18 PERFIL DE SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS EM PERNAMBUCO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DECOLONIAL LATINO-AMERICANA

Danilo Martins Roque Pereira
Luiz Valério Soares da Cunha Júnior
Larissa Keyla Ferreira Canel
Anne Francis da Rocha Neris
Sheyla Costa de Oliveira

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

DOI:10.37085/bookAS.14.chap18

RESUMO

Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas à população LGBTQIA+, mulheres lésbicas ainda enfrentam discriminação e invisibilidade nos serviços de saúde. Este estudo objetivou descrever o perfil de saúde de mulheres lésbicas pernambucanas e suas implicações para o cuidado em saúde. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado a partir de dados secundários do LesboCenso Nacional (2021–2022), envolvendo 664 participantes, analisados à luz do referencial decolonial latino-americano. Os resultados evidenciaram que 55,89% das mulheres acessam a rede privada de saúde para evitar preconceitos, enquanto 76,61% relataram constrangimento ao abordar sua sexualidade nos atendimentos e 26,79% sofreram discriminação em serviços ginecológicos. Observou-se ainda baixa adesão às práticas preventivas, com 27,86%

sem regularidade na realização de exames ginecológicos e apenas 22,29% utilizando métodos de proteção contra ISTs. A análise demonstra que tais vulnerabilidades estão relacionadas à permanência de práticas cisheteronormativas e à invisibilização institucional das sexualidades dissidentes nos serviços de saúde. Conclui-se que é necessário fortalecer políticas públicas, qualificação profissional e estratégias de cuidado culturalmente sensíveis, interseccionais e decoloniais, visando promover um atendimento mais humanizado, inclusivo e equitativo para mulheres lésbicas.

Palavras-chave: Mulher, Lésbica, Saúde, Decolonialidade

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas voltadas à promoção da saúde da população LGBT têm avançado nas últimas décadas, embora desafios importantes ainda persistam na garantia do acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, representa um marco no reconhecimento das necessidades específicas dessa população, propondo a redução das desigualdades e o enfrentamento da discriminação institucional nos serviços de saúde[1]. Entretanto, mesmo diante desses avanços normativos, mulheres lésbicas continuam experienciando barreiras significativas relacionadas ao preconceito, à invisibilidade e à fragilidade do cuidado ofertado nos diferentes níveis de atenção à saúde[2,3].

Nesse contexto, a cisheteronormatividade configura-se como um importante determinante das desigualdades no cuidado em saúde. Esse modelo normativo invisibiliza experiências afetivo-sexuais dissidentes e repercute diretamente na assistência às mulheres lésbicas, especialmente em atendimentos ginecológicos e de saúde sexual e reprodutiva, produzindo práticas preventivas e orientações inadequadas às especificidades dessa população[4].

Além das limitações assistenciais, mulheres lésbicas frequentemente vivenciam situações de discriminação, constrangimento e invisibilização nos serviços de saúde. Pesquisas apontam que o preconceito institucional e as suposições cisheteronormativas dos profissionais contribuem para a exclusão de demandas específicas dessa população[5]. Em serviços ginecológicos, por exemplo, a ausência de escuta qualificada e o despreparo para abordar práticas sexuais entre mulheres podem produzir atendimentos fragmentados, reforçando sentimentos de insegurança e afastamento do cuidado preventivo[6].

Essas experiências impactam diretamente as condições de saúde física e mental das mulheres lésbicas, produzindo sofrimento psicológico, dificuldades de acesso aos serviços e redução da adesão a exames preventivos e acompanhamentos regulares. O receio de sofrer discriminação ou ter sua sexualidade invalidada leva muitas mulheres a evitarem os serviços de saúde, ampliando vulnerabilidades e desigualdades em saúde[7,8].

Outro aspecto relevante refere-se à insuficiente formação dos profissionais de saúde para o cuidado integral à população lésbica. A ausência de conteúdos relacionados à diversidade sexual e de gênero nos processos formativos favorece a reprodução de práticas discriminatórias e dificulta o desenvolvimento de competências culturais e interculturais necessárias para um cuidado humanizado e inclusivo. Segundo Azevedo et al.[3], o desinteresse ou despreparo para abordar questões relacionadas à orientação sexual torna o atendimento inadequado, frequentemente invisibilizando as demandas específicas das mulheres lésbicas.

