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

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

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

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

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.

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.

Introducción

La salud de la población LGBTQIAPN+ ha adquirido mayor visibilidad en las últimas décadas, especialmente en el contexto de las políticas públicas dirigidas a promover la equidad y la universalidad del cuidado en el Sistema Único de Salud (SUS). A pesar de los avances institucionales y de la formulación de políticas específicas, las mujeres lesbianas todavía enfrentan numerosas barreras para acceder y permanecer en los servicios de salud, y con frecuencia sufren procesos de invisibilización, prejuicio y falta de preparación profesional. Esta realidad evidencia que la atención de salud sigue fuertemente influida por patrones heteronormativos que dificultan el reconocimiento de las necesidades específicas de esta población (BRASIL, 2013).

El acceso a la salud no se limita a la disponibilidad física de los servicios, sino que comprende dimensiones sociales, culturales y simbólicas que influyen directamente en la experiencia de los usuarios en el sistema de salud. En este sentido, Assis y Jesus (2012) destacan que el acceso debe entenderse como un proceso complejo, relacionado tanto con las condiciones estructurales de los servicios como con las relaciones establecidas entre profesionales y usuarios. Aplicado a la realidad de las mujeres lesbianas, este debate cobra aún más relevancia, pues muchas dejan de buscar asistencia por temor a la discriminación, a la invalidación de sus identidades y a la violencia institucional.

Históricamente, la sexualidad femenina fue construida desde perspectivas marcadas por la normatividad heterosexual y el silenciamiento de las disidencias sexuales. Como consecuencia, las mujeres lesbianas pasaron a ocupar un espacio de invisibilidad en las prácticas

asistenciales y fueron frecuentemente excluidas de las campañas preventivas, las orientaciones ginecológicas y las estrategias de promoción de la salud. Valadão y Gomes (2011) señalan que la homosexualidad femenina en el campo de la salud transita entre la invisibilidad y distintas formas de violencia simbólica, manifestadas mediante conductas discriminatorias, situaciones incómodas y ausencia de una acogida adecuada durante la atención.

Además, las deficiencias en la formación académica y profesional contribuyen significativamente al mantenimiento de estas desigualdades. Muchos profesionales de salud no reciben preparación adecuada para abordar cuestiones relacionadas con la diversidad sexual y de género, por lo que reproducen estigmas sociales y prácticas excluyentes en la atención cotidiana. Según Portella (2014), la percepción de las usuarias lesbianas y bisexuales evidencia que la asistencia ofrecida por el SUS sigue marcada por la desinformación y por la dificultad de los profesionales para comprender las particularidades de esta población, lo que compromete la integralidad del cuidado y el establecimiento de vínculos terapéuticos.

Desde una perspectiva socioantropológica, estas problemáticas pueden entenderse como reflejos de estructuras simbólicas históricamente construidas en la sociedad. Pierre Bourdieu (1998) sostiene que los mecanismos de poder simbólico actúan silenciosamente en la reproducción de las desigualdades sociales, naturalizando prácticas discriminatorias y legitimando relaciones de dominación. En este contexto, la heteronormatividad presente en las instituciones de salud puede entenderse como una forma de violencia simbólica que margina las experiencias sexuales disidentes y dificulta el reconocimiento de las demandas de las mujeres lesbianas en el sistema de salud. El autor también destaca que estas estructuras sociales se reproducen mediante el habitus e influyen en los comportamientos, las percepciones y las prácticas profesionales de la vida institucional cotidiana (BOURDIEU, 2009).

Ante este escenario, resulta fundamental ampliar las discusiones sobre la salud de las mujeres lesbianas, considerando no solo los aspectos biomédicos, sino también los factores sociales, culturales y políticos que atraviesan sus experiencias en los servicios de salud. Así, mediante una revisión de la literatura, este estudio tiene como objetivo analizar los desafíos enfrentados en la atención de salud de las mujeres lesbianas, con énfasis en la falta de preparación profesional y la desinformación desde una perspectiva socioantropológica, procurando comprender cómo estos factores contribuyen a perpetuar las desigualdades en el acceso y la asistencia sanitaria.

