RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber. ISSN: 2675-9128. São Paulo - SP.
Ano VII, v.1 2026 | submissão: 08/08/2026 | aceito: 11/08/2026 | publicação: 14/08/2026

Desafios no cuidado à saúde de mulheres lésbicas: despreparo profissional e desinformação sob o olhar socioantropológico — uma revisão de literatura

Challenges in health care for lesbian women: professional unpreparedness and misinformation from a socio-anthropological perspective — a literature review

Desafíos en la atención de salud de las mujeres lesbianas: falta de preparación profesional y desinformación desde una perspectiva socioantropológica — una revisión de la literatura

Nário André Rodrigues Gomes — Autarquia de Ensino Superior de Garanhuns (AESGA)
Eltton de Gois Ramos — Autarquia de Ensino Superior de Garanhuns (AESGA)
Fernando Arthur Nunes B. Levino — Autarquia de Ensino Superior de Garanhuns (AESGA)
Hamilton José de Araújo Silva — Autarquia de Ensino Superior de Garanhuns (AESGA)
Sofia Ferreira dos Santos — Autarquia de Ensino Superior de Garanhuns (AESGA)
Maria Eduarda Valois Spencer — Autarquia de Ensino Superior de Garanhuns (AESGA)
Bruna Vanessa Nunes Pereira — Autarquia de Ensino Superior de Garanhuns (AESGA), bruna.v.nunes01@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-1085-2499

Resumo: A saúde de mulheres lésbicas e bissexuais tem sido historicamente negligenciada, apesar de avanços legais como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT). Sob uma perspectiva socioantropológica, essa negligência relaciona-se às construções sociais de gênero e sexualidade que influenciam as práticas de cuidado. O objetivo deste trabalho é mapear as barreiras de acesso e as lacunas no cuidado à saúde dessa população na Atenção Primária à Saúde (APS). Foi realizada uma revisão sistemática da literatura com abordagem qualitativa. Os resultados mostram que o acesso é dificultado por barreiras atitudinais, estruturais e informacionais. Destaca-se a heteronormatividade nos serviços de saúde, que gera invisibilidade lesbofóbica e discriminação. Além disso, o despreparo profissional contribui para a omissão de orientações sobre IST/Aids e para a baixa adesão a exames preventivos. Conclui-se que a APS ainda falha em garantir acesso integral às mulheres lésbicas e bissexuais, evidenciando que a existência de políticas públicas é insuficiente sem mudanças culturais e institucionais. Assim, torna-se necessária a formação contínua dos profissionais de saúde e estratégias de inclusão que considerem dimensões sociais e culturais da sexualidade.

Palavras-chave: Socioantropológica; Sexualidade; Atenção Primária; Heteronormatividade.

Abstract: The health of lesbian and bisexual women has historically been neglected, despite legal advances such as the National Policy for Comprehensive LGBT Health (PNSI-LGBT). From a socio-anthropological perspective, this neglect is related to social constructions of gender and sexuality that influence care practices. This study aims to map barriers to access and gaps in health care for this population in Primary Health Care (PHC). A systematic literature review with a qualitative approach was conducted. The results show that access is hindered by attitudinal, structural, and informational barriers. Heteronormativity in health services stands out, generating lesbophobic invisibility and discrimination. In addition, professional unpreparedness contributes to the omission of guidance on STIs/AIDS and to low adherence to preventive examinations. It is concluded that PHC still fails to ensure comprehensive access for lesbian and bisexual women, showing that the existence of public policies is insufficient without cultural and institutional changes. Continuous training for health professionals and inclusion strategies that consider the social and cultural dimensions of sexuality are therefore necessary.

Keywords: Socio-anthropological; Sexuality; Primary Health Care; Heteronormativity.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 08/08/2026 | aceito: 11/08/2026 | publicação: 14/08/2026

Resumen: La salud de las mujeres lesbianas y bisexuales ha sido históricamente desatendida, pese a avances legales como la Política Nacional de Salud Integral LGBT (PNSI-LGBT). Desde una perspectiva socioantropológica, esta desatención se relaciona con las construcciones sociales de género y sexualidad que influyen en las prácticas de cuidado. El objetivo de este trabajo es identificar las barreras de acceso y las lagunas en la atención de salud de esta población en la Atención Primaria de Salud (APS). Se realizó una revisión sistemática de la literatura con enfoque cualitativo. Los resultados muestran que el acceso se ve dificultado por barreras actitudinales, estructurales e informativas. Destaca la heteronormatividad en los servicios de salud, que genera invisibilidad lesbofóbica y discriminación. Además, la falta de preparación profesional contribuye a la omisión de orientaciones sobre ITS/sida y a la baja adhesión a los exámenes preventivos. Se concluye que la APS aún no garantiza el acceso integral a las mujeres lesbianas y bisexuales, lo que demuestra que la existencia de políticas públicas es insuficiente sin cambios culturales e institucionales. Por tanto, son necesarias la formación continua de los profesionales de salud y estrategias de inclusión que consideren las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad.