Sob uma perspectiva decolonial, essas barreiras podem ser compreendidas como expressões da colonialidade do saber e do gênero presentes nas instituições de saúde, que historicamente legitimam modelos biomédicos cisheteronormativos e marginalizam experiências dissidentes de sexualidade e gênero[9,10]. Além disso, perspectivas feministas decoloniais latino-americanas evidenciam que gênero, sexualidade, raça e classe atravessam conjuntamente os processos de exclusão social e sanitária[11,12].

Dessa forma, a vulnerabilidade da população lésbica nos serviços de saúde também se manifesta na insuficiência de políticas e estratégias voltadas à qualificação profissional e à implementação de práticas de cuidado livres de preconceito e discriminação[5]. Tal cenário evidencia a necessidade de fortalecer ações alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que se refere à equidade, integralidade e respeito às diferenças[2].

Diante disso, este estudo justifica-se pela necessidade de ampliar o conhecimento sobre o perfil de saúde das mulheres lésbicas residentes em Pernambuco, contribuindo para a visibilidade de suas necessidades e para o fortalecimento de práticas de cuidado culturalmente sensíveis, inclusivas e humanizadas. Ao descrever as condições de saúde e os desafios enfrentados por essa população, espera-se subsidiar estratégias voltadas à redução de barreiras institucionais e à promoção de um cuidado em saúde mais equitativo.

Assim, a questão norteadora deste estudo é: qual o perfil de saúde das mulheres lésbicas pernambucanas e quais as implicações para a prática em saúde? O objetivo consiste em descrever esse perfil e identificar as implicações para o cuidado em saúde, com vistas a embasar estratégias que promovam um atendimento qualificado, humanizado e livre de discriminação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido a partir de dados secundários provenientes do LesboCenso Nacional, levantamento realizado entre os anos de 2021 e 2022 pela Liga Brasileira de Lésbicas (LBL) e pela Associação Lésbica Feminista de Brasília – Coturno de Vênus[13]. O estudo constituiu uma iniciativa pioneira de mapeamento das vivências de mulheres lésbicas no Brasil, abordando aspectos relacionados à saúde, violência, trabalho, educação, relacionamentos, relações familiares e redes de apoio social.

O LesboCenso Nacional teve como objetivo produzir informações sobre as condições de vida e saúde de mulheres lésbicas

brasileiras, contribuindo para a visibilidade dessa população e para a formulação de políticas públicas inclusivas e equitativas. A pesquisa contemplou participantes residentes em todos os estados brasileiros, utilizando metodologia de coleta virtual por meio de formulário eletrônico disponibilizado online na plataforma Google Forms e divulgado pelo site oficial do projeto LesboCenso Nacional.

Para este estudo, realizou-se um recorte analítico das participantes residentes no estado de Pernambuco, com foco nas dimensões relacionadas à saúde e ao acesso aos serviços de cuidado. A população investigada compreendeu pessoas maiores de 18 anos, residentes no Brasil, que se autodeclararam lésbicas ou utilizaram outras denominações identitárias relacionadas às vivências afetivo-sexuais entre mulheres, incluindo mulheres cisgênero e transgênero.

A coleta de dados ocorreu no período de 29 de agosto de 2021 a 30 de maio de 2022. A participação foi voluntária, anônima e condicionada à concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado eletronicamente antes do preenchimento do instrumento. O formulário continha questões estruturadas relacionadas às experiências sociais, condições de vida e saúde das participantes.

