ARTIGO ORIGINAL

Percepção das mulheres lésbicas e bissexuais sobre o acesso à saúde sexual e práticas preventivas

Perceptions of lesbian and bisexual women regarding access to sexual health and preventive practices

Percepción de mujeres lesbianas y bisexuales sobre acceso a la salud sexual y prácticas preventivas

Bei, Vivian Vianna;[1] Morais, Bruna Esteves de;[2] Oliveira, Priscilla Caroliny de;[3] Silva, Marcos Morais Santos[4]

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção das mulheres lésbicas e bissexuais em relação às barreiras no acesso a serviços de saúde sexual e à implementação de práticas preventivas eficazes contra as infecções sexualmente transmissíveis. **Método:** Estudo descritivo e exploratório, abordagem qualitativa, realizado remotamente no Brasil, por amostragem não probabilística, técnica bola de neve. A coleta ocorreu entre fevereiro e março de 2025, com questionário sociodemográfico e entrevistas. Os dados foram analisados por análise categorial temática. **Resultados:** Emergiram duas temáticas: relação com profissionais de saúde, marcada pela invisibilidade da orientação sexual, julgamentos e, em poucos casos, acolhimento qualificado; e barreiras na prevenção, resultando em estratégias individuais de cuidado, sem respaldo profissional. **Conclusão:** Evidencia-se a importância de incluir mulheres lésbicas e bissexuais nos debates em saúde e fortalecer ações e políticas comprometidas e inclusivas.
Descritores: Minorias sexuais e de gênero; Infecções sexualmente transmissíveis; Saúde sexual; Equidade de gênero

ABSTRACT

***Objective**: To understand lesbian and bisexual women's perception regarding barriers to accessing sexual health services and the implementation of preventive practices effective against sexually transmitted infections. **Method**: Descriptive and exploratory study, qualitative approach, conducted remotely in Brazil, using non-probabilistic sampling, snowball technique. Data collection took place between February and March 2025, using a sociodemographic questionnaire and interviews. The data were analyzed through categorical thematic analysis. **Results**: Two themes emerged: relationship with health professionals, marked by the invisibility of sexual orientation, judgment, and, in a few cases, qualified care; and barriers in prevention, resulting in individual care strategies, without professional support. **Conclusion**: It is important to include lesbian and bisexual women in health debates and to strengthen committed and inclusive actions and policies.*
***Descriptors**: Sexual and gender minorities; Sexually transmitted diseases; Sexual health; Gender equity*

1 Faculdade Israelita de Ciências da Saude Albert Einstein (FICSAE). São Paulo, São Paulo (SP). Brasil (BR). E-mail: vivianbei40@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0009-0006-0143-6211
2 2 Faculdade Israelita de Ciências da Saude Albert Einstein (FICSAE). São Paulo, São Paulo (SP). Brasil (BR). E-mail: brunaesteves07@yahoo.com.br ORCID: https://orcid.org/0009-0008-9037-1396
3 Faculdade Israelita de Ciências da Saude Albert Einstein (FICSAE). São Paulo, São Paulo (SP). Brasil (BR). E-mail: priscilla.carolinyoliveira@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5511-1547
4 Faculdade Israelita de Ciências da Saude Albert Einstein (FICSAE). São Paulo, São Paulo (SP). Brasil (BR). E-mail: marcosmoss30@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6790-1490

Como citar: Bei VV, Morais BE, Oliveira PC, Silva MMS. Percepção das mulheres lésbicas e bissexuais sobre o acesso à saúde sexual e práticas preventivas. J. nurs. health. 2026;16(3):e1631446. DOI: https://doi.org/10.15210/jonah.v16i3.31446

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença *Creative Commons* CC BY NC. É permitido que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, para fins não comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

RESUMEN

Objetivo: *Comprender la percepción de mujeres lesbianas y bisexuales en relación con las barreras de acceso a servicios de salud sexual y prácticas preventivas eficaces contra las infecciones de transmisión sexual.* ***Método:*** *Estudio descriptivo y exploratorio, enfoque cualitativo, realizado remotamente en Brasil, mediante muestreo no probabilístico, técnica bola de nieve. La recolección ocurrió entre febrero y marzo de 2025, con cuestionario sociodemográfico y entrevistas. Los datos fueron analizados mediante análisis categorial temático.* ***Resultados:*** *Surgieron dos temáticas: relación con profesionales de salud, marcada por invisibilidad de la orientación sexual, juicios y, en pocos casos, acogida calificada; y barreras en la prevención, resultando en estrategias individuales de cuidado, sin respaldo profesional.* ***Conclusión:*** *Se evidencia la importancia de incluir mujeres lesbianas y bisexuales en los debates en salud y fortalecer acciones comprometidas y políticas inclusivas.*

Descriptores: *Minorías sexuales y de género; Enfermedades de transmisión sexual; Salud sexual; Equidade género*

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) constituem uma das mais graves questões de saúde pública,[1] afetando indivíduos globalmente e resultando em significativas repercussões na saúde. Apesar da ampla documentação e compreensão das ISTs na população geral, existem evidências de que mulheres lésbicas e bissexuais enfrentam desafios únicos e frequentemente são negligenciadas nos esforços de pesquisa e saúde pública.[2] Estudos demonstram que a população LGBTQ+ enfrenta barreiras no acesso a serviços de saúde adequados e na recepção de cuidados preventivos eficazes, em grande parte devido a estereótipos e a uma compreensão inadequada de seus comportamentos de saúde sexual.[3]

A invisibilidade de mulheres lésbicas e bissexuais na saúde ganhou ênfase com a epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) nos anos 80, especialmente ao correlacionar somente as práticas homossexuais masculinas ao alvo de transmissão do vírus do HIV.[4] Enquanto estudos buscavam analisar as dimensões de vulnerabilidade que acometiam esta população no contexto do HIV/Aids, a crença de que relações entre mulheres cisgênero constituíam um fator de proteção contra as ISTs contribuiu para uma concepção equivocada das suas necessidades em saúde.[5]

Mesmo com a comprovação de que as ISTs podem afetar qualquer grupo social, identidade de gênero ou orientação sexual,[6] é possível observar lacunas na abordagem científica de demandas em saúde voltadas para mulheres cisgênero que realizam práticas sexuais para além da penetração peniana, como sexo boca-vulva, vulva-vulva, vulva-vagina e penetração com o uso de acessórios sexuais e/ou dedos.[6] Este fato reforça a ideia de que esse tipo de relação não confere risco à saúde sexual dessas pessoas, tornando-as mais expostas e consequentemente mais vulneráveis às ISTs.