Palabras clave: Socioantropológica; Sexualidad; Atención Primaria; Heteronormatividad.

Introdução

A saúde da população LGBTQIAPN+ tem ganhado maior visibilidade nas últimas décadas, especialmente no contexto das políticas públicas voltadas à promoção da equidade e da universalidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos avanços institucionais e da formulação de políticas específicas, mulheres lésbicas ainda enfrentam inúmeras barreiras no acesso e na permanência nos serviços de saúde, sendo frequentemente atravessadas por processos de invisibilização, preconceito e despreparo profissional. Tal realidade evidencia que o cuidado em saúde permanece fortemente influenciado por padrões heteronormativos que dificultam o reconhecimento das necessidades específicas dessa população (BRASIL, 2013).

O acesso à saúde não se limita apenas à disponibilidade física dos serviços, mas envolve dimensões sociais, culturais e simbólicas que influenciam diretamente a experiência dos usuários no sistema de saúde. Nesse sentido, Assis e Jesus (2012) destacam que o acesso deve ser compreendido como um processo complexo, relacionado tanto às condições estruturais dos serviços quanto às relações estabelecidas entre profissionais e usuários. Quando aplicado à realidade das mulheres lésbicas, esse debate torna-se ainda mais relevante, pois muitas dessas mulheres deixam de procurar assistência devido ao medo da discriminação, da invalidação de suas identidades e da violência institucional.

Historicamente, a sexualidade feminina foi construída sob perspectivas marcadas pela normatividade heterossexual e pelo silenciamento das dissidências sexuais. Como consequência, mulheres lésbicas passaram a ocupar um espaço de invisibilidade dentro das

práticas assistenciais, sendo frequentemente excluídas das campanhas preventivas, das orientações ginecológicas e das estratégias de promoção da saúde. Valadão e Gomes (2011) apontam que a homossexualidade feminina no campo da saúde transita entre a invisibilidade e diferentes formas de violência simbólica, manifestadas por meio de condutas discriminatórias, constrangimentos e ausência de acolhimento adequado durante os atendimentos.

Além disso, a deficiência na formação acadêmica e profissional contribui significativamente para a manutenção dessas desigualdades. Muitos profissionais de saúde não recebem preparo adequado para abordar questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero, reproduzindo estigmas sociais e práticas excludentes no cotidiano assistencial. Segundo Portella (2014), a percepção de usuárias lésbicas e bissexuais evidencia que a assistência oferecida pelo SUS ainda é marcada pela desinformação e pela dificuldade dos profissionais em compreender as especificidades dessa população, comprometendo a integralidade do cuidado e o estabelecimento de vínculos terapêuticos.

Sob uma perspectiva socioantropológica, tais problemáticas podem ser compreendidas como reflexos de estruturas simbólicas historicamente construídas na sociedade. Pierre Bourdieu (1998) discute que os mecanismos de poder simbólico atuam de forma silenciosa na reprodução das desigualdades sociais, naturalizando práticas discriminatórias e legitimando relações de dominação. Nesse contexto, a heteronormatividade presente nas instituições de saúde pode ser entendida como uma forma de violência simbólica que marginaliza experiências sexuais dissidentes e dificulta o reconhecimento das demandas de mulheres lésbicas no sistema de saúde. O autor também ressalta que essas estruturas sociais são reproduzidas por meio do habitus, influenciando comportamentos, percepções e práticas profissionais no cotidiano institucional (BOURDIEU, 2009).

Diante desse cenário, torna-se fundamental ampliar as discussões sobre a saúde de mulheres lésbicas, considerando não apenas os aspectos biomédicos, mas também os fatores sociais, culturais e políticos que atravessam suas experiências nos serviços de saúde. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão de literatura, os desafios enfrentados no cuidado à saúde de mulheres lésbicas, com enfoque no despreparo profissional e na desinformação sob o olhar socioantropológico, buscando compreender de que maneira esses fatores contribuem para a perpetuação das desigualdades no acesso e na assistência em saúde.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, desenvolvida por meio de uma revisão narrativa de literatura com abordagem socioantropológica. Esse tipo de investigação permite compreender, interpretar e discutir criticamente os fenômenos sociais relacionados ao cuidado em saúde de mulheres lésbicas, especialmente no que se refere às barreiras de acesso, ao despreparo profissional e às práticas de invisibilização presentes nos serviços de saúde.