Metodología

El presente estudio se caracteriza como una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, desarrollada mediante una revisión narrativa de la literatura con enfoque socioantropológico. Este tipo de investigación permite comprender, interpretar y discutir críticamente los fenómenos sociales relacionados con la atención de salud de las mujeres lesbianas, especialmente las barreras de acceso, la falta de preparación profesional y las prácticas de invisibilización presentes en los servicios de salud.

La investigación se realizó a partir de un levantamiento bibliográfico en bases de datos científicas nacionales e internacionales, entre ellas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual en Salud (BVS), PubMed y Google Académico. Para buscar los estudios se utilizaron descriptores en portugués e inglés combinados mediante los operadores booleanos AND y OR, entre ellos: “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” y “Health Services Accessibility”.

Se incluyeron artículos científicos, documentos institucionales, disertaciones y políticas públicas publicados entre 2010 y 2025, disponibles en texto completo y que abordaran directamente la salud de las mujeres lesbianas, los desafíos en el acceso a los servicios de salud, la actuación de los profesionales y las desigualdades estructurales relacionadas con la sexualidad. También se utilizaron referencias teóricas clásicas anteriores al período definido, debido a su relevancia conceptual y a su contribución a la fundamentación socioantropológica de la investigación. Se excluyeron estudios duplicados, trabajos incompletos, producciones sin relación directa con el objeto de estudio y artículos cuyo enfoque principal no contemplara la realidad de la población lesbiana en el contexto de la salud colectiva.

La selección del material se realizó en tres etapas: lectura de los títulos, lectura de los resúmenes y lectura integral de los textos seleccionados. Tras esta evaluación, los estudios considerados relevantes fueron analizados de manera interpretativa y crítica, lo que permitió identificar categorías temáticas centrales, como heteronormatividad institucional, invisibilidad lesbiana, violencia simbólica, falta de preparación profesional, barreras informativas y dificultades de acceso a la Atención Primaria de Salud (APS).

Además de la literatura científica, se utilizaron documentos normativos del Ministerio de Salud, especialmente la Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales (PNSI-LGBT), por constituir importantes marcos legales para el análisis de las políticas públicas dirigidas a la población LGBTQIAPN+.

La interpretación de los datos se fundamentó en referencias de la sociología y la antropología de la salud, con énfasis en las contribuciones teóricas de Pierre Bourdieu acerca

del poder simbólico, la violencia simbólica y la reproducción de las desigualdades sociales. Esta perspectiva permitió comprender cómo las prácticas discriminatorias y los discursos heteronormativos se reproducen institucionalmente en los servicios de salud y afectan directamente la calidad de la asistencia prestada a las mujeres lesbianas.

Por tratarse de una investigación basada exclusivamente en fuentes bibliográficas y documentos de dominio público, el estudio no requirió presentación ante un Comité de Ética en Investigación, conforme a las directrices de la Resolución n.º 510/2016 del Consejo Nacional de Salud, relativa a investigaciones en Ciencias Humanas y Sociales.

Desarrollo

La discusión sobre la salud de las mujeres lesbianas en Brasil aún enfrenta importantes lagunas académicas, institucionales y asistenciales, pese a los avances logrados en las políticas públicas dirigidas a la población LGBTQIAPN+. Aunque el SUS se basa en los principios de universalidad, integralidad y equidad, la realidad cotidiana demuestra que las mujeres lesbianas continúan sometidas a barreras que dificultan el acceso pleno y humanizado a los servicios de salud, especialmente en la Atención Primaria de Salud (APS).

Históricamente, los servicios de salud se organizaron a partir de una lógica heteronormativa, en la que la heterosexualidad se considera el patrón universal de comportamiento y experiencia sexual. Esta estructura influye directamente en la forma en que los profesionales prestan atención, generando invisibilidad y exclusión de las mujeres que no encajan en ese modelo. Valadão y Gomes (2011) afirman que la homosexualidad femenina en el campo de la salud sigue marcada por la invisibilidad y la violencia simbólica, pues muchas mujeres lesbianas relatan experiencias incómodas, discriminación y ausencia de acogida durante la atención.

