

Saúde Sexual e Reprodutiva: Iniquidades de Gênero no Atendimento a Minorias Sexuais

Sexual and Reproductive Health: Gender Inequities in Care for Sexual Minorities

Salud Sexual y Reproductiva: Desigualdades de Género en la Atención a las Minorías Sexuales

RESUMO

Objetivo: Desvelar como mulheres lésbicas e bissexuais compreendem as práticas de saúde sexual e reprodutiva em serviços de atenção primária no Brasil. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo, com mulheres cisgêneras brasileiras. A coleta de dados sociodemográficos e de saúde ocorreu por entrevistas digitais analisadas por análise temática dedutiva com NVIVO 14. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Humanas/UFF parecer n° 6.510.570. **Resultados:** Participaram 61 mulheres, majoritariamente jovens, brancas, solteiras, bissexuais, com ensino superior, religião de matriz africana e residentes no Rio de Janeiro. Emergiram duas categorias temáticas: cuidado centrado no modelo heteronormativo e violências de gênero e suas repercussões sociais. **Conclusão:** Evidenciou-se um cenário preocupante no atendimento à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, marcado por negligência e preconceito, que comprometem a integralidade do cuidado.

DESCRIPTORES: Estudos Populacionais em Saúde Pública; Saúde da Mulher; Minorias Sexuais e de Gênero; Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

Objective: To unveil how lesbian and bisexual women understand sexual and reproductive health practices in Primary Health Care services in Brazil. **Method:** A qualitative, descriptive field study conducted with Brazilian cisgender women aged 18 years or older. Sociodemographic and health data were collected through digital interviews and analyzed using deductive thematic analysis with NVivo 14. The study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) Humanas/UFF, opinion no. 6,510,570.

Results: Sixty-one women participated, mostly young, white, single, bisexual, with higher education, affiliated with Afro-Brazilian religions, and residing in Rio de Janeiro. Two thematic categories emerged: care centered on the heteronormative model and gender-based violence and its social repercussions.

Conclusion: A concerning scenario was identified regarding the provision of sexual and reproductive health care for these women, marked by negligence and prejudice, which compromise the comprehensiveness of care.

DESCRIPTORS: Population Studies in Public Health; Women's Health; Sexual and Gender Minorities; Sexual and Reproductive Health.

RESUMEN

Objetivo: Revelar cómo las mujeres lesbianas y bissexuales comprenden las prácticas de salud sexual y reproductiva en los servicios de atención primaria de salud en Brasil. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo y de campo realizado con mujeres cisgénero brasileñas mayores de 18 años. Los datos sociodemográficos y de salud se recopilieron mediante entrevistas digitales y se analizaron mediante análisis temático deductivo con NVivo 14. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEP) Humanas/UFF, dictamen n.º 6.510.570. **Resultados:** Participaron sesenta y una mujeres, en su mayoría jóvenes, blancas, solteras, bissexuales, con educación superior, de religiones de matriz africana y residentes en Río de Janeiro. Surgieron dos categorías temáticas: atención centrada en el modelo heteronormativo y violencias de género y sus repercusiones sociales. **Conclusión:** Se evidenció un escenario preocupante en la atención de la salud sexual y reproductiva de estas mujeres, marcado por negligencia y prejuicio, que comprometen la integralidad de la atención.

DESCRIPTORES: Estudios Poblacionales en Salud Pública; Salud de la Mujer; Minorías Sexuales y de Género; Salud Sexual y Reprodutiva

RECEBIDO EM: 23/03/2026 APROVADO EM: 27/04/2026

Como citar este artigo: Silva AVM, Quitete JB, Moniz MA, Tito RJ, Ferreira ACS, Caliocane J, Pontes BF, Silva BMS. Saúde Sexual e Reprodutiva: Iniquidades de Gênero no Atendimento a Minorias Sexuais. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];17(108):20162-20179. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v17i108p20162-20179

ID Aleksandra Victoria Monsores da Silva
Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4692-7543>

ID Jane Baptista Quitete
Enfermeira Obstétrica. Doutora em enfermagem pela UERJ. Profª Associada no Curso de Enfermagem/UFF/Campus Rio das Ostras. Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, RJ, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0330-458X>

ID Marcela de Abreu Moniz
Enfermeira. Doutora em Ciências, Saúde Pública e Meio Ambiente pela FIOCRUZ. Profª Adjunta no Curso de Enfermagem/UFF/Campus Rio das Ostras. Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, RJ, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8481-7258>

ID Rafaela Jeronimo Tito
Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3133-4054>

ID Aline Cristine dos Santos Ferreira
Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4432-7711>

ID Julia Caliocane
Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2978-133X>

ID Brenda Freitas Pontes
Enfermeira pela Universidade Federal Fluminense. Mestranda em Enfermagem EEAN - UFRJ. Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9246-4395>

ID Belisa Maria Santos da Silva
Enfermeira pela Universidade Federal Fluminense. Mestranda em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0473-9075>

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher representa um avanço significativo para a saúde feminina, contudo, ainda há lacunas no cuidado direcionado às mulheres que se relacionam com outras mulheres. Diante disso a política pública de 2004 reforça ser necessário dispor de profissionais capacitados para atender esta clientela, buscando a integralidade do cuidado como um de seus objetivos⁽¹⁾.