No presente estudo, foram selecionadas variáveis relacionadas ao perfil de saúde das participantes, incluindo acesso aos serviços de saúde (rede pública ou privada), experiências de discriminação ou constrangimento nos atendimentos em saúde, realização de exames ginecológicos preventivos, utilização de métodos de proteção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), histórico de ISTs e uso de substâncias psicoativas. Os dados referentes às participantes pernambucanas foram organizados em banco de dados no Microsoft Excel® e submetidos à análise estatística descritiva.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva simples, utilizando frequências absolutas e relativas, possibilitando a caracterização do perfil de saúde das mulheres lésbicas

residentes em Pernambuco e a identificação de aspectos relacionados às barreiras de acesso, vulnerabilidades e práticas preventivas em saúde. Os resultados foram interpretados à luz da literatura científica sobre saúde da população LGBT, gênero, sexualidade e referenciais decoloniais latino-americanos, especialmente das contribuições teóricas acerca da colonialidade do poder, do saber e do gênero.

Nessa perspectiva, buscou-se compreender como estruturas cisheteronormativas e epistemologias biomédicas hegemônicas produzem processos de invisibilização, exclusão institucional e desigualdades no cuidado em saúde ofertado às mulheres lésbicas. A abordagem decolonial possibilitou analisar os achados para além de dimensões individuais, reconhecendo que experiências de discriminação, constrangimento e afastamento dos serviços de saúde estão articuladas a processos históricos e sociais que atravessam gênero, sexualidade e outras interseccionalidades no contexto do cuidado em saúde.

Do ponto de vista ético, este estudo dispensou submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por utilizar dados secundários de acesso público, sem identificação individual das participantes, em conformidade com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 664 mulheres lésbicas residentes em Pernambuco, autodeclaradas como lésbica, sapatão, homossexual feminina, mulher gay, entendida, fancha e outras denominações relacionadas a mulheres que mantêm relações afetivo-sexuais com outras mulheres. Observou-se predominância do acesso à rede privada de saúde (55,89%), em comparação à rede pública (31,96%), evidenciando possíveis barreiras institucionais, experiências de preconceito e percepções de insegurança nos serviços públicos de saúde. Entre os principais acompanhamentos realizados destaca-

ram-se os atendimentos ginecológicos (18,30%), odontológicos (18,07%), clínicos gerais (17,79%), oftalmológicos (15,37%), psicológicos (14,21%), nutricionais (6,94%) e psiquiátricos (6,80%).

Grande parte das participantes relatou medo, receio ou constrangimento ao falar sobre sua sexualidade nos serviços de saúde (76,61%), enquanto apenas 21,61% afirmaram não apresentar dificuldades em abordar sua orientação sexual durante os atendimentos. Embora 87,68% tenham informado não ter enfrentado ausência de atendimento por serem lésbicas, 5,71% relataram já terem tido atendimento negado devido à discriminação. Além disso, 26,79% afirmaram ter sofrido violência em atendimentos ginecológicos em razão da orientação sexual, demonstrando a permanência de práticas discriminatórias e excludentes nos serviços de saúde.

Quanto às práticas preventivas, 36,79% das participantes realizavam exames ginecológicos anualmente; entretanto, 27,86% não possuíam regularidade na realização desses exames, 15% nunca haviam realizado exame ginecológico, 11,96% realizavam a cada dois anos e 6,25% a cada seis meses. Esses achados sugerem possíveis impactos do preconceito e da invisibilização das necessidades específicas de mulheres lésbicas no cuidado ginecológico.

Em relação à saúde sexual e reprodutiva, 94,46% das participantes relataram nunca ter realizado aborto, enquanto 4,11% afirmaram já ter interrompido voluntariamente uma gravidez. Entre aquelas que realizaram aborto, a maioria relatou uma única ocorrência (69,57%).

Quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), 80,07% das mulheres afirmaram nunca terem sido infectadas, enquanto 14,67% relataram histórico prévio de IST. O teste de HIV já havia sido realizado por 66,12% das participantes, porém 33,51% nunca haviam feito o exame. Entre os principais motivos para a não realização destacaram-se o desconhecimento sobre onde realizar o teste (44,76%), a percepção equivocada de baixa vulnerabilidade ao HIV por serem lésbicas (31,43%), além

do medo do resultado, exposição social e desconfiança quanto à confidencialidade do atendimento.

A maioria das participantes (94,17%) relatou manter relações sexuais exclusivamente com mulheres. Em relação às práticas sexuais na última relação, 81,20% relataram penetração em outra mulher, 80,23% afirmaram terem sido penetradas, 85,66% praticaram sexo oral e 81,59% receberam sexo oral.

