mesmo nos serviços

convenientes, a qualidade do cuidado não se diferencia, sugerindo uma deficiência estrutural mais ampla no preparo das equipes.

O estudo evidencia a necessidade urgente de superar barreiras estruturais e atitudinais nos serviços de saúde, com ações voltadas à formação profissional e ao acolhimento inclusivo, garantindo o direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas e bissexuais. Ademais, destaca-se o papel dos gestores na criação de ambientes institucionais seguros, que incentivem as usuárias a expressarem suas demandas sem receio de discriminação.

Portanto, sugere-se futuras pesquisas que explorem não apenas as experiências das mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde, mas também os processos de formação e qualificação dos profissionais que atuam na atenção primária. Ademais, é perceptível a necessidade de investigação e investimento no processo de formação e qualificação da educação dos profissionais da atenção primária. Deste modo, conseguindo cumprir com os princípios legais do Sistema Único de Saúde: universalidade, equidade e integralidade.

REFERÊNCIAS

1. Parenti ABH, Ignácio MADO, Buesso TS, Almeida MASD, Parada CMGDL, Duarte MTC. Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(1):303–303.
2. Rocon PC, Wandekoken KD, Reis DDS. Acesso de mulheres bissexuais e lésbicas em serviços públicos de saúde. *Rev katálysis*. 2024;27:e95176.
3. FEBRASGO. Mulheres que fazem sexo com mulheres realizam menos consultas ginecológicas, alerta Febrasgo [Internet]. 2022. Available from: https://www.febrasgo.org/pt/noticias/item/1472-dia-internacional-do-orgulho-lgbt?utm_source=chatgpt.com
4. Silva SCCD, Silva AND, Tenenblat MJT, Pereira EA. A saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: experiências das profissionais de saúde no município de Belford Roxo/RJ. *Saúde debate*. 2023;47(spe1):e9040.
5. Azevedo GRBD, Therense M, Tamborini SASR, Almeida GPDL, Neves ALMD. Saúde sexual e acesso aos serviços para mulheres lésbicas em Manaus, Amazonas, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(5):e03512023.
6. Luna LNTD, Andrade CAAD, Santos RDDS, Lira TBB, Pires AM, Farias WSD. Análise da percepção de lésbicas e mulheres bissexuais sobre a assistência à saúde ao HIV. *Revista JRG*. 2025;8(18):e181765.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
8. Reis AA, Carvalho HRD. A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a população LGBTI+: uma revisão integrativa. *Saúde debate*. 2023;47(spe1):e9135.
9. Silveira ACTD, Schnor AC, Rocha KB. Percepções de Mulheres Lésbicas e Bissexuais sobre Risco e Estratégias Preventivas às Infecções Sexualmente Transmissíveis. *revispsi*. 2022;22(4):1687–708.
10. Campos CJG, Saidel MGB. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. *Rev Pesq Qual [Internet]*. 2022;10(25):404–24. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/545>
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2020.

12. Nascimento Martins K, Corrêa De Paula M, Pinca Sarro Gomes L, Evangelista Dos Santos J. O software IRaMuTeQ como recurso para a análise textual discursiva. *Rev Pesq Qual* [Internet]. 2022;10(24):213–32. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/383>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
14. Gonçalves E de FM, Oliveira EA de, Cardoso GCP, Silva LTB da. Saúde de LGBTQIA+ na atenção básica de saúde: uma revisão de escopo. *Saúde debate* [Internet]. 2024;2;47:e9111. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MWrKPVtTpZ-66v9tZhNNTjSm/?lang=pt>
15. Oliveira BAS de, Suto CSS, Porcino C, Cortes HM, Souza S de L. O (des)cuidado em saúde às pessoas LGBTQIAP+ dispensado por profissionais em unidades básicas de saúde. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2024;32(1):e79505. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/79505>
16. Silva AADC, Silva Filho EBD, Lobo TB, Sousa ARD, Almeida MVG, Almeida LCGD, et al. Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. *REVISA*. 2021; 291–303.
17. Silva SC, Silva AN, Tenenblat MJT, Pereira EA. A saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: experiências das profissionais de saúde no município de Belford Roxo/RJ. *Saúde debate* [Internet]. 2023;47(spe1):e9040. Available from: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2023.v47nspe1/e9040/pt/>
18. Coelho LM. A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais [Internet]. *Rev Tesseract Online*. 2001;4(3).
19. Pereira MED, Silva GPD, Torres MDS, Ferreira BDO. Análise da produção científica sobre a saúde de mulheres bissexuais. *Physis*. 2025;35(1):e350105.
20. Maio ER, Villela HPG, Netto JVG, et al. A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a população LGBTI+: uma revisão integrativa. In: *Diversidade sexual e identidade de gênero: direitos e disputas*. Curitiba: Editora CRV; 2022.
21. Guimarães NP, Sotero RL, Cola JP, Antonio S, Galavote HS. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde* [Internet]. 2020;14(2). Available from: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1712>
22. Reis D da S, Rocon PC, Wandekoken KD. DESAFIOS NO CUIDADO EM SAÚDE VIVIDOS POR MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde* [Internet]. 2024;20:e2020–e2020. Available from: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/69298>
23. Oliveira EKD, Andrade CAAD, Farias WSD, Lira TBB, Pires AM, Silva PHD, et al. Vulnerabilidade individual de lésbicas e mulheres bissexuais ao HIV. *CLCS*. 2024;17(13):e14177.
24. Araruna VHC, Leite GMS, Souza CAS, Batista MIO, Alves HLC, Albuquerque GA. Vulnerabilidade de mulheres lésbicas às infecções sexualmente transmissíveis. *TEMPUS* [Internet]. 2025;15(3). Available from: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2774>
25. Santos GC, Galvão PDL, Sousa LCBD. Quem disse que ser mulher é ser mãe? Feminilidade(s) e maternidade(s). *Saude soc*. 2024;33(1):e220388pt.