En este contexto, la invisibilidad lesbofóbica se manifiesta de distintas maneras en los servicios de salud. Rodrigues y Falcão (2021) destacan que la presunción automática de la heterosexualidad de las pacientes constituye una de las principales formas de exclusión institucional, especialmente en las consultas ginecológicas. En muchos casos, los profesionales no investigan las prácticas sexuales, las identidades ni las necesidades específicas de estas mujeres, lo que ocasiona orientaciones inadecuadas, fallas preventivas y alejamiento de los servicios. Esta situación contribuye directamente a la baja adhesión a los exámenes ginecológicos preventivos y a la búsqueda tardía de atención médica.

Además de las barreras actitudinales, la falta de preparación profesional constituye uno de los principales obstáculos para hacer efectiva la asistencia integral. La formación académica en salud todavía aborda de manera limitada los temas relacionados con la diversidad sexual y de género, perpetuando discursos biologicistas y excluyentes. Según Portella (2014), los profesionales manifiestan con frecuencia inseguridad y desconocimiento ante las demandas específicas de las mujeres lesbianas y bisexuales, comprometiendo la calidad de la asistencia ofrecida y dificultando la construcción de vínculos terapéuticos.

Miskolci et al. (2022) refuerzan que la ausencia de capacitación profesional sigue siendo un importante desafío estructural dentro del SUS. Los autores señalan que el “no saber” se utiliza a menudo como justificación para no aplicar efectivamente las políticas públicas dirigidas a la población LGBTQIAPN+, revelando una lógica institucional que naturaliza la exclusión de estas mujeres de los espacios de cuidado. De este modo, aun con la existencia de la Política Nacional de Salud Integral LGBT, muchas prácticas discriminatorias continúan presentes en la atención cotidiana.

Otro aspecto relevante se refiere a las barreras informativas que enfrentan las mujeres lesbianas en los servicios de salud. Los estudios demuestran que esta población recibe menos orientaciones sobre salud sexual y reproductiva que las mujeres heterosexuales. Parenti et al. (2023) identificaron que las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres presentan un menor nivel de conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y sida, situación directamente relacionada con la omisión de información por parte de los profesionales de salud. Esta negligencia contribuye a la falsa percepción de que las relaciones entre mujeres no presentan riesgo o presentan un riesgo reducido de transmisión de ITS, aumentando la vulnerabilidad de esta población.

En apoyo de esta discusión, Doull et al. (2018) demuestran que muchas mujeres lesbianas dejan de utilizar métodos preventivos durante las relaciones sexuales debido a la falta de información adecuada sobre prácticas seguras y prevención de ITS. Esta realidad evidencia que la desinformación no se deriva únicamente de la falta de acceso al conocimiento, sino también de la insuficiencia de estrategias educativas inclusivas en los servicios de salud.

La discriminación institucional también produce impactos significativos en la salud mental de esta población. Torres et al. (2021), mediante la Encuesta Nacional de Salud LGBT+, evidenciaron una elevada frecuencia de episodios discriminatorios vividos por la población LGBTQIAPN+, además de índices importantes de sufrimiento psíquico y diagnóstico de depresión. El temor al prejuicio y a la violencia simbólica lleva a muchas mujeres lesbianas a

evitar los servicios de salud, interrumpir el seguimiento clínico y reducir la búsqueda de asistencia preventiva.

Desde una perspectiva socioantropológica, estas desigualdades pueden entenderse a partir de las contribuciones teóricas de Pierre Bourdieu. Para el autor, el poder simbólico actúa de manera silenciosa y naturalizada en la reproducción de las relaciones de dominación social (BOURDIEU, 1998). En los servicios de salud, la heteronormatividad institucional funciona como un mecanismo de violencia simbólica, imponiendo patrones considerados legítimos y marginando identidades disidentes. Así, las prácticas discriminatorias se reproducen cotidianamente, muchas veces sin ser reconocidas explícitamente por los propios profesionales.

Bourdieu (2009) también destaca que el habitus influye en los comportamientos y las prácticas institucionales, contribuyendo al mantenimiento de estructuras sociales excluyentes. En este sentido, la falta de preparación profesional no debe analizarse únicamente como una falla individual, sino como el resultado de una formación históricamente construida desde perspectivas biomédicas y heteronormativas que invisibilizan las particularidades de la población lesbiana.

A pesar de los avances obtenidos en las últimas décadas, como la creación en 2011 de la Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales, aún existe una distancia significativa entre las directrices legales y la práctica cotidiana de los servicios de salud. Alves, Moreira y Prado (2020) afirman que la existencia de políticas públicas, por sí sola, no garantiza la efectividad de los derechos de esta población, especialmente cuando persisten barreras estructurales, prejuicios institucionales y falta de capacitación profesional.