Além disso, o não reconhecimento social da relação sem penetração peniana como prática sexual contribui para uma diminuição significativa de acesso destas mulheres aos serviços de saúde, sobretudo porque acreditam ter baixo risco de contrair ISTs, não necessitam de métodos contraceptivos e se sentem coagidas a revelar sua orientação sexual por medo de serem vítimas de discriminação. [7] Pesquisas demonstraram que 40 a 60% de mulheres cis lésbicas não revelaram sua orientação sexual nos atendimentos ginecológicos, e dentre as que revelaram, mais da metade relatou reações negativas por parte do profissional de saúde e não recebeu informação qualificada.8 Outro estudo norte americano indica que mulheres que se identificam como lésbicas e bissexuais tendem a realizar menos exames preventivos para câncer de colo de útero do que as cis heterossexuais, e a menor frequência no rastreamento ocorre principalmente por falta de oferta e preparo por parte do serviço de saúde.[9]

De acordo com a literatura, uma porcentagem significativa de mulheres lésbicas e bissexuais não utiliza métodos de barreira para proteção contra ISTs, principalmente porque julgam não ser necessário e desconhecem estratégias de prevenção eficazes.[10] Este dado demonstra que, no Brasil, mesmo com a implementação de políticas públicas voltadas para a atenção à saúde LGBTQ+, como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (2011), são raras as ações que efetivamente afirmam a importância de essas mulheres frequentarem os serviços de saúde para ações de prevenção, que consideram suas práticas afetivo-sexuais nas campanhas de promoção de sexo seguro e que qualificam os profissionais e serviços de saúde para atender suas demandas. Ademais, é possível notar que não são feitos investimentos em saúde para o desenvolvimento de métodos de barreira factíveis e seguros para estas mulheres, fazendo com que elas tenham que buscar por adaptações de métodos já existentes, o que diminui significativamente a adesão.[6]

Todavia, contrariando estigmas e convicções sociais, uma revisão sobre prevalência de ISTs em mulheres cis lésbicas identificou a vaginose bacteriana como a infecção mais recorrente, seguida de HPV e herpes genitais.[11] Também foram encontrados, em outros artigos, infecções por clamídia, tricomoníase, gonorreia e HIV, cuja transmissão pelo contato com sangue menstrual, apesar de ser considerada rara, é cientificamente comprovada.[7] Hepatite B e C não foram detectadas nos trabalhos listados,[7,11] enquanto a sífilis foi a IST menos relatada.[11] No caso da vaginose bacteriana, estudos apontam que o tipo de prática sexual, a possibilidade de compartilhamento de lactobacilos no contato entre vaginas e a mudança da flora vaginal durante a relação configuram um risco maior de contaminação entre cislésbicas e bissexuais do que em cis heterossexuais,[12] podendo, portanto, considerá-la uma condição frequentemente transmissível no sexo entre vulvas.[7]

Entretanto, há necessidade de mais pesquisas sobre comportamentos de saúde preventiva especificamente voltados para mulheres lésbicas e bissexuais. A literatura atual muitas vezes agrupa essas mulheres em categorias mais amplas, seja de mulheres em geral ou da comunidade LGBTQ+, sem focar em medidas preventivas específicas que atendam às suas necessidades únicas.[13] Diante deste cenário, faz-se necessário preencher as lacunas existentes em relação às medidas preventivas de saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais e, sobretudo, identificar as vulnerabilidades que acometem este grupo no que diz respeito às ISTs no contexto atual.

Nesse sentido, o presente estudo busca **c**ompreender a percepção das mulheres lésbicas e bissexuais em relação às barreiras no acesso a serviços de saúde sexual e à implementação de práticas preventivas eficazes contra as infecções sexualmente transmissíveis. Portanto, a pergunta central que orientou este estudo foi: "Qual a percepção das mulheres lésbicas e bissexuais a respeito das barreiras no acesso a serviços de saúde sexual e na implementação de práticas preventivas eficazes contra ISTs?".

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva e exploratória, que se propõe a realizar uma análise qualitativa dos dados.

Esse tipo de estudo fundamenta-se numa abordagem sistemática e subjetiva, na qual os dados são expressos por meio de palavras, não de números, e são analisados em termos de respostas individuais ou sumários descritivos.[14]

Na pesquisa qualitativa os achados são obtidos de diversas formas, tais como entrevistas, fotografias, vídeos, notas de campo, entre outros.[15] Dessa maneira, o estudo concentra-se no indivíduo e em sua interação com o meio, permitindo ao pesquisador interpretar o mundo com base nas suas experiências e interações sociais.

O estudo foi realizado inteiramente online, abarcando participantes brasileiras de diversas regiões do país. Dessa forma, eliminou-se a necessidade de um espaço físico para as entrevistas, o que foi deliberado para facilitar o acesso de um espectro mais amplo de participantes.

Esta escolha promoveu maior flexibilidade e abrangência, permitindo a participação sem exigir deslocamentos.

As entrevistas foram conduzidas por uma pesquisadora graduanda em enfermagem, previamente capacitada em pesquisa qualitativa e na condução de entrevistas semiestruturadas. Uma segunda pesquisadora, também graduanda em enfermagem, foi responsável pela análise dos dados. As etapas de coleta e análise foram acompanhadas por dois pesquisadores orientadores, que participaram da supervisão e discussão dos procedimentos e resultados. Não havia relação prévia entre as pesquisadoras e os participantes antes do início da coleta de dados.

O estudo foi desenvolvido com mulheres cisgênero bissexuais e lésbicas com idade acima de 18 anos. Para compor a amostra foi utilizado um método não-probabilístico, por meio da técnica Bola de Neve.[16] Essa amostra é apropriada para temas sensíveis, como por exemplo a revelação da orientação sexual e as perguntas contidas no instrumento de coleta. Não houve recusa de participação após o aceite inicial para realização das entrevistas.