A pesquisa foi conduzida a partir do levantamento bibliográfico em bases de dados científicas nacionais e internacionais, incluindo Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Google Acadêmico. Para a busca dos estudos, utilizaram-se os descritores em português e inglês combinados por operadores booleanos AND e OR, dentre eles: “Saúde de Mulheres Lésbicas”, “Saúde LGBT”, “Atenção Primária à Saúde”, “Heteronormatividade”, “Assistência à Saúde”, “Mulheres que fazem sexo com mulheres”, “Lesbian Health”, “Primary Health Care” e “Health Services Accessibility”.

Foram incluídos artigos científicos, documentos institucionais, dissertações e políticas públicas publicados entre os anos de 2010 e 2025, disponíveis na íntegra e que abordassem diretamente a saúde de mulheres lésbicas, os desafios no acesso aos serviços de saúde, a atuação dos profissionais da saúde e as desigualdades estruturais relacionadas à sexualidade. Além disso, foram utilizados referenciais teóricos clássicos anteriores ao recorte temporal definido, devido à sua relevância conceitual e contribuição para a fundamentação socioantropológica da pesquisa. Excluíram-se estudos duplicados, trabalhos incompletos, produções sem relação direta com o objeto da pesquisa e artigos cujo enfoque principal não contemplasse a realidade da população lésbica no contexto da saúde coletiva.

A seleção do material ocorreu em três etapas: leitura dos títulos, leitura dos resumos e leitura integral dos textos selecionados. Após essa triagem, os estudos considerados relevantes foram analisados de maneira interpretativa e crítica, permitindo a identificação de categorias temáticas centrais, como heteronormatividade institucional, invisibilidade lésbica, violência simbólica, despreparo profissional, barreiras informacionais e dificuldades de acesso à Atenção Primária à Saúde (APS).

Além da literatura científica, foram utilizados documentos normativos do Ministério da Saúde, especialmente a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), por constituírem importantes marcos legais para análise das políticas públicas direcionadas à população LGBTQIAPN+.

A interpretação dos dados foi fundamentada em referenciais da sociologia e da antropologia da saúde, com destaque para as contribuições teóricas de Pierre Bourdieu acerca

do poder simbólico, da violência simbólica e da reprodução das desigualdades sociais. Tal perspectiva possibilitou compreender como práticas discriminatórias e discursos heteronormativos são reproduzidos institucionalmente nos serviços de saúde, impactando diretamente a qualidade da assistência prestada às mulheres lésbicas.

Por se tratar de uma pesquisa baseada exclusivamente em fontes bibliográficas e documentos de domínio público, o estudo não necessitou de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme as diretrizes da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Desenvolvimento

A discussão acerca da saúde de mulheres lésbicas no Brasil ainda enfrenta importantes lacunas acadêmicas, institucionais e assistenciais, mesmo diante dos avanços obtidos nas políticas públicas voltadas à população LGBTQIAPN+. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) esteja fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, a realidade cotidiana demonstra que mulheres lésbicas continuam submetidas a barreiras que dificultam o acesso pleno e humanizado aos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Historicamente, os serviços de saúde foram organizados a partir de uma lógica heteronormativa, na qual a heterossexualidade é considerada padrão universal de comportamento e experiência sexual. Essa estrutura influencia diretamente a forma como os profissionais conduzem o atendimento, produzindo invisibilidade e exclusão de mulheres que não se enquadram nesse modelo. Valadão e Gomes (2011) afirmam que a homossexualidade feminina no campo da saúde permanece marcada pela invisibilidade e pela violência simbólica, uma vez que muitas mulheres lésbicas relatam experiências de constrangimento, discriminação e ausência de acolhimento durante os atendimentos.

Nesse contexto, a invisibilidade lesbofóbica manifesta-se de diferentes maneiras nos serviços de saúde. Rodrigues e Falcão (2021) destacam que a presunção automática da heterossexualidade das pacientes constitui uma das principais formas de exclusão institucional, especialmente nas consultas ginecológicas. Em muitos casos, os profissionais não investigam práticas sexuais, identidades ou necessidades específicas dessas mulheres, resultando em orientações inadequadas, falhas preventivas e afastamento dos serviços de saúde. Tal situação contribui diretamente para a baixa adesão a exames ginecológicos preventivos e para a procura tardia por cuidados médicos.