De este modo, resulta evidente que la promoción de la salud integral de las mujeres lesbianas exige cambios que superen el campo biomédico e involucren transformaciones culturales, institucionales y educativas. Es fundamental fortalecer las estrategias de educación permanente en salud, ampliar las discusiones sobre diversidad sexual en la formación académica y desarrollar prácticas asistenciales basadas en la acogida, la equidad y el respeto a las singularidades de las personas. Solo a partir de estos cambios será posible construir un cuidado verdaderamente integral, humanizado y comprometido con los principios del SUS.

Resultados y discusión

La revisión de la literatura permitió identificar que los principales desafíos que enfrentan las mujeres lesbianas para acceder a los servicios de salud se relacionan con la

heteronormatividad institucional, la falta de preparación profesional, la invisibilidad asistencial y la deficiencia de información específica sobre salud sexual y reproductiva. Los estudios analizados demuestran que, pese a los avances legales y las políticas públicas dirigidas a la población LGBTQIAPN+, persisten barreras estructurales y simbólicas que dificultan la efectividad de la atención integral en el SUS.

Autor/Año	Objetivo del estudio	Principales resultados	Contribución al presente estudio
Valadão y Gomes (2011)	Discutir la homosexualidad femenina en el campo de la salud	Identificaron invisibilidad, discriminación y violencia simbólica en los servicios de salud	Evidencia la exclusión institucional y la dificultad de acogida a las mujeres lesbianas
Portella (2014)	Analizar la percepción de profesionales y usuarias del SUS	Demostró falta de preparación profesional y dificultades en la asistencia integral	Fundamenta la discusión sobre desinformación y fallas en la formación sanitaria
Rodrigues y Falcão (2021)	Investigar experiencias ginecológicas de mujeres lesbianas y bisexuales	Identificaron presunción de heterosexualidad y situaciones incómodas durante las consultas	Refuerza la invisibilidad lesbofóbica en la asistencia ginecológica
Miskolci et al. (2022)	Reflexionar sobre los desafíos de salud de la población LGBTI+ en Brasil	Señalaron barreras de acceso, falta de capacitación y fallas en la aplicación de políticas públicas	Sustenta el análisis de las limitaciones estructurales del SUS
Torres et al. (2021)	Caracterizar demandas y barreras de acceso de la población LGBT+	Verificaron altos índices de discriminación y sufrimiento psíquico	Relaciona la exclusión institucional con los impactos en la salud mental
Parenti et al. (2023)	Evaluar el conocimiento sobre ITS/sida entre mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres	Identificaron bajo conocimiento sobre ITS y menor acceso a información en los servicios	Demuestra los efectos de la desinformación en la vulnerabilidad sanitaria
Doull et al. (2018)	Investigar el uso de métodos preventivos entre mujeres lesbianas	Evidenciaron baja adhesión al uso de barreras preventivas	Relaciona la ausencia de orientación profesional con el aumento de riesgos sexuales
Alves, Moreira y Prado (2020)	Discutir la heteronormatividad y las políticas públicas	Identificaron una distancia entre las políticas públicas y la práctica asistencial	Fundamenta el análisis crítico de la efectividad de las políticas de salud LGBT

Fuente: Elaborada por los autores (2026).

Los resultados evidencian que la heteronormatividad sigue siendo una de las principales barreras para la asistencia integral de las mujeres lesbianas. Valadão y Gomes (2011) señalan que la sexualidad femenina disidente todavía es tratada con invisibilidad en los servicios de salud, situación que favorece prácticas discriminatorias y dificulta la acogida humanizada. Esta invisibilidad se manifiesta especialmente en la APS, considerada la principal puerta de entrada al SUS.

Rodrigues y Falcão (2021) demuestran que la presunción automática de heterosexualidad durante las consultas ginecológicas compromete directamente la calidad de la asistencia. Muchas mujeres lesbianas relatan situaciones incómodas, temor a la discriminación

y ausencia de escucha cualificada, factores que contribuyen a la baja adhesión a los exámenes preventivos y al alejamiento de los servicios de salud.