Nove anos se passaram e em 2013 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais apontou que cerca de 40% das mulheres lésbicas não revelaram sua orientação sexual durante os aten-

dimentos de saúde. Contudo a política também aponta desigualdades ao que tange o rastreamento de câncer de colo de útero por meio do exame citopatológico (papanicolaou), onde mulheres lésbicas (66,7%) realizam menos este procedimento quando comparadas com mulheres heterossexuais (89,7%). Novamente, foi reforçado como um objetivo a eliminação do preconceito institucional, bem como a diminuição das desigualdades por meio da consolidação dos SUS⁽²⁾.

Os dados liberados pelo Governo Federal, em 2019, por meio da Pesquisa Nacional de Saúde apontam que havia 159,2 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade no país, 1,7% das mulheres declaram-se lésbicas (0,9%) ou bissexuais (0,8%), isto é, equivale ao

2.706.400 milhões pessoas. A mesma pesquisa declara que há limitações no estudo, sendo um deles o estigma social existente a respeito das pessoas que não se encaixam no padrão heteronormativo, tal fato nos desperta a dificuldade de acessar esta população e por consequência entender suas necessidades e individualidades⁽³⁾.

Estudos apontam que, este grupo de mulheres enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sendo observado os múltiplos fatores que corroboram para esta realidade, não a intersecção entre raça, sexualidade e classe quando discutimos acerca da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013), ou seja, há poucas produções referentes que abordem de forma interligando determinantes sociais, com isso a saúde des-

ta população continua exposta a riscos imensuráveis, fortalecidos pela invisibilidade e preconceito⁽³⁾.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis, de 2022⁽⁴⁾ detalha os princípios para condução de uma consulta visando uma abordagem profissional respeitosa e eficaz para a população, com uso de uma linguagem inclusiva, acolhimento livre de preconceitos e garantia da confidencialidade, promovendo um ambiente seguro para a escuta e o cuidado integral. Desta forma, não se deve presumir o gênero ou a orientação sexual do paciente, sendo essencial que essas informações sejam verbalizadas pelo próprio indivíduo. O documento, ao tratar de ‘perguntas específicas’, orienta que a abordagem da saúde sexual inclua, independentemente da sexualidade informada pela paciente ou cliente, aspectos como identificação, parcerias, práticas sexuais, histórico de IST, medidas de proteção e planejamento familiar.

Considerando estes pressupostos técnicos e científicos, definiu-se como objetivo deste estudo desvelar como mulheres lésbicas e bissexuais compreendem as práticas de saúde sexual e reprodutiva em serviços de atenção primária em saúde no Brasil.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, descritiva realizado em ambiente virtual por meio de plataformas digitais com participantes declaradas como mulheres lésbicas e bissexuais, cisgêneras, brasileiras, residentes no território nacional que possuíam acima de 18 anos de idade. Os critérios de exclusão dos participantes do estudo foram: homens heterossexuais, mulheres heterossexuais, mulheres menores de 18 anos de idade e mulheres lésbicas/bissexuais analfabetas e/ou com limitações para responder o formulário *online*.

A primeira etapa contemplou a co-

leta de dados no período de janeiro à novembro de 2024 realizada por meio de um formulário *online*, utilizando o aplicativo de gerenciamento de pesquisa *Google Forms*, autopreenchido pelas participantes desse estudo. Os convites foram enviados aos perfis de usuárias com mídia social do *Instagram* de instituições que abordem temáticas de gênero e sexualidade. Foi utilizada a técnica *snowball*** para recrutamento de novos participantes, onde os primeiros participantes indicam novos, tendo em vista o objetivo de alcançar um quantitativo maior de mulheres e maior abrangência regional, como forma também de atingir a maior pluralidade de respostas, visando atingir resultados que apresentem um panorama nacional sobre a saúde sexual e reprodutiva do grupo estudado.

Este formulário on-line continha variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde sexual e reprodutiva: idade, sexualidade, identidade de gênero, raça, cidade de moradia, escolaridade, estado civil, quantitativo de parcerias sexuais nos últimos 6 meses, número de gestações, partos e abortos, religião, periodicidade dos atendimentos ginecológicos, periodicidade de testagem para IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, realização de exames para rastreamento câncer de mama e colo do útero (exame clínico das mamas, mamografia e papanicolaou), métodos de prevenção às IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, uso de drogas lícitas e ilícitas, tipos de violências. Ao final, as participantes indicaram seu interesse em participar da segunda etapa da pesquisa.