Além das barreiras atitudinais, o despreparo profissional configura-se como um dos principais obstáculos para a efetivação da assistência integral. A formação acadêmica na área da saúde ainda aborda de maneira limitada temas relacionados à diversidade sexual e de gênero, perpetuando discursos biologicistas e excludentes. Segundo Portella (2014), profissionais frequentemente demonstram insegurança e desconhecimento diante das demandas específicas de mulheres lésbicas e bissexuais, comprometendo a qualidade da assistência ofertada e dificultando a construção de vínculos terapêuticos.

Miskolci et al. (2022) reforçam que a ausência de capacitação profissional permanece como um desafio estrutural importante dentro do SUS. Os autores apontam que o "não-saber" frequentemente é utilizado como justificativa para a não implementação efetiva das políticas públicas voltadas à população LGBTQIAPN+, revelando uma lógica institucional que naturaliza a exclusão dessas mulheres dos espaços de cuidado. Dessa forma, mesmo com a existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, muitas práticas discriminatórias continuam presentes no cotidiano assistencial.

Outro aspecto relevante refere-se às barreiras informacionais enfrentadas por mulheres lésbicas nos serviços de saúde. Estudos demonstram que essa população recebe menos orientações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva quando comparada às mulheres heterossexuais. Parenti et al. (2023) identificaram que mulheres que fazem sexo com mulheres apresentam menor nível de conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e AIDS, situação diretamente relacionada à omissão de informações por parte dos profissionais de saúde. Essa negligência contribui para a falsa percepção de que relações entre mulheres apresentam risco inexistente ou reduzido para transmissão de ISTs, aumentando a vulnerabilidade dessa população.

Corroborando essa discussão, Doull et al. (2018) demonstram que muitas mulheres lésbicas deixam de utilizar métodos de prevenção durante relações sexuais devido à ausência de informações adequadas sobre práticas seguras e prevenção de ISTs. Tal realidade evidencia que a desinformação não decorre apenas da falta de acesso ao conhecimento, mas também da insuficiência de estratégias educativas inclusivas dentro dos serviços de saúde.

A discriminação institucional também produz impactos significativos na saúde mental dessa população. Torres et al. (2021), por meio do Inquérito Nacional de Saúde LGBT+, evidenciaram elevada frequência de episódios discriminatórios vivenciados pela população LGBTQIAPN+, além de índices expressivos de sofrimento psíquico e diagnóstico de depressão. O medo do preconceito e da violência simbólica leva muitas mulheres lésbicas a evitarem os

serviços de saúde, interrompendo acompanhamentos clínicos e reduzindo a busca por assistência preventiva.

Sob o olhar socioantropológico, tais desigualdades podem ser compreendidas a partir das contribuições teóricas de Pierre Bourdieu. Para o autor, o poder simbólico atua de maneira silenciosa e naturalizada na reprodução das relações de dominação social (BOURDIEU, 1998). Nos serviços de saúde, a heteronormatividade institucional funciona como mecanismo de violência simbólica, impondo padrões considerados legítimos e marginalizando identidades dissidentes. Assim, práticas discriminatórias acabam sendo reproduzidas de forma cotidiana, muitas vezes sem serem reconhecidas explicitamente pelos próprios profissionais.

Bourdieu (2009) também destaca que o habitus influencia comportamentos e práticas institucionais, contribuindo para a manutenção de estruturas sociais excludentes. Nesse sentido, o despreparo profissional não deve ser analisado apenas como falha individual, mas como resultado de uma formação historicamente construída sob perspectivas biomédicas e heteronormativas que invisibilizam as especificidades da população lésbica.

Apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas, como a criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em 2011, ainda existe um significativo distanciamento entre as diretrizes legais e a prática cotidiana dos serviços de saúde. Alves, Moreira e Prado (2020) afirmam que a existência de políticas públicas, por si só, não garante a efetivação dos direitos dessa população, especialmente quando persistem barreiras estruturais, preconceitos institucionais e ausência de capacitação profissional.