Además, la falta de preparación profesional fue identificada como una barrera recurrente en los estudios analizados. Portella (2014) destaca que los profesionales de salud suelen presentar dificultades para abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad de las mujeres lesbianas y bisexuales, reproduciendo discursos heteronormativos y prácticas excluyentes. Miskolci et al. (2022) refuerzan que la ausencia de capacitación profesional y las deficiencias en la aplicación de las políticas públicas LGBTQIAPN+ representan importantes obstáculos para hacer efectiva la equidad en salud.

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, Parenti et al. (2023) identificaron que las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres poseen menor acceso a información sobre ITS/sida que las mujeres heterosexuales. Esta realidad contribuye a la falsa percepción de ausencia de riesgo en las relaciones entre mujeres y amplía las vulnerabilidades. Doull et al. (2018) también verificaron una baja adhesión al uso de métodos preventivos, directamente relacionada con la insuficiencia de orientaciones específicas proporcionadas por los servicios de salud.

Los impactos de estas barreras superan el campo físico y afectan significativamente la salud mental. Torres et al. (2021) evidenciaron elevados índices de discriminación y sufrimiento psíquico entre personas LGBTQIAPN+, demostrando que las experiencias negativas en los servicios de salud contribuyen a sentimientos de exclusión, ansiedad y enfermedad emocional.

Desde una perspectiva socioantropológica, estas desigualdades pueden entenderse a partir de las contribuciones de Pierre Bourdieu sobre la violencia y el poder simbólicos. La heteronormatividad institucionalizada opera como mecanismo de reproducción de las desigualdades, naturaliza prácticas discriminatorias dentro de los servicios de salud y dificulta el reconocimiento de las necesidades específicas de las mujeres lesbianas.

De este modo, los estudios analizados demuestran que la existencia de políticas públicas, aunque fundamental, no basta para garantizar la integralidad del cuidado. Resulta indispensable invertir en educación permanente de los profesionales de salud, fortalecer las políticas de equidad y construir prácticas asistenciales basadas en la acogida, el respeto a la diversidad sexual y la humanización del cuidado.

El análisis conjunto de la literatura científica seleccionada y de los marcos regulatorios de la salud pública en Brasil revela un escenario de persistentes asimetrías asistenciales. Aunque la arquitectura institucional del SUS se rige por los principios democráticos de universalidad y equidad, la operación del cuidado a las mujeres lesbianas y bisexuales en la APS está

atravesada por barreras invisibles, pero rígidamente estructuradas. Para comprender la complejidad de estos obstáculos, los hallazgos se organizaron en cuatro ejes socioantropológicos integrados.

La organización histórica de los servicios de salud en Occidente se consolidó a imagen del modelo biomédico tradicional, que opera no solo desde una presunta neutralidad técnica, sino también bajo la égida de la matriz heterosexual como norma obligatoria y patrón de normalidad orgánica y conductual. Los datos revisados demuestran que la heteronormatividad institucional no se manifiesta únicamente mediante episodios de violencia verbal o rechazo explícito de la atención; se establece, de forma mucho más perversa, a través de mecanismos de exclusión tácita y silenciamiento. Al dialogar con el marco teórico de Pierre Bourdieu, se comprende que el espacio clínico de la APS funciona como un campo social dotado de reglas propias, donde el cuerpo médico y multiprofesional posee el monopolio del capital técnico y del discurso legítimo. En este campo, la presunción automática de la heterosexualidad de las usuarias —identificada unánimemente en la literatura como barrera crítica en la asistencia ginecológica— constituye una clara expresión de violencia simbólica. Como postula Bourdieu, la violencia simbólica se ejerce sobre un agente con su complicidad o sumisión forzada, pues las estructuras de dominación están internalizadas en los propios esquemas de percepción de la vida cotidiana. Cuando el profesional inicia una anamnesis ginecológica suponiendo que la paciente tiene pareja masculina y exige métodos anticonceptivos heterosexuales, impone un marco identitario arbitrario. Ante esta situación institucionalizada, la mujer lesbiana queda en una encrucijada: o realiza una autodeclaración forzada de su orientación sexual, exponiéndose al riesgo inminente de juicio y ruptura de la acogida, o guarda silencio y se somete a un examen clínicamente inadecuado y desconectado de sus necesidades preventivas reales. Esta tensión constante satura la experiencia de la usuaria en el servicio y transforma la unidad de salud —que debería ser un locus de seguridad— en un ambiente de vulnerabilización y vigilancia moral. Como consecuencia directa de esta dinámica de opresión silenciosa, se observa el alejamiento sistemático de estas mujeres de las rutinas de detección ginecológica, lo que da lugar a diagnósticos tardíos de patologías prevenibles.