A amostra intencional alcançou 61 participantes nessa primeira etapa e desta, 04 mulheres aceitaram e participaram da segunda etapa de coleta de dados individual com a realização ainda em 2024 de entrevistas semiestruturadas *online*, mediadas pelo aplicativo *Google Meet*, conforme agendamento prévio destes encontros. Desta entrevista on-line, todas concordaram com a gravação do áudio, que posteriormente

foi transcrita e analisada pelas pesquisadoras preservando o anonimato de cada participante. A entrevista teve média de duração de 30 minutos e foi conduzida conforme um roteiro pré-definido que apresentou as seguintes dimensões: os motivos que levam a não adesão de métodos para a prevenção de IST/Aids e Hepatites Virais, a receptividade durante os atendimentos, os tipos de demandas de saúde que fizeram buscar atendimento e a abordagem da equipe de saúde.

Os dados foram submetidos à análise temática dedutiva de conteúdo com uso da ferramenta NVIVO 14, que contribui para a produção científica de qualidade⁽⁵⁾. O software NVIVO 14 possibilitou a elaboração da nuvem de palavras e organização dos registros de diversas fontes de dados com base em padrões ou códigos pré-existent e facilitou as interpretações e conclusões relevantes⁽⁶⁾. A análise temática de conteúdo foi realizada por meio da pré-análise do material, exploração de códigos e significados das falas, agrupamento em unidades de registro para codificação dos dados, e construção das categorias temáticas⁽⁷⁾. Deste modo, os temas identificados foram: rastreamento IST, rastreamento do câncer do colo do útero e das mamas, preconceito, apreensão em revelar sua sexualidade, aconselhamento em saúde reprodutiva, adesão ao acompanhamento ginecológico, acolhimento, demandas específicas e singulares, formação dos profissionais de saúde. Estas unidades foram agrupadas e constituíram duas categorias temáticas, intituladas: cuidado centrado no modelo heteronormativo e violências de gênero e suas repercussões sociais.

Este estudo seguiu rigorosamente a Resolução CNS nº 510 de 2016 garantindo a conformidade do consentimento livre e esclarecido e proteção dos participantes, sobretudo, em ambiente virtual e a resolução CNS nº 466 de 2012, item III.2.i, prevendo procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da

imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou do grupo, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico/financeiros. Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP da área de Humanas da Universidade Federal Fluminense, sob parecer n°: 6.510.570.

RESULTADOS

Da amostra inicial de 60 (100,0%) participantes de estudo, constatou-se que a faixa etária predominante estava situada entre 20 a 29 anos 53 (87,3%), a maioria das participantes são residentes do estado do Rio de Janeiro 37 (60,0%), seguida por São Paulo 12 (20,0%), a prevalência concentrada na região sudeste destaca a importância de considerar disparidades regionais na implementação de políticas públicas. As dificuldades em acessar mulheres de outras regiões foram enfrentadas mediante um esforço intensificado de divulgação nas redes sociais e na ampliação da rede de apoio, incluindo centros acadêmicos, grupos de mulheres lésbicas e bissexuais, coletivos feministas, entre outros.

Outrossim, há uma distribuição quase equitativa entre mulheres bissexuais 32 (52,7%) e lésbicas 29 (47,3%), evidenciando a diversidade dentro da população estudada. A escolaridade predominante é de ensino superior completo 31 (50,9%), indicando um público com maior nível de educação formal. A maioria das participantes está solteira 51 (83,6%), o que pode influenciar suas necessidades e prioridades em relação à saúde reprodutiva. Em relação à raça, a maioria se identifica como branca 37 (61,1%), ressaltando a necessidade de abordagens culturalmente sensíveis. No aspecto religioso, a maioria se declara praticante de religiões de matriz africana 30 (49,6%), o que sugere a importância de considerar diferentes perspectivas religiosas no atendimento de saúde.

Os resultados sobre as condições de saúde e vulnerabilidades das participantes desse estudo apontam para alta prevalência do uso de substâncias lícitas e ilícitas, incluindo álcool 59 (96,4%) e maconha 50 (81,8%); já passaram por violência psicológica 50 (81,5%) e sexual 25 (40,7%); não fazem uso de nenhum método de proteção para IST/HIV/Aids e Hepatites Virais 58 (94,4%); declararam já terem contraído alguma IST ao longo da vida, tais como HPV 41 (66,7%) e Gonorreia 15 (25%); nunca gestaram 57 (92,7%); não receberam nenhuma orientação sobre saúde reprodutiva (se tem vontade de ter filhos, se são apresentados mecanismos que viabilizem uma gestação dentro de uma relação homoafetiva tal qual inseminação artificial, por exemplo) 47 (76,4%); e, consideram que, de alguma forma, já passaram por alguma situação preconceituosa em relação a sua sexualidade durante seus atendimentos ginecológicos 32 (52,7%).