O número amostral foi definido pela técnica de saturação de conteúdo,[17] a qual determina que a coleta de dados pode ser finalizada quando os resultados se mostrarem suficientes para elucidar o fenômeno estudado.[17] Ao final da entrevista, foi realizada a seguinte pergunta para as participantes: “Você tem alguma amiga lésbica ou bissexual que poderia indicar para participar da pesquisa?”. Em caso de resposta afirmativa, foi realizada uma nova pergunta: “Seria possível você solicitar à sua amiga que me forneça uma forma de contato preferida (e-mail, telefone ou rede social) para que eu possa apresentar a pesquisa a ela?”.

Como critérios de inclusão, considerou-se: ser mulher lésbica ou bissexual e ter mais de 18 anos. Foram excluídas mulheres lésbicas ou bissexuais que não haviam iniciado práticas sexuais e aquelas que apresentassem comprometimentos que impossibilitassem a comunicação verbal durante a entrevista.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas online, com o uso de um roteiro elaborado pelos autores especificamente para este estudo. O instrumento contemplou questões relacionadas às experiências de acesso aos serviços de saúde sexual, percepção sobre acolhimento profissional, conhecimento sobre ISTs, práticas preventivas utilizadas e sugestões para melhoria da assistência.

As entrevistas ocorreram de forma remota, através de uma plataforma de videoconferência, garantindo a privacidade e o conforto das entrevistadas, escolhendo-se horários convenientes para as participantes a fim de minimizar interrupções. Foi empregado um conjunto de perguntas norteadoras que abordaram diferentes aspectos da experiência das participantes com serviços de saúde, incluindo suas interações com profissionais de saúde e o impacto de possíveis preconceitos. As sessões tiveram duração média de 15 minutos, foram gravadas em áudio digital de forma ininterrupta e transcritas na íntegra para posterior análise, após obtidas as assinaturas digitais do Termo de Uso de Imagem e Voz.

Os dados foram coletados entre fevereiro e março de 2025, após a aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão Científica da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein, sob o parecer nº 7.312.516 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 83503024.0.0000.0071.

As mulheres convidadas a participar do estudo foram devidamente informadas sobre os objetivos e etapas da pesquisa. Após concordarem voluntariamente, receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, via *Google Forms*, na qual foi solicitado o aceite. Uma cópia do termo foi mantida pelos pesquisadores e outra enviada para as participantes por correio eletrônico.

Os pesquisadores se comprometeram a utilizar os dados obtidos exclusivamente para a realização da pesquisa, de acordo com o Termo de Compromisso do Pesquisador, a Declaração de Responsabilidade do Pesquisador, e o Termo de Anuência dos Participantes do Projeto. Além disso, assumiram a responsabilidade pela proteção e armazenamento dos dados por um período de cinco anos após a conclusão da coleta.

A análise dos dados foi conduzida por meio da técnica de Análise Categorial Temática.[18] O processo foi desenvolvido em três etapas: (1) pré-análise, com a leitura flutuante e exaustiva das transcrições e organização do corpus empírico; (2) exploração do material, na qual foram identificadas as unidades de registro, codificados os trechos relevantes e agrupados em categorias temáticas a partir da recorrência e significância dos sentidos expressos; e (3) tratamento dos resultados e interpretação, buscando articulação com o referencial teórico e com os objetivos do estudo.

A organização e análise dos dados foram realizadas manualmente, sem utilização de software de apoio à análise qualitativa. A codificação inicial e a construção das categorias temáticas ocorreram de forma independente entre os pesquisadores, sendo posteriormente discutidas até consenso interpretativo. O número amostral foi definido pela técnica de saturação teórica dos dados, considerada atingida quando as entrevistas passaram a apresentar recorrência de informações e ausência de novos elementos relevantes para compreensão do fenômeno investigado. As transcrições e os resultados analíticos não foram devolvidos aos participantes para comentários ou correções.

RESULTADOS

A pesquisa foi constituída por treze participantes, todas se identificavam como mulheres cisgênero. A faixa etária variou de 19 a 49 anos, (média: 23 anos). Em relação à orientação sexual, sete participantes se declararam lésbicas e seis bissexuais. No que se refere à escolaridade, nove participantes possuíam ensino superior incompleto e quatro possuíam ensino superior completo.

A análise do material empírico, conduzida com base na técnica de Análise Categorial Temática,[18] possibilitou a identificação de duas categorias principais que refletem as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas e bissexuais no acesso à saúde sexual e na adoção de práticas preventivas frente às ISTs. Essas categorias abarcam desde experiências relacionadas à interação com profissionais de saúde até estratégias individuais de cuidado desenvolvidas diante da ausência de orientações específicas nos serviços.

Cada categoria desdobra-se em subtemas que expressam dimensões distintas das vivências narradas, revelando aspectos como a invisibilidade da orientação sexual nos atendimentos, episódios de constrangimento e julgamento, bem como experiências pontuais de acolhimento. Além disso, foram identificadas lacunas nas ações preventivas voltadas a esse grupo, gerando improvisos no cuidado e busca por informações em fontes alternativas (Quadro 1).

Os excertos das falas, apresentados a seguir, foram selecionados com base em sua representatividade e potência discursiva, e permitem aprofundar a compreensão das dinâmicas que permeiam o acesso e o cuidado em saúde sexual para esse segmento da população.

Quadro 1. Síntese dos resultados da análise categorial temática. Brasil, 2026

Categoria temática	Subcategoria	Síntese dos principais achados
1. Desvelando o cuidado realizado por profissionais de saúde	Invisibilidade da orientação sexual nos atendimentos de saúde	Os atendimentos são marcados pela presunção da heterossexualidade, ausência de questionamentos sobre orientação sexual e desconsideração das especificidades das práticas sexuais entre mulheres, comprometendo o cuidado integral.
	Constrangimento e julgamento durante consultas	As participantes relataram experiências de discriminação, medo de julgamentos e desconforto durante consultas, fatores que contribuíram para o adiamento ou evitação da busca por atendimento em saúde.
	Experiências positivas e profissionais acolhedores	Foram identificadas experiências pontuais de acolhimento, caracterizadas por escuta qualificada, respeito à orientação sexual e orientações compatíveis com as necessidades das participantes, fortalecendo o vínculo com os serviços de saúde.
2. Barreiras na prevenção e no cuidado: da negligência ao improviso	Ausência de práticas preventivas e informações específicas	As participantes relataram escassez de orientações, campanhas e insumos voltados às práticas sexuais entre mulheres, evidenciando lacunas na prevenção de ISTs e invisibilidade dessa população nas ações de promoção da saúde.
	Estratégias individuais de cuidado e improviso	Diante da ausência de suporte institucional, as participantes recorreram à internet, redes sociais, higiene íntima, realização periódica de exames e adaptações ("gambiarras") como formas de prevenção e autocuidado, assumindo individualmente responsabilidades que deveriam ser compartilhadas pelos serviços de saúde.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Categoria 1: Desvelando o cuidado realizado por profissionais de saúde