Los resultados evidencian que la falta de preparación de los profesionales de la APS no puede interpretarse únicamente como una laguna cognitiva individual o como resultado de una desatención puntual de los trabajadores de primera línea. Se trata, fundamentalmente, de un producto estructural del proceso de formación académica en las ciencias de la salud, que históricamente prioriza una perspectiva estrictamente biológica, fragmentada y ajena a los determinantes sociales de la salud, el género y la sexualidad. Para entender la permanencia de

esta desinformación técnica en la vida cotidiana de los servicios, conviene recurrir al concepto de habitus de Bourdieu, definido como un sistema de disposiciones duraderas y transferibles que funciona como base generadora de prácticas estructuradas y estructurantes. Durante la formación en Medicina y Enfermería, los estudiantes interiorizan un habitus profesional que considera el cuerpo reproductivo heterosexual como objeto estándar de intervención clínica. Lo que escapa a esa medida normativa es empujado a los márgenes del currículo o tratado como una excentricidad conductual carente de sólida relevancia epidemiológica. Este déficit educativo sistemático engendra lo que la literatura contemporánea denomina la política del "no saber". Como señalan los estudios revisados, la frecuente alegación de falta de capacitación técnica o desconocimiento de las directrices de la Política Nacional de Salud Integral LGBT no opera como confesión de una falla, sino como justificación socialmente aceptada e institucionalizada para perpetuar la omisión asistencial. El "no saber" se convierte en un escudo burocrático: los profesionales se sienten eximidos de ofrecer una atención integral porque la propia institución legitima la ausencia de ese conocimiento en sus repertorios prácticos. Así, la reproducción de estigmas y el rechazo encubierto de la atención ginecológica o preventiva a mujeres que tienen relaciones sexuales exclusivamente con mujeres se perpetúan sin sanción ni extrañeza ética en la vida cotidiana de las Unidades Básicas de Salud. De este modo, el habitus médico sabotea la aplicación práctica de las normas de equidad defendidas por el Ministerio de Salud.

Uno de los hallazgos más alarmantes de la literatura analizada se refiere al abismo informativo que rodea la salud sexual de las mujeres lesbianas y bisexuales. Existe una percepción persistente y errónea, compartida tanto por los profesionales de salud como por la comunidad en general, de que las relaciones sexuales entre mujeres presentan un riesgo nulo o insignificante para la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y sida. Esta premisa infundada genera una cadena de desatención que aumenta sustancialmente la vulnerabilidad epidemiológica de esta población. Las barreras informativas operan por dos vías complementarias. Por un lado, los materiales educativos tradicionales, los folletos de campañas preventivas y las estrategias de comunicación masiva del SUS se dirigen mayoritariamente a prácticas heterosexuales o al segmento de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, omitiendo sistemáticamente las especificidades anatómicas y de las prácticas sexuales entre mujeres. Por otro lado, en el microespacio del consultorio, los profesionales evitan proporcionar orientaciones explícitas sobre el uso de barreras preventivas —como láminas de látex, higiene de juguetes sexuales y uso de preservativos en los dedos— debido a su propia ignorancia técnica o incomodidad moral al verbalizar estas prácticas. Este silencio clínico produce activamente

desinformación. Cuando el servicio de salud no educa, avala la discontinuidad del cuidado preventivo. Las usuarias, privadas de apoyo científico específico y de insumos preventivos adecuados distribuidos gratuitamente en la red pública, terminan adoptando prácticas que subestiman las vías de contagio de infecciones como el VPH, el VIH, la sífilis y el herpes genital. La vulnerabilidad, por tanto, no es una característica intrínseca de la orientación sexual de las mujeres lesbianas, sino una condición producida social e institucionalmente por la negativa del sistema de salud a universalizar el acceso a información cualificada y a insumos de barrera.