Cuidado centrado no modelo heteronormativo

Os resultados evidenciaram que o cuidado ginecológico oferecido a mulheres lésbicas e bissexuais está ainda centrado em um modelo heteronormativo que desconsidera as especificidades e necessidades dessa população. Houve uma expressiva ausência de orientação sobre planejamento reprodutivo (76,4%) e sobre a utilização de métodos para proteção contra IST's (94,4%); uma grande parcela dessas mulheres (52,7%) ainda referiu ter passado por preconceitos expressos por palavras ou comportamentos profissionais em relação a sua opção sexual durante o atendimento.

A lógica do cuidado centrado no modelo heteronormativo pode ser ilustrada pelos discursos das participantes, abaixo:

Não, não foi questionada em nenhum momento, nenhuma das médicas que eu passei me perguntaram diretamente [sobre minha sexualidade]; o que

eu acho que deveria ser uma das primeiras coisas numa consulta ginecológica. (Participante 2)

E aí quando eu contei que me relacionava com mulheres teve uma surpresa assim da parte dela principalmente por eu ser uma mulher feminina né, uma mulher dentro de um estereótipo né. (Participante 4)

Além disso, para Lima e Tavares (2022), o cuidado centrado no modelo heteronormativo, atravessa a saúde sexual das mulheres lésbicas e bissexuais, visto que, a possibilidade de transmissão de IST's entre vulvas ocorre principalmente pelo compartilhamento de secreções vaginais, uso de brinquedos sexuais sem proteção ou pelo contato direto entre mucosas⁽¹⁰⁾.

A falta de conhecimento sobre métodos específicos também surge como uma barreira significativa. Os relatos ressaltam a importância da educação e informação sobre métodos de prevenção, destacando a necessidade de campanhas de conscientização direcionadas a esse público. Os resultados revelam uma lacuna significativa na prevenção de ISTs, o que pode ser atribuído tanto à falta de conhecimento quanto à inadequação dos métodos disponíveis. A invisibilidade dessas mulheres no sistema de saúde leva à presunção de que elas não estão em risco, resultando em uma negligência sistemática em orientá-las sobre práticas preventivas.

Não, nunca foi oferecido. O único que eu já fiz, inclusive sei que isso não é correto, é que eu doe sangue numa época que ainda não era legalizado pessoas LGBT doarem sangue, mas eu doe; e aí eu usei esses exames, eles me deram exames do meu sangue, mas nunca foi solicitado por um médico. (Participante 2)

Só que em nenhuma das que eu passei, inclusive quando eu me relacionava também com homens, em momento nenhum me ofereceram fazer um uma testagem para alguma IST, nunca, em momento algum. (Participante 3)

Ao que tange o rastreamento de cân-

cer de colo uterino, as respostas apresentaram descuido e desinformação e preconceito. Os relatos das participantes sobre seus atendimentos ginecológicos revelam uma experiência marcada pela negligência, preconceito e falta de acolhimento por parte dos profissionais de saúde. Um dos depoimentos revelam que, o profissional ao saber que a paciente tinha relações sexuais com uma mulher, desconsiderou completamente suas necessidades e preocupações, afirmando que não poderia ajudá-la e sugerindo que só retornasse quando tivesse relações com homens. Essa postura reflete a heteronormatividade enraizada no sistema de saúde, que marginaliza mulheres lésbicas e bissexuais, negando-lhes acesso a cuidados essenciais e apropriados. O episódio também evidencia a importância de capacitar profissionais de saúde para garantir um atendimento humanizado, inclusivo e respeitoso, que contemple a diversidade sexual e de gênero.

Agora com relação a sexualidade, assim eu já tive casos de preconceito vindo de médica ginecologista, algumas de dizer que eu não preciso fazer preventivo porque eu sou lésbica. (Participante 1)

Uma das médicas que eu fui eu questionei isso, eu falei 'eu entendo, mas o preventivo não seria pra eu também poder analisar se tem algum risco?' E aí ela me falou que não, é só se eu tivesse relação com homem, que não faria sentido e não teria a possibilidade de câncer de colo de útero porque não tenho relação com homem. (Participante 2)

Adicionalmente, é crucial destacar que a pesquisa também evidenciou a influência significativa do preconceito em relação à sexualidade das mulheres lésbicas e bissexuais na qualidade do atendimento ginecológico. Os relatos obtidos apontam para situações em que o despreparo profissional diante das especificidades dessas mulheres se traduz em experiências negativas durante as consultas. A falta de sensibilidade e compreensão por parte dos profissionais pode resultar em um ambiente

hostil, onde as pacientes se sentem desconfortáveis sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Durante as entrevistas as participantes colocaram se sentem que suas demandas não são supridas durante os atendimentos.