As narrativas das participantes revelam diferentes dimensões do cuidado ofertado nos serviços de saúde, marcado por experiências que oscilam entre invisibilidade, julgamento e acolhimento. Essa categoria reúne percepções sobre como os profissionais conduzem os atendimentos, evidenciando tanto a adoção de práticas excludentes quanto momentos de escuta e respeito. A análise dessas vivências permite compreender como a presença ou a ausência de reconhecimento e sensibilidade influencia diretamente o vínculo com os serviços e o acesso ao cuidado integral.

Subcategoria: invisibilidade da orientação sexual nos atendimentos de saúde

As participantes relataram que, frequentemente, os serviços de saúde presumem uma orientação heterossexual, o que gera invisibilidade das suas demandas reais. Essa invisibilidade se manifesta na ausência de perguntas específicas, omissão de exames importantes e falta de reconhecimento das práticas sexuais entre mulheres como passíveis de risco.

> *Eu acho que às vezes eu não sinto muita abertura da parte dos profissionais para falar abertamente sobre minha sexualidade. [...] quando eu falo que tenho uma parceira eles falam tipo 'ah, tá*

bom', e parece que não dão tanta importância quanto dariam numa relação hétero. (E5)

A primeira ginecologista que eu fui [...] simplesmente desconsiderou o fato de que eu tinha relação com mulher. Então, como eu era lésbica, eu não precisava fazer, por exemplo, o papanicolau. Então eu me senti negligenciada. (E10)

Sempre que elas fazem perguntas, tipo se você tem vida sexualmente ativa, elas nunca perguntam em relação à sexualidade. Elas sempre têm um pensamento heteronormativo, parece que nunca passa na cabeça delas que existem outras sexualidades além de hétero no planeta. (E3)

Acho que a maior dificuldade que eu já enfrentei depois que eu assumi foi achar uma profissional que entendesse os aspectos da minha sexualidade, que são diferentes da maioria das pacientes dela que são heterossexuais [...] a maioria, na verdade, não entendia, tinhas falas erradas sobre o sexo entre duas mulheres e preconceitos que dava pra gente pegar, né, na fala. (E9)

Subcategoria: constrangimento e julgamento durante consultas

O julgamento por parte de profissionais e o constrangimento vivenciado pelas participantes foi uma constante. Muitas relataram evitar consultas por medo do olhar, do julgamento ou da forma como seriam tratadas. O medo da discriminação gera uma relação de evasão dos serviços.

Eu sempre tive experiências horríveis em serviço de saúde, ainda mais em ginecologista, porque querendo ou não existe uma discriminação ali que é absurda. [...] Eu procuro nem ir ao hospital ou fazer qualquer tipo de consulta, costumo adiar o máximo possível porque, enfim, traumas. (E4)

É bastante complicado, principalmente ginecologista, porque muitas vezes quando eu chego elas ficam me encarando e acabam me julgando bastante. Então eu só fui começar realmente a ir na ginecologista ano passado. (E3)

Eu fico muito receosa de me tratarem de certa forma, sabe? Porque eu já fui tratada por médicos, nem só por médicos ginecologistas, mas médicos no geral, de formas absurdas [...] Eles não computam essa possibilidade, tipo, a possibilidade de relação entre mulheres. (E11)

Subcategoria: experiências positivas e profissionais acolhedores

Apesar dos desafios enfrentados nos atendimentos em saúde, algumas participantes relataram experiências positivas com profissionais que demonstraram respeito e acolhimento às suas identidades e orientações sexuais, sobretudo trazendo informações que dialogassem com suas experiências. Esses relatos demonstram a importância de uma postura empática e não julgadora por parte dos profissionais, capaz de promover vínculos de confiança e maior adesão ao cuidado.

Na última ginecologista que eu fui esse ano eu fui muito bem acolhida. Sem preconceito, sem julgamento, sem mau olhado, sabe? [...] pra mim particularmente o acolhimento faz total diferença, onde a ginecologista senta com você e pergunta como funciona. Ela vai me orientando sobre precauções e tudo mais, no relacionamento lésbico. (E6)

Nesse caso, dessa vez que eu fui, depois que eu expliquei pra doutora que eu me relacionava com pessoas com vulva, ela me orientou bem, ela tinha informações até que um pouco mais aprofundadas nesse sentido, com relação às ISTs mesmo, como o uso de algumas gambiarras, porque infelizmente a gente não tem nada

> *que seja específico pra gente que se relaciona com vulva. (E7)*

> *Eu sempre passei com a mesma ginecologista, raramente tive contato com outros profissionais do serviço público por exemplo, então eu acho que as informações que eu recebi sempre foram bem completas [...] quando eu trouxe a questão da minha bissexualidade pra minha médica, ela até pesquisou um pouco mais e falou mais sobre o tema comigo. (E5)*

> *Agora eu troquei de ginecologista e encontrei um que é LGBT, e ele é incrível. Eu acho que ele deixa qualquer pessoa muito confortável e fala abertamente sobre tudo, então foi nossa descoberta recente mais positiva. (E13)*

Categoria 2: Barreiras na prevenção e no cuidado: da negligência ao improviso

As falas das participantes evidenciam os desafios enfrentados no acesso a insumos e orientações que contemplem suas práticas e realidades afetivas e sexuais. Essa categoria reúne relatos que apontam tanto a ausência de estratégias institucionais voltadas à prevenção entre mulheres quanto a adoção de condutas individuais para suprir essa lacuna. Ao destacar formas de improviso e autogestão do cuidado, os depoimentos revelam como a negligência dos serviços de saúde obriga essas mulheres a construírem caminhos próprios, muitas vezes sem amparo profissional.