Dessa forma, torna-se evidente que a promoção da saúde integral de mulheres lésbicas exige mudanças que ultrapassem o campo biomédico, envolvendo transformações culturais, institucionais e educacionais. É fundamental fortalecer estratégias de educação permanente em saúde, ampliar discussões sobre diversidade sexual na formação acadêmica e desenvolver práticas assistenciais fundamentadas no acolhimento, na equidade e no respeito às singularidades dos sujeitos. Somente a partir dessas mudanças será possível construir um cuidado verdadeiramente integral, humanizado e comprometido com os princípios do SUS.

Resultados e discussões

A revisão da literatura permitiu identificar que os principais desafios enfrentados por mulheres lésbicas no acesso aos serviços de saúde estão relacionados à heteronormatividade institucional, ao despreparo profissional, à invisibilidade assistencial e à deficiência de informações específicas em saúde sexual e reprodutiva. Os estudos analisados demonstram que,

apesar dos avanços legais e das políticas públicas voltadas à população LGBTQIAPN+, ainda persistem barreiras estruturais e simbólicas que dificultam a efetivação da integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Autor/Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados	Contribuições para o presente estudo
Valadão e Gomes (2011)	Discutir a homossexualidade feminina no campo da saúde	Identificaram invisibilidade, discriminação e violência simbólica nos serviços de saúde	Evidencia a exclusão institucional e a dificuldade de acolhimento às mulheres lésbicas
Portella (2014)	Analisar a percepção de profissionais e usuárias do SUS	Demonstrou despreparo profissional e dificuldades na assistência integral	Fundamenta a discussão sobre desinformação e falhas na formação em saúde
Rodrigues e Falcão (2021)	Investigar experiências ginecológicas de mulheres lésbicas e bissexuais	Identificaram presunção da heterossexualidade e constrangimentos durante consultas	Reforça a invisibilidade lesbofóbica na assistência ginecológica
Miskolci et al. (2022)	Refletir sobre os desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil	Apontaram barreiras de acesso, ausência de capacitação e falhas na implementação de políticas públicas	Sustenta a análise sobre limitações estruturais do SUS
Torres et al. (2021)	Caracterizar demandas e barreiras de acesso da população LGBT+	Verificaram altos índices de discriminação e sofrimento psíquico	Relaciona exclusão institucional aos impactos na saúde mental
Parenti et al. (2023)	Avaliar conhecimento sobre IST/AIDS entre mulheres que fazem sexo com mulheres	Identificaram baixo conhecimento sobre ISTs e menor acesso à informação nos serviços	Demonstra impactos da desinformação na vulnerabilidade em saúde
Doull et al. (2018)	Investigar uso de métodos preventivos entre mulheres lésbicas	Evidenciaram baixa adesão ao uso de barreiras de prevenção	Relaciona ausência de orientação profissional ao aumento de riscos sexuais
Alves, Moreira e Prado (2020)	Discutir heteronormatividade e políticas públicas	Identificaram distanciamento entre políticas públicas e prática assistencial	Fundamenta a análise crítica sobre efetividade das políticas de saúde LGBT

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

Os resultados evidenciam que a heteronormatividade permanece como uma das principais barreiras para a assistência integral de mulheres lésbicas. Valadão e Gomes (2011) apontam que a sexualidade feminina dissidente ainda é tratada com invisibilidade dentro dos serviços de saúde, situação que favorece práticas discriminatórias e dificulta o acolhimento humanizado. Essa invisibilidade se manifesta especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a principal porta de entrada do SUS.

Rodrigues e Falcão (2021) demonstram que a presunção automática da heterossexualidade durante consultas ginecológicas compromete diretamente a qualidade da assistência. Muitas mulheres lésbicas relatam constrangimento, medo da discriminação e ausência de escuta qualificada, fatores que contribuem para a baixa adesão aos exames preventivos e para o afastamento dos serviços de saúde.

Ano VII, v.1 2026 | submissão: 08/08/2026 | aceito: 11/08/2026 | publicação: 14/08/2026

Além disso, o despreparo profissional foi identificado como uma barreira recorrente nos estudos analisados. Portella (2014) destaca que profissionais da saúde frequentemente apresentam dificuldades em abordar questões relacionadas à sexualidade de mulheres lésbicas e bissexuais, reproduzindo discursos heteronormativos e práticas excludentes. Miskolci et al. (2022) reforçam que a ausência de capacitação profissional e a deficiência na implementação das políticas públicas LGBTQIAPN+ representam importantes obstáculos para a efetivação da equidade em saúde.