O relacionamento com mulheres traz demandas diferente, né então de anunciar essa condição e que precisaria de olhar mais atento e não olhar na percepção heterossexual, então os métodos anticoncepcionais não seriam prioridades, seria a qualidade da minha saúde, possíveis implicações disso, se tem algum tipo de infecção que é mais recorrente em mulheres lésbicas ou mulheres héteros, se isso implicaria alguma diferença médica que eu não saberia dizer mas que talvez ela soubesse né. (Participante 4)

As mulheres lésbicas e bissexuais frequentemente enfrentam um apagamento significativo de suas necessidades reprodutivas durante os atendimentos ginecológicos. Esse tipo de abordagem reflete a presunção heteronormativa que permeia o sistema de saúde, onde a reprodução é frequentemente vista apenas no contexto de relacionamentos heterossexuais. Tal negligência desconsidera o desejo reprodutivo de mulheres que se relacionam com outras mulheres, limitando seu acesso a informações e cuidados adequados sobre planejamento familiar, fertilidade e direitos reprodutivos.

Eu nunca fui questionada se eu quero ser mãe, a partir do momento que sabe que é lésbica, não existe esse questionamento. (Participante 1)

Tudo que eu sei sobre o assunto foi via internet porque eu acho um assunto muito interessante, então sempre pesquisei muito sobre, então tudo que sei é via internet, de pesquisas, artigos, mas nunca em consulta, nunca me perguntaram, nunca me ofereceram opções, de congelar óvulos, de fazer in vitro ou reprodução artificial, nunca foi oferecido, nem perguntado nada do tipo. (Participante 2)

E assim, não é um assunto que rola, se você pretende ter, em algum momento,

filhos, conversar sobre métodos possíveis de ter filhos, nunca foi conversado entre a gente. (Participante 3)

Os resultados apontam para a negação sistemática do direito dessas mulheres ao acesso dos métodos de reprodução assistida, perpetuando uma disparidade injusta no acesso a tecnologias reprodutivas. Esta realidade destaca a necessidade de uma revisão abrangente das políticas de saúde, garantindo que todas as mulheres, independentemente de sua orientação sexual, tenham acesso igualitário a opções reprodutivas e planejamento reprodutivo. Diante dessas descobertas, é imperativo que os profissionais de saúde, as instituições governamentais e a sociedade civil estejam atentos a essas disparidades, trabalhando em conjunto para promover um sistema de saúde mais inclusivo, respeitoso e eficaz para todas as mulheres, independentemente de sua orientação sexual.

Os dados revelam questões pertinentes sobre a formação profissional no campo da saúde, sugerindo que a ausência de uma abordagem inclusiva e respeitosa em relação à diversidade sexual pode contribuir para a perpetuação de práticas discriminatórias. Dessa forma, é legítimo questionar se o despreparo profissional não é, em parte, derivado de lacunas na formação educacional, ressaltando a necessidade urgente de uma revisão curricular que incorpore a diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero.

Então, eu acho que para começar os profissionais precisam, também, se atualizar, porque a gente tem constante mudança e não tem como partir do pressuposto de que a pessoa que está sendo atendida é heterossexual. [...] E se você tem pacientes e possibilidades de atender pessoas que não são heterossexuais, então você precisa se atualizar, entendem? (Participante 3)

Violências de gênero e suas repercussões sociais

Esse estudo evidenciou também que a violência de gênero é um elemento que atravessa a vivência dessas mulheres, quando 81,8% já passou por violência psicológica e 40,7% por violência sexual. Adicionalmente, é crucial destacar que a pesquisa também evidenciou a influência significativa do preconceito em relação à sexualidade das mulheres lésbicas e bissexuais na qualidade do atendimento ginecológico.

A falta de sensibilidade e compreensão por parte dos profissionais pode resultar em um ambiente hostil, onde as pacientes se sentem desconfortáveis ao compartilhar aspectos importantes de sua saúde sexual e reprodutiva. Durante as entrevistas as participantes sentem que suas demandas não são supridas durante os atendimentos, algumas apontaram que enfrentam grande dificuldade neste quesito e percebem como a lesbofobia atravessa seu direito à saúde.

Quando eu era adolescente fui colocada na terapia pra ser curada, a terapeuta nunca tentou realmente me curar, mas eu era adolescente 15 anos e num certo ponto do processo terapêutico ela quis colocar minha sexualidade como culpa do fato de eu não ter relação com meu pai, uma coisa bem 'freudiana', mas eu tinha 15 anos então não tinha muita noção, ela falou eu deixei passar, só depois de mais velha eu fui pensar que tinha alguma coisa de errado nisso. (Participante 1)

Ela [médica ginecologista] falou: 'eu não posso fazer nada por você, não posso te ajudar em nada nesse quesito. quando você tiver relações com homens você volta' e aí agradei e fui embora porque fiquei muito chateada não queria permanecer ali e aí fui embora. (Participante 2)

Como consequência, os impactos dessa discriminação são profundos, abrangendo sofrimento psíquico, sentimentos de rejeição, isolamento social e uma maior incidência de transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão⁽¹⁶⁾.