Subcategoria: ausência de práticas preventivas e informações específicas

As participantes relataram que as informações disponíveis sobre prevenção muitas vezes não contemplam suas vivências. As campanhas e orientações seguem centradas em relações heterossexuais e práticas com penetração, o que acaba invisibilizando outras formas de se relacionar sexualmente. Essa ausência de reconhecimento gera inseguranças e dúvidas, além de reforçar a percepção de que não existem estratégias reais de cuidado pensadas para mulheres que se relacionam com outras mulheres. Com isso, muitas se sentem desamparadas, como se suas experiências não fossem consideradas nos contextos formais de prevenção.

> *Geralmente quando a gente fala de proteção, né, contra ISTs, no caso com o uso da camisinha, a gente vê muito mais ações educativas voltadas para o sexo com penetração e nem sempre isso é nossa realidade. [...] A gente enfrenta essa falta de opção, na verdade, de se proteger contra ISTs. (E1)*

> *Eles perguntam, por exemplo, se você usa preservativo, só que em uma relação entre duas mulheres, tirando se você for usar alguma outra coisa, a gente não usa preservativo. [...] Quando tem alguma campanha de prevenção de IST num postinho de saúde é sempre algo genérico relacionado ao homem e a mulher. (E8)*

> *Não tem informações suficientes sobre formas de orientar ou falar de prevenção em relação a pessoas que fazem sexo, enfim, entre mulheres, entre vulvas, né? [...] Basicamente as pessoas falam muito sobre HIV e sífilis, e fica muito nesse lugar de enquanto você se relaciona com outra mulher, como se não houvesse outros riscos. (E10)*

Subcategoria: estratégias individuais de cuidado e improviso

Diante da falta de acolhimento nos serviços de saúde, as participantes relataram que buscam alternativas individuais para cuidar da saúde sexual. A internet e as redes sociais aparecem como fontes importantes, especialmente por meio de perfis que trazem informações alinhadas com suas vivências. Além disso, práticas como manter a higiene pessoal e fazer exames com regularidade foram citadas como formas de tentar garantir mais segurança nas suas relações. Esses relatos mostram como, na ausência de orientações adequadas, o cuidado acaba

sendo construído de forma solitária, marcado por improvisos e pela tentativa de suprir o que o atendimento formal não oferece.

> *Eu sinto que as informações que recebo na internet acabam sendo bem mais ricas do que as que eu recebo nas consultas. Eu acabo seguindo muitas mulheres bissexuais, assim, no Instagram, e profissionais de saúde também [...] elas dão informações que eu sinto confiança e acabo seguindo muito mais do que o que falam no consultório. (E3)*

> *Eu já cheguei a pesquisar na internet o que eu podia ou não fazer para deixar a minha parceira confortável, para ter uma segurança ali dentro do meu relacionamento [...] o meu cuidado acaba sendo comigo mesma, fazendo exames, ainda que não seja um espaço seguro pra mim, mas eu tento fazer pra deixar a minha parceira confortável. (E4)*

> *O que eu sempre usei foi a questão da higiene, sempre manter a higiene pessoal, lavar a mão antes, manter a unha cortada, essas coisas [...] as famosas gambiarras, por exemplo, cortar camisinha, luva de látex, nunca usei. (E9)*

> *Entre eu chegar no lugar em que a gente vê que não existem políticas específicas ou pelo menos as políticas específicas não estão sendo amplamente divulgadas sobre prevenção de ISTs entre mulheres que se relacionam com mulheres, eu prefiro pesquisar no Google, né? Tipo, vou pesquisar no Google ao invés de sair do lugar. (E10)*

Dessa forma, é possível observar que o acesso à saúde sexual por mulheres lésbicas e bissexuais é marcado por múltiplas barreiras, que incluem desde a invisibilidade da orientação sexual nos atendimentos até a ausência de informações específicas e julgamento por parte dos profissionais. Entretanto, os relatos também evidenciam estratégias individuais de cuidado e experiências positivas que ressaltam a importância de um atendimento sensível e acolhedor. A diversidade dessas vivências reforça a necessidade de adequação das práticas em saúde, de modo a contemplar as especificidades e complexidades dessas mulheres.

DISCUSSÃO

Neste estudo, percebe-se que as experiências de mulheres lésbicas e bissexuais no que diz respeito à saúde sexual e ao acesso a práticas preventivas contra ISTs são atravessadas por diversas camadas de invisibilidade, exclusão e preconceito. As falas das participantes evidenciam lacunas importantes na forma como suas vivências são compreendidas e acolhidas nos serviços de saúde, revelando a dificuldade de acesso a um cuidado que dialogue com suas realidades e necessidades específicas.

A análise das narrativas permitiu a organização dos achados em dois grandes eixos, reunindo diferentes aspectos vivenciados pelas participantes no cuidado em saúde sexual. De um lado, os relatos abordam como os profissionais conduzem os atendimentos, revelando desde situações de invisibilidade e julgamento até experiências positivas marcadas por acolhimento. De outro, ganham destaque os desafios relacionados à prevenção e as estratégias individuais adotadas diante da ausência de orientações específicas. Tais achados evidenciam que há um descompasso entre as políticas públicas e as demandas reais dessas mulheres, apontando para a necessidade de repensar as práticas em saúde de modo a garantir uma abordagem mais inclusiva e atenta às singularidades dessa população, sobretudo em um contexto ainda marcado por tabus e desinformação.

Nesse sentido, torna-se necessário refletir sobre como os serviços de saúde ainda se estruturam sob uma ótica heteronormativa, afetando diretamente a qualidade e a acessibilidade da atenção oferecida a pessoas LGBTQ+ ao perpetuar discriminações e consolidar barreiras que dificultam o acesso a recursos essenciais de cuidado.[19] Com isso, instituições e profissionais muitas vezes não reconhecem as demandas particulares desses grupos, o

que resulta em um atendimento fragmentado, inadequado e excludente.[19]