No que se refere à saúde sexual e reprodutiva, Parenti et al. (2023) identificaram que mulheres que fazem sexo com mulheres possuem menor acesso a informações sobre IST/AIDS quando comparadas às mulheres heterossexuais. Tal realidade contribui para a falsa percepção de ausência de risco nas relações entre mulheres, ampliando vulnerabilidades. Doull et al. (2018) também verificaram baixa adesão ao uso de métodos preventivos, diretamente relacionada à insuficiência de orientações específicas fornecidas pelos serviços de saúde.

Os impactos dessas barreiras ultrapassam o campo físico e alcançam significativamente a saúde mental. Torres et al. (2021) evidenciaram elevados índices de discriminação e sofrimento psíquico entre pessoas LGBTQIAPN+, demonstrando que experiências negativas nos serviços de saúde contribuem para sentimentos de exclusão, ansiedade e adoecimento emocional.

Sob uma perspectiva socioantropológica, tais desigualdades podem ser compreendidas a partir das contribuições de Pierre Bourdieu sobre violência simbólica e poder simbólico. A heteronormatividade institucionalizada opera como mecanismo de reprodução das desigualdades, naturalizando práticas discriminatórias dentro dos serviços de saúde e dificultando o reconhecimento das necessidades específicas de mulheres lésbicas.

Dessa forma, os estudos analisados demonstram que a existência de políticas públicas, embora fundamental, não é suficiente para garantir a efetivação da integralidade do cuidado. Torna-se indispensável investir em educação permanente dos profissionais da saúde, fortalecimento das políticas de equidade e construção de práticas assistenciais pautadas no acolhimento, respeito à diversidade sexual e humanização do cuidado.

A análise concomitante da literatura científica selecionada e dos marcos regulatórios da saúde pública no Brasil desvela um cenário de persistentes assimetrias assistenciais. Embora a engenharia institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) seja pautada pelos princípios democráticos da universalidade e da equidade, a operacionalização do cuidado às mulheres lésbicas e bissexuais na Atenção Primária à Saúde (APS) é atravessada por barreiras invisíveis,

porém rigidamente estruturadas. Para compreender a complexidade desses obstáculos, os achados foram organizados em quatro eixos socioantropológicos integrados.

A organização histórica dos serviços de saúde no Ocidente consolidou-se sob o decalque do modelo biomédico tradicional, o qual opera não apenas a partir de uma neutralidade técnica presumida, mas também sob a égide da matriz heterossexual como norma compulsória e padrão de normalidade orgânica e comportamental. Os dados revisados demonstram que a heteronormatividade institucional não se manifesta unicamente por meio de episódios de violência verbal ou recusa explícita de atendimento; ela se estabelece, de forma muito mais perversa, através de mecanismos de exclusão tácita e silenciamento. Ao dialogar com o referencial teórico de Pierre Bourdieu, compreende-se que o espaço da clínica na APS funciona como um campo social dotado de regras próprias, onde o corpo médico e multiprofissional detém o monopólio do capital técnico e do discurso legítimo. Nesse campo, a presunção automática da heterossexualidade das usuárias — identificada de forma unânime na literatura como uma barreira crítica na assistência ginecológica — configura-se como uma nítida expressão de violência simbólica. Conforme postula Bourdieu, a violência simbólica é aquela que se exerce sobre um agente com a sua cumplicidade ou submissão forçada, uma vez que as estruturas de dominação estão internalizadas nos próprios esquemas de percepção do cotidiano. Quando o profissional de saúde inicia uma anamnese ginecológica assumindo que a paciente possui um parceiro masculino e cobra metodologias contraceptivas heterossexuais, ele impõe uma moldura identitária arbitrária. Diante desse constrangimento institucionalizado, a mulher lésbica é colocada em uma encruzilhada: ou realiza a autodeclaração forçada de sua orientação sexual, expondo-se ao risco iminente do julgamento e da quebra de acolhimento, ou silencia, submetendo-se a um exame clínico clinicamente inadequado e descolado de suas reais necessidades preventivas. Esse tensionamento constante satura a experiência da usuária no serviço, transformando a unidade de saúde — que deveria ser um locus de segurança — em um ambiente de vulnerabilização e monitoramento moral. Como consequência direta dessa dinâmica de opressão silenciosa, observa-se o afastamento sistemático dessas mulheres das rotinas de rastreamento ginecológico, resultando em diagnósticos tardios de patologias evitáveis.