Eu já estava apreensiva porque eu precisava falar para ela que eu queria tirar o

DIU e que não me relacionava mais com homens, mas eu já fui segura de que eu iria chegar e falar: - olha, eu me relaciono com mulheres e não quero mais usar DIU. (Participante 3)

Eu fiquei meio ansiosa quando fui contar por causa disso que me atendia antes, e eu fiquei putz se ela me tratar mal, vou ter que buscar outro ginecologista, o que que eu vou arrumar? (Participante 4)

Concluem assim, que frequentemente, esses indivíduos evitam acessar determinados serviços devido aos constrangimentos e estigmas enfrentados durante o atendimento. Esse distanciamento não apenas compromete a continuidade do cuidado, mas também aumenta a vulnerabilidade dessa população, reforçando desigualdades estruturais e a iniquidade no acesso aos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Eu fiquei muitos anos sem ir ao ginecologista, porque eu faço todo meu acom-

panhamento pelo SUS, eu não tenho convênio médico então eu faço pelo SUS meu acompanhamento e, ginecologista pra mim sempre foi uma coisa muito difícil porque eu nunca consegui gerar uma conexão com a médica que estava me atendendo ou médico, também já fui atendida por homem, eu sentia sempre que as minhas demandas eram desvalorizadas (Participante 1)

Ilustrando o discurso das participantes, observamos abaixo a nuvem de palavras (Figura 1), que ressalta as palavras citadas com maior frequência nas entrevistas, sendo que, a semelhança na cor aponta as palavras que estavam no mesmo contexto. Tais palavras ratificam as disparidades no atendimento, emergindo com maior regularidade “preconceito”, “desatualizado”, “falta de acolhimento”, “saúde privada”, “atendimento só com médico”, “atendimento péssimo” e “saúde reprodutiva”.

Figura 1: Nuvem de palavras considerando a transcrição das quatro entrevistas realizadas no estudo, Brasil, 2025.



Fonte: elaboração própria.

DISCUSSÃO

A heteronormatividade, enquanto conceito central, refere-se a um conjunto de expectativas sociais que posicio-

nam a heterossexualidade não apenas como predominante, mas como obrigatória⁽⁸⁾. Trata-se de um ideal de comportamento sexual e afetivo imposto desde a infância, que molda identidades e regula relações, orientando a socieda-

de a estruturar suas normas de gênero e sexualidade a partir de um pressuposto heteronormativo⁽⁸⁾.

Tal imposição heteronormativa ocorre de forma sutil e contínua, ao longo de todo o processo de constituição do sujeito⁽⁸⁾. Quando se naturaliza a heterossexualidade e marginaliza outras vivências, é estabelecido um sistema que não apenas invisibiliza, mas também patologiza e criminaliza identidades dissidentes⁽⁸⁾. Tal lógica sustenta um ciclo persistente de exclusão e silenciamento, no qual pessoas LGBTQIAPN+ precisam justificar constantemente suas existências, afetos e corpos, inclusive em espaços que deveriam ser acolhedores e protetivos, como a escola, a família e os serviços de saúde⁽⁸⁾.

Para Lopes e Silva⁽⁹⁾, nos serviços de saúde, muitos profissionais não possuem formação adequada para lidar com as singularidades dessa comunidade, perpetuando barreiras de acesso, estigmas e discriminações no cotidiano assistencial. A ausência de diretrizes institucionais inclusivas e políticas públicas efetivamente aplicadas reforça a vulnerabilidade vivida por essa população, negando, assim, o direito ao cuidado integral e equitativo⁽⁹⁾.

Em contextos de crescente conservadorismo, Porcellis e Krause⁽⁸⁾ constatam que essa discussão torna-se ainda mais urgente: desnaturalizar a heterossexualidade não significa negá-la, mas sim reconhecer que ela é uma entre várias possibilidades legítimas de vivência afetiva e sexual. É, sobretudo, um passo fundamental para garantir que todas as formas de expressão de gênero e sexualidade possam existir com dignidade, reconhecimento e respeito⁽⁸⁾.

A ausência de produtos e campanhas voltados para essa prática sexual demonstra como essas experiências são sistematicamente ignoradas e alimentam a lógica do silêncio e do segredo como forma de controle dos corpos⁽¹⁰⁾.

Expõem também que os preservativos disponíveis no mercado ainda são projetados para práticas sexuais centra-

das na penetração, exigindo adaptações por parte de quem vive sexualidades fora desse padrão. Essa estrutura, por sua vez, reforça a ideia da vulva ser apenas valorizada dentro da lógica reprodutiva, cisgênero e heteronormativa, apagando outras existências⁽¹⁰⁾.

A Portaria N° 497, de 9 de maio de 2016, dispõe sobre as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, evidenciando que o exame de papanicolau é essencial para todas as mulheres que já iniciaram sua vida sexual, independente da orientação sexual ou do gênero da sua parceria. A exclusão de mulheres no acesso ao rastreamento adequado perpetua desigualdades no acesso à saúde e demonstra forte influência de preconceitos na prática clínica, negligenciando evidências científicas. Esse comportamento prejudica a detecção precoce de lesões cervicais, que são causadas pelo HPV, transmitido por contato íntimo, incluindo práticas sexuais entre mulheres⁽¹¹⁾.