Apesar disso, observou-se baixa adesão às práticas preventivas, uma vez que 77,71% relataram não utilizar métodos de proteção contra ISTs em relações sexuais entre mulheres, e apenas 22,29% afirmaram utilizar algum método preventivo. Em relação ao conhecimento sobre métodos de proteção, as camisinhas vaginais (26,22%) e penianas (25,23%) foram os métodos mais conhecidos, seguidos por dedeiras (13,66%), luvas (12,80%), plástico filme (11,88%) e "dental dam" (6,15%). Quanto ao uso efetivo desses métodos, as camisinhas penianas (38,56%) e vaginais (13,84%) foram as mais utilizadas, enquanto tecnologias específicas para práticas sexuais entre mulheres apresentaram baixa utilização.

No que se refere ao uso de substâncias psicoativas, apenas 2% das participantes afirmaram nunca ter utilizado alguma substância. O consumo de bebidas alcoólicas (28,58%), maconha (21,31%) e derivados do tabaco (18,04%) foi o mais frequente, seguido por alucinógenos (7,33%), inalantes (6,01%), cocaína/crack (5,96%), anfetaminas/ecstasy (5,44%), hipnóticos (3,26%) e opioides (1,89%), indicando possíveis relações com contextos de vulnerabilidade social, sofrimento psíquico e experiências de discriminação vivenciadas ao longo das trajetórias dessas mulheres.

Tabela 1. Síntese do perfil de saúde e acesso aos serviços de saúde de mulheres lésbicas residentes em Pernambuco, Brasil, 2021–2022 (n=664)

Variável	Resultado
Acesso à rede privada de saúde	55,89%
Acesso à rede pública de saúde	31,96%
Medo/constrangimento ao falar da sexualidade nos serviços de saúde	76,61%
Mulheres que não relataram dificuldades ao abordar sua sexualidade	21,61%
Atendimento negado por preconceito/discriminação	5,71%
Não relataram negativa de atendimento	87,68%
Realização anual de exames ginecológicos	36,79%
Sem regularidade para exames ginecológicos	27,86%
Nunca realizaram exames ginecológicos	15,00%
Relataram violência em atendimentos ginecológicos	26,79%
Não relataram violência em atendimentos de saúde	65,36%
Nunca realizaram aborto	94,46%
Já realizaram aborto	4,11%
Nunca tiveram IST	80,07%
Já tiveram IST	14,67%
Já realizaram teste de HIV	66,12%
Nunca realizaram teste de HIV	33,51%
Não sabem onde realizar o teste de HIV	44,76%
Acreditam ser improvável infecção por serem lésbicas	31,43%
Relações sexuais apenas com mulheres	94,17%
Não utilizam proteção contra ISTs	77,71%
Utilizaram algum método de proteção na última relação	22,29%
Conhecem camisinha vaginal	26,22%
Conhecem camisinha peniana	25,23%
Conhecem dedeiras	13,66%
Conhecem “dental dam”	6,15%
Não sabem quais métodos utilizar	12,99%
Consumo de bebidas alcoólicas	28,58%
Uso de maconha	21,31%
Uso de derivados do tabaco	18,04%
Nunca utilizaram substâncias psicoativas	2,00%

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo possibilitaram caracterizar aspectos relevantes do perfil de saúde de mulheres lésbicas residentes em Pernambuco, evidenciando barreiras de acesso, vulnerabilidades e fragilidades relacionadas ao cuidado em saúde. A partir da análise descritiva dos dados e da interpretação fundamentada em referenciais decoloniais latino-americanos, observa-se que as experiências relatadas pelas participantes não se restringem a situações isoladas de preconceito, mas expressam processos históricos e institucionais atravessados pela colonialidade do poder, do saber e do gênero, que estruturam práticas de cuidado ainda centradas em perspectivas cisheteronormativas e biomédicas hegemônicas[9–12].