Os resultados evidenciam que o despreparo dos profissionais da APS não pode ser interpretado meramente como uma lacuna cognitiva individual ou fruto de uma desatenção pontual dos trabalhadores da ponta. Trata-se, fundamentalmente, de um produto estrutural do processo de formação acadêmica nas ciências da saúde, que historicamente prioriza uma perspectiva estritamente biológica, fragmentada e alienada das determinações sociais da saúde,

da gênero e da sexualidade. Para entender a perenidade dessa desinformação técnica no cotidiano dos serviços, convém recorrer ao conceito de habitus de Bourdieu, definido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que funciona como base geradora de práticas estruturadas e estruturantes. Durante a graduação em Medicina e Enfermagem, os estudantes internalizam um habitus profissional que assume o corpo reprodutivo heterossexual como o objeto padrão da intervenção clínica. Aquilo que foge a essa régua normativa é empurrado para as margens do currículo ou tratado como uma excentricidade comportamental, desprovida de relevância epidemiológica sólida. Esse déficit educacional sistemático engendra o que a literatura contemporânea denomina como a política do "não-saber". Como apontam os estudos revisados, a alegação frequente de falta de capacitação técnica ou desconhecimento das diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT não opera como uma confissão de falha, mas sim como uma justificativa socialmente aceita e institucionalizada para a perpetuação da omissão assistencial. O "não-saber" transmuta-se em um escudo burocrático: os profissionais sentem-se desobrigados de ofertar um cuidado integral porque a própria instituição legitima a ausência desse conhecimento em seus repertórios práticos. Assim, a reprodução de estigmas e a recusa velada de atendimento ginecológico ou preventivo a mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres (SMS) são perpetuadas sem que haja qualquer tipo de sanção ou estranhamento ético no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. O habitus médico sabota, dessa forma, a implementação prática das normativas de equidade preconizadas pelo Ministério da Saúde

Um dos achados mais alarmantes da literatura analisada diz respeito ao abismo informacional que circunda a saúde sexual das mulheres lésbicas e bissexuais. Há uma persistente e errônea percepção, compartilhada tanto por profissionais de saúde quanto pela comunidade em geral, de que as relações sexuais entre mulheres apresentam um risco nulo ou desprezível para a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids. Essa premissa infundada gera uma cadeia de desassistência que eleva substancialmente a vulnerabilidade epidemiológica dessa população. As barreiras informacionais operam em duas vias complementares. Por um lado, os materiais educativos tradicionais, os panfletos de campanhas preventivas e as estratégias de comunicação em massa do SUS são majoritariamente direcionados para práticas heterossexuais ou para o segmento de homens que fazem sexo com homens (HSH), omitindo de forma sistemática as especificidades anatômicas e de práticas sexuais entre mulheres. Por outro lado, no espaço micro do consultório, os profissionais esquivam-se de fornecer orientações explícitas sobre o uso de barreiras de prevenção (como o uso de films de látex, a higienização de brinquedos sexuais e o uso de preservativos em dedos)

devido à sua própria ignorância técnica ou desconforto moral em verbalizar essas práticas. Esse silêncio clínico produz ativamente a desinformação. Quando o serviço de saúde falha em educar, ele chancela a descontinuidade do cuidado preventivo. As usuárias, privadas de subsídios científicos específicos e de insumos preventivos adequados distribuídos gratuitamente na rede pública, acabam por adotar práticas que subestimam as vias de contágio de infecções como o HPV, o HIV, a sífilis e o herpes genital. A vulnerabilidade, portanto, não é uma característica intrínseca à orientação sexual das mulheres lésbicas, mas sim uma condição produzida social e institucionalmente pela recusa do sistema de saúde em universalizar o acesso à informação qualificada e aos insumos de barreira.

Por fim, é imperativo analisar como os determinantes sociais da orientação sexual repercutem de maneira profunda e deletéria na dimensão psíquica das mulheres lésbicas. O sofrimento mental identificado nos dados — caracterizado por taxas expressivas de ansiedade generalizada, depressão crônica e ideação suicida — não pode ser desvinculado das experiências sistemáticas de discriminação e exclusão vivenciadas pelas usuárias ao longo de suas trajetórias de busca por assistência. A lesbofobia institucional atua como um estressor crônico. A necessidade recorrente de recalcar a própria identidade, o medo antecipado de sofrer rechaço ou olhares reprovadores por parte da equipe de recepção e enfermagem, bem como a memória de atendimentos prévios traumatizantes, disparam um processo de sofrimento ético-político. Essa dinâmica de hostilidade sutil culmina na quebra definitiva do princípio do acolhimento e inviabiliza o estabelecimento do vínculo terapêutico, que é a espinha dorsal da Atenção Primária. Sob a ótica do modelo de análise de acesso de Assis e Jesus (2012), o ingresso aos serviços de saúde pressupõe uma consonância entre as necessidades dos sujeitos e a capacidade de resposta resolutiva da rede. Quando a APS falha em oferecer um espaço psicologicamente seguro, o direito constitucional à saúde é sumariamente violado. A mulher lésbica, ao perceber que sua existência é invalidada na arena pública do cuidado, opta pelo autoisolamento assistencial, recorrendo ao sistema apenas em situações de extrema urgência médica ou agudização de quadros clínicos, o que sobrecarrega os serviços de média e alta complexidade e rompe com a lógica da contratualidade e da prevenção preconizadas pelo SUS.