Os protocolos de atendimento muitas vezes pressupõem relações heterossexuais como padrão, ignorando diversas práticas sexuais e identidades de gênero, que não se enquadram nesse modelo normativo. Essa invisibilidade das identidades diversas, por sua vez, resulta em exclusões e atendimentos inadequados, reforçando desigualdades e perpetuando barreiras no acesso ao cuidado⁽¹²⁾.

Como explícito na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais⁽¹³⁾ os direitos reprodutivos de mulheres lésbicas representam aspecto crucial na promoção da saúde integral, garantida pelo SUS, com base nos princípios de equidade e universalidade⁽¹³⁾.

Esses direitos incluem o acesso igualitário aos serviços de saúde reprodutiva, direito à informação clara e atualizada e autonomia sobre suas decisões reprodutivas. Além disso, os direitos sexuais e reprodutivos, assim como acesso à saúde, educação, moradia e alimentação, são considerados Direitos

Humanos Fundamentais e respeitá-los é fundamental para garantir uma boa vivência em sociedade, sem nenhum tipo de discriminação⁽³⁾. Apesar disso, mulheres lésbicas enfrentam barreiras significativas no acesso a um cuidado reprodutivo digno e essa iniquidade é frequentemente marcada por práticas discriminatórias e violentas que inviabilizam suas vivências ou desejos reprodutivos⁽²⁾.

Para Paranhos e Willerding⁽¹⁴⁾, a formação dos profissionais de saúde apresenta lacunas significativas no preparo para atender às especificidades dessa população. A ausência de conteúdos que abordem as necessidades e particularidades desses atendimentos ainda se faz presente, resultando na reprodução de estigmas e discriminações nos serviços de saúde. Esse cenário é refletido pela falta de sensibilização e capacitação desses profissionais, criando barreiras no acesso e na qualidade do serviço oferecido⁽¹⁴⁾.

Em Cartilha de Violência de Gênero publicada pela Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul em 2023, a violência de gênero é definida como qualquer tipo de agressão física, sexual, psicológica ou simbólica contra alguém, devido a sua identidade de gênero ou orientação sexual⁽¹⁵⁾.

Tagliamento e Silva⁽¹⁶⁾ fazem análise das consequências da LGBTfobia na saúde mental de pessoas LGBTQs e dizem que a discriminação vivenciada ocorre em diversos contextos que, idealmente, deveriam ser espaços de apoio e desenvolvimento, mas frequentemente se transformam em ambientes de exclusão e hostilidade. A presença de discursos discriminatórios reforça preconceitos e deslegitima identidades e orientações não normativas, contribuindo para a perpetuação de práticas preconceituosas e intensificando os desafios enfrentados por essa população⁽¹⁶⁾.

Quando Santos e Silva et al⁽¹⁷⁾ falam sobre acesso da população LGBTQ aos serviços de Atenção Primária à Saúde, evidenciam que a baixa adesão da po-

pulação LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde está diretamente relacionada a um cenário de exclusão e violências persistentes nesses ambientes. A ausência de acolhimento adequado impacta profundamente a busca por cuidado, agravando-se diante das múltiplas formas de violência e exclusão vivenciadas, que perpetuam estigmas e consolidam ciclos de marginalização no acesso à saúde⁽¹⁷⁾.

Um dos maiores desafios enfrentados por essa população no acesso aos direitos sexuais e reprodutivos é a contradição entre as políticas existentes e a prática cotidiana nos serviços de saúde⁽¹⁸⁾. Pois, a discriminação, a falta de preparo dos profissionais de saúde e a ausência de políticas públicas eficazes criam barreiras que impedem o exercício pleno desses direitos. A discriminação afeta a vida dessas pessoas, limitando seu acesso não apenas à saúde, mas também à educação, ao trabalho e à moradia, perpetuando um ciclo de exclusão social⁽¹⁹⁾.

O estudo sobre atendimento ginecológico a mulheres lésbicas e bissexuais em território nacional apresenta algumas limitações. Primeiramente, trata-se de um estudo baseado em uma amostra

restrita, o que pode comprometer a generalização dos resultados. A ausência de métodos quantitativos e análises estatísticas mais abrangentes pode limitar a mensuração objetiva do impacto dos dados. Além disso, o estudo não teve o mesmo alcance em todas as regiões do país, podendo não refletir os desafios e possibilidades enfrentados por participantes com outro perfil sociodemográfico ou regional.