Esse cenário de negligência marcado pela heteronormatividade institucional torna-se ainda mais alarmante quando se observa a ausência de estratégias e serviços adaptados às vivências de mulheres que se relacionam com mulheres. A falta de abordagens sensíveis às demandas de mulheres lésbicas e bissexuais não apenas aprofunda as desigualdades em saúde, como também evidencia a necessidade urgente de capacitação e sensibilização dos profissionais para o acolhimento de suas especificidades.[20] Essa realidade se reflete nas falas das participantes do estudo, que relataram a recusa da realização do exame de papanicolau devido à deslegitimação de suas práticas sexuais como passíveis de risco. Tal invisibilidade compromete ações preventivas fundamentais, como o rastreamento do câncer de colo de útero, e reforça a exclusão dessas mulheres dos protocolos institucionais de cuidado. Esse tipo de omissão também é discutido na literatura, que aponta como a falta de reconhecimento das identidades sexuais não heteronormativas por parte dos serviços de saúde contribui para uma abordagem restrita e frequentemente limitada à prevenção de ISTs, deixando de lado outras dimensões importantes e ampliando a vulnerabilidade de pessoas LGBTQ+ a outros agravos de saúde.[21]

Nesse contexto, as respostas emocionais de mulheres lésbicas e bissexuais ao interagirem com profissionais de saúde revelam o impacto subjetivo da discriminação institucional. Na análise dos relatos, é possível observar que o medo do julgamento e o constrangimento recorrente nas consultas levaram as participantes a evitarem ou adiarem atendimentos, mesmo quando necessários. Esse afastamento não se dá apenas por um desconforto momentâneo, mas por uma sensação contínua de insegurança e invalidação, que transforma o ambiente clínico em um espaço de tensão e não de cuidado. Estudos apontam que esse tipo de experiência não é isolada,[22] tendo em vista que mais de um terço dos pacientes LGBTQ+ relatam insensibilidade por parte dos profissionais, e cerca de 30% identificam falhas no conhecimento técnico sobre suas necessidades específicas, fatores diretamente relacionados com a evitação dos serviços.[22] Além disso, McNamara e Wilson destacam que interações negativas como micro agressões e atitudes discriminatórias afetam diretamente a saúde mental de mulheres lésbicas e bissexuais, reduzindo sua confiança nos serviços e comprometendo a continuidade do cuidado.[23] Diante disso, o acolhimento se apresenta como um componente essencial para promover não apenas o acesso, mas a permanência dessas mulheres nos serviços de saúde, rompendo com práticas excludentes e estabelecendo vínculos mais humanos e efetivos.

Somado a isso, a escassez de iniciativas voltadas à prevenção entre mulheres que se relacionam com mulheres reforça a negligência presente nos serviços de saúde. Muitas participantes mencionaram nunca terem recebido orientações adequadas sobre prevenção de ISTs, nem encontrarem insumos ou métodos que fizessem sentido dentro de suas práticas sexuais. Essa realidade não se restringe aos relatos individuais, sendo também apontada na literatura, que destaca como a ausência de ações educativas específicas para a população LGBTQ+ contribui diretamente para o aumento da vulnerabilidade desse grupo frente às ISTs.[24]

Assim, torna-se evidente que a maioria das campanhas segue centrada em relações heterossexuais, o que reforça a ideia de que mulheres lésbicas e bissexuais estariam em uma zona de “baixo risco”. Tal dinâmica se articula com a implementação limitada da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que apesar de representar um avanço importante, historicamente concentrou seus esforços na prevenção do HIV entre homens, negligenciando as demandas específicas de mulheres.[25] Esse apagamento contribui para o afastamento dessa população dos espaços de cuidado e reforça a percepção de que suas necessidades seguem desconsideradas nas políticas públicas,[13] inclusive naquelas que se propõem a garantir sua atenção integral. Portanto, garantir o direito à saúde sexual passa por reconhecer essas omissões e incluir de forma efetiva as

especificidades de mulheres lésbicas e bissexuais nas ações de educação, prevenção e promoção da saúde.[13]

Diante da falta de acolhimento por parte dos serviços, as participantes relataram recorrer a estratégias individuais para cuidar da saúde sexual. Esse movimento também é evidenciado em pesquisas que identificam que mulheres lésbicas e bissexuais geralmente buscam informações em fontes alternativas, como redes pessoais e plataformas online, como uma resposta à escassez de informações relevantes e confiáveis nos atendimentos tradicionais.[24] Embora essas estratégias revelem autonomia no enfrentamento das desigualdades em saúde, elas ocorrem em um contexto marcado por um abandono institucional. Estudos alertam que a autogestão da saúde sexual, quando realizada sem apoio profissional, pode ampliar o risco de ISTs não tratadas, impactar na saúde mental e garantir maior exposição a práticas inseguras de prevenção.[19]

No presente estudo, ações como manter a higiene pessoal, improvisar barreiras de proteção e realizar exames periódicos ilustram esse cuidado construído de forma solitária. Essas práticas também são discutidas na literatura, que aponta que mulheres lésbicas e bissexuais frequentemente adotam medidas como boas práticas de higiene e exigência de testes de IST das parceiras como formas de se protegerem. Todavia, apesar de evidenciarem responsabilidade no autogerenciamento do cuidado, essas ações ocorrem em um contexto de desinformação, onde mitos sobre a segurança das relações entre mulheres ainda são comuns, contribuindo para a vulnerabilidade frente às ISTs. Sendo assim, esse cenário reforça a urgência de se criar políticas públicas que desenvolvam estratégias de educação e prevenção alinhadas às vivências dessas mulheres.[24]

Ainda que marcados por desafios, os relatos das participantes também revelaram experiências positivas que se destacaram por promover vínculos de confiança e sensação de pertencimento na interação com os serviços de saúde. Dessa forma, o acolhimento e a escuta sem julgamentos foram reconhecidos como elementos que transformaram significativamente a forma como essas mulheres vivenciam o atendimento. Profissionais que adotaram uma postura empática e qualificada conseguiram adaptar orientações, oferecer informações pertinentes e considerar as especificidades das práticas sexuais entre mulheres, proporcionando maior conforto e favorecendo a adesão ao cuidado. Tal abordagem encontra respaldo em pesquisas que demonstram que, ao reconhecerem os efeitos do estigma e desconstruírem suposições heteronormativas, os profissionais de saúde são capazes de promover ambientes mais seguros, fortalecendo o bem-estar emocional e a continuidade das práticas em saúde.[26] Todavia, para que essas experiências se tornem mais frequentes e consistentes nos serviços é fundamental investir em processos contínuos de formação profissional, com foco na diversidade sexual e de gênero. Dessa forma, a educação permanente surge como ferramenta central para o aprimoramento das práticas e para a construção de um cuidado verdadeiramente inclusivo.[27]