Considerações finais

A presente revisão de literatura evidenciou que mulheres lésbicas ainda enfrentam importantes barreiras no acesso e na permanência nos serviços de saúde, mesmo diante dos avanços conquistados pelas políticas públicas voltadas à população LGBTQIAPN+. Os estudos

analisados demonstraram que a heteronormatividade institucional, o despreparo profissional, a invisibilidade assistencial e a desinformação permanecem como fatores centrais na produção das desigualdades em saúde dessa população.

Observou-se que os serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), ainda operam sob uma lógica predominantemente heteronormativa, desconsiderando experiências, práticas sexuais e necessidades específicas de mulheres lésbicas. Essa realidade favorece situações de constrangimento, discriminação e violência simbólica, comprometendo a integralidade do cuidado e contribuindo para o afastamento dessas mulheres dos espaços de assistência em saúde.

Além disso, verificou-se que a insuficiência de formação acadêmica e de capacitação permanente dos profissionais da saúde representa uma das principais limitações para a efetivação das políticas públicas existentes. A dificuldade em abordar a diversidade sexual de maneira ética, acolhedora e humanizada impacta diretamente a qualidade da assistência prestada, especialmente nas áreas de saúde sexual, prevenção de ISTs, acompanhamento ginecológico e promoção da saúde integral.

Os resultados também demonstraram que a desinformação constitui um importante agravante para a vulnerabilidade em saúde de mulheres lésbicas. A ausência de orientações específicas sobre prevenção, sexualidade e cuidados ginecológicos reforça falsas percepções de baixo risco, favorecendo práticas inseguras e reduzindo a adesão aos serviços preventivos.

Sob o olhar socioantropológico, compreende-se que tais desigualdades não são produzidas apenas por falhas individuais, mas por estruturas sociais e institucionais historicamente construídas, que reproduzem relações de poder, exclusão e invisibilidade dentro dos serviços de saúde. Nesse contexto, torna-se indispensável reconhecer que a efetivação da equidade em saúde depende não apenas da existência de políticas públicas, mas também da transformação das práticas assistenciais e dos processos formativos na área da saúde.

Diante disso, conclui-se que é fundamental fortalecer estratégias de educação permanente voltadas à diversidade sexual e de gênero, ampliar discussões sobre saúde LGBTQIAPN+ na formação acadêmica e promover práticas de cuidado baseadas no acolhimento, respeito e humanização. Somente por meio dessas mudanças será possível garantir a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde — universalidade, integralidade e equidade — assegurando às mulheres lésbicas um cuidado digno, inclusivo e verdadeiramente integral.

Referências

ALVES, I. G.; MOREIRA, L. E.; PRADO, M. A. M. Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: política, movimento e heteronormatividade. Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande, v. 12, n. 3, p. 145-161, jul./set. 2020.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BOURDIEU, Pierre. O senso prático. Petrópolis: Vozes, 2009.

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

DOULL, M. et al. Why Girls Choose Not to Use Barriers to Prevent Sexually Transmitted Infection During Female-to-Female Sex. Journal of Adolescent Health, v. 62, n. 4, p. 411-416, 2018. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2017.10.005.

MISKOLCI, Richard et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3815-3826, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022279.06642022.

PARENTI, Ana Beatriz Henrique et al. Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 303-315, jan. 2023.

PORTELLA, Ana Paula. Direitos sexuais e necessidades de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais na percepção de profissionais de saúde e usuárias do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 23-30.

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, São Paulo, v. 30, n. 3, p. e200640, 2021.

TORRES, Juliana Lustosa et al. O Inquérito Nacional de Saúde LGBT+: metodologia e resultados descritivos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, e00069521, 2021.

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. 1451-1467, 2011.