Este estudo oferece contribuições significativas para todos que atuam na área da saúde, em especial à enfermagem, por ampliar a compreensão sobre as especificidades de vivências dessas pacientes e os impactos da heteronormatividade no cuidado prestado. Ao evidenciar as barreiras existentes como o preconceito, a invisibilidade desse grupo e a falta de preparo dos profissionais, a pesquisa pôde corroborar, sobretudo, com o incentivo de práticas mais inclusivas, acolhedoras e embasadas em uma escuta qualificada, favorecendo o fortalecimento do vínculo entre usuárias e serviços de saúde ao promover acesso integral, o respeito à diversidade e a equidade no atendimento ginecológico,

em conformidade com os princípios do SUS e os direitos humanos.

CONCLUSÃO

A pesquisa evidencia um cenário preocupante no atendimento à saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde no Brasil. A negligência e o preconceito de profissionais de saúde revelam condutas profissionais inapropriadas e que não estão alinhadas a um cuidado ético como rege a legislação brasileira. Entende-se que a orientação sexual em relação a heteronormatividade atravessa e limita o acesso a cuidados essenciais. Esse apagamento das necessidades reprodutivas de mulheres lésbicas e bissexuais perpetua um ciclo de desinformação e marginalização. Assim, a luta por equidade no acesso à saúde deve incluir a promoção de uma cultura de acolhimento e respeito à diversidade, onde todas as mulheres, independentemente de sua orientação sexual, possam ser ouvidas, atendidas e cuidadas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Silva NR, et al. A heteronormatividade e a saúde de mulheres bissexuais e lésbicas universitárias. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc* [Internet]. 2022;10(3):501-14 [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/5962>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis – IST [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2025 Jun 29]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atencao_integral_ist.pdf
5. Garcia SA, Ferreira JL. Análise de conceito e análise temática na pesquisa qualitativa em educação. *RDE* [Internet]. 2022;14(36):358-67 [cited 2025 Jul 22]. Available from: <https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/>

view/13678

6. Freire FS, Gomes SMG, Santos VLC, Silva NO. Aplicação prática da análise de conteúdo facilitada pelo software NVivo. *ReAC*. 2022;14(3):65-85.

7. Sousa JR, Santis SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesqui Debate Educ* [Internet]. 2020;10(2):1396-1416 [cited 2025 Jul 22]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/348932938_Analise_de_conteudo_em_pesquisa_qualitativa_modos_de_pensar_e_de_fazer

8. Porcellis R, Krause K. Cuidado, este livro é frágil! Manual da heteronormatividade [Internet]. Ponta Grossa (PR): Atena Editora; 2024 [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/868217/1/cuidado-este-livro-e-fragil-manual-da-heteronormatividade.pdf>

9. Lopes EKS, Silva MMS, Briana JO. A assistência de enfermagem destinada ao público LGBTQIAPN+ na atenção primária: uma revisão integrativa. *Rev Foco Terapia* [Internet]. 2024;28(135) [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://revistaft.com.br/a-assistencia-de-enfermagem-destinada-ao-publico-lgbtqiapn-na-atencao-primaria-uma-revisao-integrativa>

10. Lima JFME, Tavares TMM. Sexo seguro entre vulvas: o que tem pra hoje? *Rev REMECS*. 2022;1(1):72-5. doi:10.24281/imostracientifica2022.1.72-75

11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet]. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterro-diretriz-brasileira/view>

12. Santos LO, Sousa AP. Pessoas com vulva: saúde sexual e reprodutiva para além da heteronormatividade. *Cad Gênero Divers* [Internet]. 2023;9(1):1-20 [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/download/52393/34992/253109>

13. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de

1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. 1990 Sep 20 [cited 2025 Jun 29]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

14. Paranhos WR, Willerding IAV, Lapolli ÉM. Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2021;25:e200684 [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2021.v25/e200684/pt>

15. Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Cartilha de violência de gênero [Internet]. Porto Alegre: DPE/RS; 2023 [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://www.defensoria.rs.def.br/upload/arquivos/202303/08151200-cartilha-de-violencia-de-genero.pdf>

16. Tagliamento G, Silva SSC, Silva DB, Marques GS, Hasson R, Santos GE. Minha dor vem de você: uma análise das consequências da LGBTfobia na saúde mental de pessoas LGBTQs. *Cad Gênero Divers* [Internet]. 2020;6(3):77-112 [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/34558>

17. Santos JF, Silva AA, Santos EA, Silva SS. Acesso da população LGBT aos serviços de atenção primária à saúde em uma cidade do interior baiano. *Physis* [Internet]. 2024;34:e34094 [cited 2025 Jun 29]. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2024.v34/e34094/pt>

18. Paiva CCN, Lemos A, Caetano R. Assistência à saúde sexual e reprodutiva: reflexões sobre as atribuições da atenção primária à saúde. In: *E-book Amplamente Pesquisa em Saúde*. São Paulo: Amplamente; 2020. v.1. p.135-48. doi:10.47538/AC-2020.07-11

19. Costa-Val A, Marques GM, Santos DV, Silva AM, Penna CM. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde. *Physis*. 2022;32(2):1-21. doi:10.1590/S0103-73312022320207