Os achados deste estudo também convergem com evidências recentes da literatura brasileira sobre o acesso de minorias sexuais aos serviços de saúde. Investigando mulheres lésbicas e bissexuais atendidas na rede pública, um estudo[28] identificou que a invisibilização da orientação sexual, a presunção da heterossexualidade e experiências de discriminação e desumanização constituem importantes barreiras para o acesso e a permanência nos serviços, repercutindo na omissão de informações relevantes para o cuidado, no afastamento dos serviços e na violação do direito à atenção integral. Em perspectiva semelhante, a revisão narrativa[29] demonstrou que, embora tenham ocorrido avanços nas políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+, persistem importantes limitações relacionadas ao despreparo dos profissionais, à insuficiente implementação das políticas de equidade e à manutenção de práticas assistenciais marcadas por estigma e exclusão. Em conjunto, esses estudos

reforçam que a qualificação permanente das equipes, a adoção de práticas culturalmente competentes e o reconhecimento das especificidades relacionadas à orientação sexual e à identidade de gênero são estratégias fundamentais para promover um cuidado inclusivo, integral e livre de discriminação, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Contudo, é importante reconhecer algumas limitações metodológicas que atravessaram este estudo. A estratégia de amostragem por bola de neve, embora muito utilizada para alcançar populações frequentemente invisibilizadas nos contextos de pesquisa, não permite a generalização dos resultados, uma vez que não se trata de uma amostra representativa. Além disso, a realização das entrevistas de forma online, ainda que tenha ampliado o alcance geográfico e facilitado a participação, limitou a observação de elementos não verbais, como expressões faciais e linguagem corporal, que poderiam ter enriquecido a compreensão das vivências relatadas. A própria dinâmica virtual, por vezes atravessada por instabilidades técnicas, também pode ter afetado o fluxo das conversas.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito ao possível viés de desejabilidade social, tendo em vista que o tema investigado envolve experiências marcadas por discriminação e vulnerabilidade. Assim, é possível que algumas respostas tenham sido influenciadas pela busca de aceitação ou evitação do desconforto. Apesar disso, o conjunto de falas revelou uma coerência significativa e destacou uma diversidade de percepções que fortaleceu a análise e a construção das categorias. Mesmo diante de tais limitações, as narrativas desenvolvidas ao longo da pesquisa se revelaram valiosas para elucidar aspectos ainda pouco explorados no campo da saúde sexual, contribuindo para o fortalecimento de reflexões e práticas mais sensíveis às especificidades de mulheres que se relacionam com mulheres.

Dessa forma, os achados deste estudo evidenciam que mulheres lésbicas e bissexuais ainda ocupam um lugar marginal nas políticas e práticas institucionais de saúde. A ausência de campanhas específicas, materiais educativos inclusivos e estratégias preventivas compatíveis com suas vivências contribui para um cenário de exclusão persistente. Ao revelar experiências marcadas tanto pela negligência quanto pelo acolhimento, este estudo destaca a importância de reconhecer as especificidades dessa população como condição essencial para a construção de ações mais abrangentes, responsivas e equitativas. Garantir o direito à saúde sexual exige compromisso ético e institucional com práticas que legitimem suas experiências e respondam, de forma sensível e qualificada, às múltiplas dimensões que atravessam seu acesso ao cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde são atravessadas por diversas formas de exclusão, sendo a invisibilidade, o constrangimento nos atendimentos e a ausência de orientações direcionadas os principais entraves identificados. Tais obstáculos não apenas dificultam o acesso, mas também fragilizam a construção de vínculos com os serviços. Diante de um cenário de negligência institucional, muitas mulheres adotam estratégias individuais de cuidado como forma de compensar essa falta de suporte, o que revela tanto a precariedade da assistência oferecida quanto a expressividade das iniciativas construídas por elas na busca por saúde e segurança.

Assim, torna-se urgente repensar as práticas institucionais em saúde, substituindo abordagens genéricas por escutas qualificadas, livres de suposições heteronormativas e centradas nas realidades de mulheres lésbicas e bissexuais. Desse modo, a formação permanente dos profissionais de saúde emerge como um componente indispensável para a promoção de um acolhimento responsável e construção de vínculos mais sensíveis e efetivos. Do mesmo modo, políticas públicas que contemplem campanhas inclusivas e a disponibilização de insumos adaptados às

práticas sexuais entre mulheres são fundamentais para romper com essa lógica da invisibilidade, garantindo uma atenção verdadeiramente equitativa.

Por fim, ao destacar experiências que permanecem pouco exploradas nos estudos acadêmicos, esta pesquisa contribui para o fortalecimento da produção científica voltada à saúde sexual das minorias. Legitimar as vozes de mulheres lésbicas e bissexuais na construção do conhecimento reafirma a necessidade de que essas narrativas ocupem lugares de destaque nos debates institucionais. Nesse sentido, recomenda-se que investigações futuras explorem a perspectiva de profissionais de saúde, bem como invistam em estratégias educativas e preventivas que considerem as múltiplas dimensões que atravessam essas vivências, incorporando recortes interseccionais como raça, classe, idade e território. Portanto, conclui-se que avançar na garantia do direito à saúde sexual demanda não apenas reconhecimento, mas ações concretas e efetivamente comprometidas com a diversidade e inclusão.

REFERÊNCIAS

1 World Health Organization (WHO). Sexually transmitted infections (STIs). Geneva: WHO; 2025. Available from: https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_1

2 Primbas AD, Ogawa A. Medical Issues Affecting Older Lesbian and Bisexual Women. Clinics in Geriatric Medicine. 2024;40:251–60. Available from: https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(23)00110-6/abstract

3 Maltempi H, Yu YJ, Bruna S. LGBTQ+ Stigma and Health Effects: A Systematic Review of the Global Literature. Global Journal of Health Science. 2024;6(5). DOI: https://doi.org/10.5539/gjhs.v16n6p1

4 Lima MAS de, Saldanha AAW. (In)visibilidade Lésbica na Saúde: Análise de Fatores de Vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Sexual de Lésbicas. Psicologia: Ciência e Profissão. 2020;40:e202845,. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-3703003202845

5 Andrade CAA, Aquino RL, Souza KRF, Melo GB, Costa AM, Abrão FM S. Vulnerability of lesbian and bisexual women to HIV: a qualitative meta-synthesis. Revista Da Associação Médica Brasileira. 2023;69. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-9282.20220988

6 Amorim, APA, Melo JM. Cuidados ginecológicos. In: Ciasta SV, Hercowitz A, Lopes Junior A. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba (SP): Manole; 2021.