Por último, es imperativo analizar cómo los determinantes sociales de la orientación sexual repercuten de manera profunda y perjudicial en la dimensión psíquica de las mujeres lesbianas. El sufrimiento mental identificado en los datos —caracterizado por tasas importantes de ansiedad generalizada, depresión crónica e ideación suicida— no puede desvincularse de las experiencias sistemáticas de discriminación y exclusión vividas por las usuarias a lo largo de sus trayectorias de búsqueda de asistencia. La lesbofobia institucional actúa como un factor de estrés crónico. La necesidad recurrente de reprimir la propia identidad, el temor anticipado al rechazo o a miradas de desaprobación por parte del personal de recepción y enfermería, así como el recuerdo de atenciones previas traumáticas, desencadenan un proceso de sufrimiento ético-político. Esta dinámica de hostilidad sutil culmina en la ruptura definitiva del principio de acogida e imposibilita establecer el vínculo terapéutico, columna vertebral de la Atención Primaria. Desde la perspectiva del modelo de análisis del acceso de Assis y Jesus (2012), el ingreso a los servicios de salud presupone una consonancia entre las necesidades de los sujetos y la capacidad de respuesta resolutiva de la red. Cuando la APS no ofrece un espacio psicológicamente seguro, el derecho constitucional a la salud es vulnerado sumariamente. Al percibir que su existencia es invalidada en la arena pública del cuidado, la mujer lesbiana opta por el autoaislamiento asistencial y recurre al sistema solo en situaciones de extrema urgencia médica o agudización de cuadros clínicos, lo que sobrecarga los servicios de mediana y alta complejidad y rompe con la lógica de contractualidad y prevención defendida por el SUS.

Consideraciones finales

La presente revisión de la literatura evidenció que las mujeres lesbianas todavía enfrentan importantes barreras para acceder y permanecer en los servicios de salud, incluso ante los avances logrados por las políticas públicas dirigidas a la población LGBTQIAPN+. Los estudios analizados demostraron que la heteronormatividad institucional, la falta de preparación

profesional, la invisibilidad asistencial y la desinformación siguen siendo factores centrales en la producción de desigualdades de salud en esta población.

Se observó que los servicios de salud, especialmente la APS, aún operan bajo una lógica predominantemente heteronormativa, desconsiderando las experiencias, las prácticas sexuales y las necesidades específicas de las mujeres lesbianas. Esta realidad favorece situaciones incómodas, discriminación y violencia simbólica, comprometiendo la integralidad del cuidado y contribuyendo al alejamiento de estas mujeres de los espacios de asistencia sanitaria.

Además, se verificó que la insuficiencia de formación académica y de capacitación permanente de los profesionales de salud representa una de las principales limitaciones para hacer efectivas las políticas públicas existentes. La dificultad para abordar la diversidad sexual de manera ética, acogedora y humanizada afecta directamente la calidad de la asistencia prestada, especialmente en las áreas de salud sexual, prevención de ITS, seguimiento ginecológico y promoción integral de la salud.

Los resultados también demostraron que la desinformación constituye un importante agravante de la vulnerabilidad sanitaria de las mujeres lesbianas. La ausencia de orientaciones específicas sobre prevención, sexualidad y cuidados ginecológicos refuerza falsas percepciones de bajo riesgo, favorece prácticas inseguras y reduce la adhesión a los servicios preventivos.

Desde una perspectiva socioantropológica, se comprende que estas desigualdades no son producidas únicamente por fallas individuales, sino por estructuras sociales e institucionales históricamente construidas que reproducen relaciones de poder, exclusión e invisibilidad dentro de los servicios de salud. En este contexto, resulta indispensable reconocer que la efectividad de la equidad en salud depende no solo de la existencia de políticas públicas, sino también de la transformación de las prácticas asistenciales y de los procesos formativos en salud.

Por ello, se concluye que es fundamental fortalecer las estrategias de educación permanente dirigidas a la diversidad sexual y de género, ampliar las discusiones sobre salud LGBTQIAPN+ en la formación académica y promover prácticas de cuidado basadas en la acogida, el respeto y la humanización. Solo mediante estos cambios será posible hacer realidad los principios del SUS —universalidad, integralidad y equidad— y garantizar a las mujeres lesbianas una atención digna, inclusiva y verdaderamente integral.

Referencias

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.