7 Arantes R, Costa M. (305) health care for women who have sex with women - what to improve? The Journal of Sexual Medicine. 2024;21(6):qdae161.232. DOI: https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae161.232

8 Fontanari AMV, Bauer GR, Churchill S, Costa AB. Gynecological Care Among Brazilian Women Who Have Sex with Women: A Respondent-Driven Sampling Study. LGBT health. 2023;10(4):287–95. DOI: https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0384

9 Baumann K, Peterson CE, Geller S, Awadalla S, Holt HK. National trends in cervical cancer screening by sexual orientation and race/ethnicity in cisgender women. Preventive Medicine. 2025;91. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2025.108223

10 Dal Santo A, Zambenedetti G. Prevenção às ISTs/HIV entre mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão bibliográfica (2013-2017). Psi Unisc. 2021;5:111–26. DOI: https://doi.org/10.17058/psiunisc.v5i1.14846

11 Takemoto MLS, Menezes MO, Polido CBA, Santos DS, Leonello VM, Magalhães CG, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. Cad. Saúde Pública. 2019;35(3):e00118118. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00118118

12 Vinagolu-Baur J. Investigating Microbial Dynamics and Bacterial Vaginosis

Susceptibility in Women who have Sex with Women. Med discoveries 2024;3(6):1177. DOI: https://doi.org/10.52768/2993-1142/1177

13 Ertl MM, Maroney MR, Becker A, Paschen-Wolff MM, Blankenau A, Hoffman S, et al. Sexual and Reproductive Justice and Health Equity for LGBTQ+ Women. Journal of Lesbian Studies. 2024;28(4):574-602. DOI: https://doi.org/10.1080/10894160.2024.2369434

14 Koizumi MS. Fundamentos Metodológicos da Pesquisa em Enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 1992;26(nesp):33–47. Disponível em: https://revistas.usp.br/reeusp/article/download/136541/132293/263460

15 Souza JS, Santos SCM. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa. Revista Pesquisa e Debate Educação. 2021;*10*(2):1396–416. DOI: https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559

16 Heckathorn DD. Snowball versus Respondent-Driven Sampling. Sociol Methodol. 2011;41(1):355–66. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x

17 Minayo MC de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa. 2017;5(7):1–12. Disponível em https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59.

18 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

19 Arsever S, Ritz C, Carmine G, Kardaras M, De Lucia S, Dominicé Dao M. "[Gender and sexual diversity medicine:ensuring equity in health care delivery]." Revue medicale suisse. 2022;18(791): 1518-23. DOI: https://doi.org/10.53738/REVMED.2022.18.791.1518

20 Bravo AV, Espinosa JL, Valero Rodríguez AD, Armenta GV, Lopez M. A generation of healthcare professionals sensitive to the needs of the LGBTQ+ population. In: Filipe HP, Lopez MV, editors. The lifelong learning journey of health professionals: continuing education and professional development. Hershey (PA): IGI Global; 2024. p. 121–31. DOI: https://doi.org/10.4018/978-1-6684-6756-5.ch006

21 Rosa WE, Goitiandía SW, Braybrook D, Metheny N, Roberts KE, McDarby M, et al. LGBTQIA+ inclusion in the global health policy agenda: A critical discourse analysis of the Lancet Commission report archive. PLoS One. 2024;19:e0311506. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311506

22 Stein G, Berkman C. Project respect: experiences of seriously ill lgbtq+ patients and partners with their health care providers. Health Affairs Scholar. 2023;1(4): qxad049. DOI: https://doi.org/10.1093/haschl/qxad049

23 McNamara G, Wilson C. Lesbian, gay and bisexual individuals experience of mental health services - a systematic review. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice. 2020;15(2):59–70. DOI: https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2019-0047

24 Lúcio FPS, Zerbinati JP, Bruns MAT, Souza-Leite CRV. Saúde sexual da mulher lésbica e/ou bissexual: especificidades para o cuidado à saúde e educação sexual. Rev Ibero-Americana de Estudos e Educação. 2019;14(2):1465-479. DOI: https://doi.org/10.21723/riaee.v14iesp.2.12611.

25 Rodrigues, FB. Avanços e barreiras na implementação da política nacional de saúde integral da população LGBT: uma revisão integrativa. Journal of Education, Science and Health. 2023;3(3). DOI: https://doi.org/10.52832/jesh.v3i3.209

26 Aleksandrs G. Working With Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People in Care Relationships. In: LGBTQ+ issues in healthcare. Hershey: IGI Global; 2022. p.593–620. DOI: https://doi.org/10.4018/978-1-6684-3674-5.ch033

27 Srinivasan S, Goldhammer H, Charlton BM, McKenney TC, Keuroghlian AS. Addressing Gaps in Access to LGBTQIA + Health Education Resources: A Novel E-Learning Platform. Journal of medical education and curricular development.

2024;11. DOI: https://doi.org/10.1177/23821205241262212

28 Rocon PC, Wandekoken KD, Reis D da S. Acesso de mulheres bissexuais e lésbicas em serviços públicos de saúde. Rev katálysis. 2024;27:e95176. DOI: https://doi.org/10.1590/1982-0259.2024.e95176

29 Laguna GGC, Santos LDS, Santos AM. Assistência à saúde para a população transgênero no Brasil: avanços e limitações. Cadernos de Gênero e Diversidade. 2026;12(2):1020-45. DOI: https://doi.org/10.9771/cgd.v12i2.54981

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Autor 1: Conceituação; Metodologia; Investigação; Curadoria de dados; Análise formal; Redação e elaboração do rascunho original; Redação, revisão e edição.

Autor 2: Redação, revisão e edição

Autor 3: Redação, revisão e edição

Autor 4: Conceituação; Metodologia; Investigação; Curadoria de dados; Análise formal; Redação e elaboração do rascunho original; Revisão e edição.

FINACIAMENTO

Não houve financiamento para a realização deste estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

USO DE RECURSOS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Os autores declaram que não utilizaram recursos de IA em nenhuma fase da construção do artigo e/ou revisão.

Recebido em: 27/04/2026
Aceito em: 27/09/2026
Publicado em: 26/10/2026