A predominância do acesso à rede privada de saúde entre as participantes (55,89%) pode ser compreendida como reflexo das dificuldades de acolhimento e reconhecimento das demandas específicas de mulheres lésbicas nos serviços públicos de saúde. Estudos apontam que experiências de discriminação, constrangimento e invisibilização produzem afastamento dos serviços e fragilizam o vínculo entre usuárias e profissionais de saúde[14,15,16]. Nessa perspectiva, a busca pela rede privada ultrapassa questões relacionadas apenas à escolha individual, evidenciando desigualdades produzidas institucionalmente e a insuficiência da equidade no acesso ao cuidado em saúde[17].

Os achados também revelam a permanência de práticas cisheteronormativas nos serviços de saúde, especialmente diante do elevado percentual de mulheres que relataram medo, receio ou constrangimento ao falar sobre sua sexualidade durante atendimentos (76,61%). A abordagem decolonial permite compreender que tais experiências decorrem da legitimação histórica de modelos de cuidado baseados na heterossexualidade compulsória e na universalização de experiências cisheterossexuais como padrão normativo nos serviços de saúde[4,9-10]. Assim, mulheres lésbicas frequentemente necessitam silenciar aspectos importantes de suas

vivências para evitar situações de violência simbólica, discriminação ou negação do cuidado.

A formação dos profissionais de saúde constitui um elemento central nesse processo. Currículos e práticas formativas ainda são marcados por epistemologias biomédicas hegemônicas que invisibilizam sexualidades dissidentes e limitam o desenvolvimento de competências culturais e interculturais voltadas ao cuidado integral da população LGBT[18,19]. Como consequência, profissionais frequentemente apresentam dificuldades para abordar práticas sexuais entre mulheres, orientar adequadamente sobre prevenção de ISTs e reconhecer especificidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva dessa população. Tal cenário reforça a colonialidade do saber no campo da saúde, na medida em que determinados corpos, práticas e experiências permanecem excluídos da produção legítima do conhecimento e das práticas assistenciais[9,10].

Essas limitações repercutem diretamente nas práticas preventivas identificadas no estudo. A baixa regularidade na realização de exames ginecológicos, associada às experiências de violência e discriminação relatadas pelas participantes, demonstra como o cuidado ginecológico ainda permanece fortemente associado a perspectivas reprodutivas heterocentradas. Estudos mostram que mulheres lésbicas frequentemente evitam atendimentos ginecológicos devido ao medo de julgamentos, perguntas invasivas e despreparo profissional[6,20,21]. A ausência de acolhimento qualificado e o desconhecimento sobre as especificidades da saúde sexual entre mulheres contribuem para a perpetuação de desigualdades e para a invisibilização das necessidades preventivas dessa população[3,22].

No que se refere à prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), os resultados evidenciaram baixa adesão ao uso de métodos de proteção e limitações no conhecimento sobre tecnologias preventivas específicas para relações sexuais entre mulheres. A interpretação desses achados à luz da perspectiva decolonial permite compreender que as políticas e estratégias de prevenção

historicamente foram construídas a partir de referenciais cisheterossexuais, invisibilizando práticas sexuais dissidentes e limitando a produção de materiais educativos e tecnologias preventivas adequadas para mulheres lésbicas[4]. Dessa forma, a ausência de campanhas específicas e de orientações culturalmente sensíveis contribui para a reprodução de mitos relacionados à suposta baixa vulnerabilidade dessa população às ISTs.

A invisibilização institucional da saúde sexual de mulheres lésbicas também repercute sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Embora a maioria das participantes tenha relatado nunca ter realizado aborto, os dados demonstram que gravidez e interrupção gestacional também fazem parte das experiências de algumas mulheres lésbicas, tensionando estereótipos que associam lesbianidade à ausência de vivências reprodutivas. Nesse sentido, torna-se necessário reconhecer a pluralidade das experiências afetivo-sexuais e garantir que políticas de saúde sexual e reprodutiva sejam inclusivas e acessíveis independentemente da orientação sexual[23-26].

Outro aspecto relevante identificado refere-se ao elevado consumo de substâncias psicoativas entre as participantes. A literatura aponta que populações LGBTQIA+ apresentam maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico em decorrência do estresse de minorias e da exposição contínua a experiências de discriminação e exclusão social[7,27,28]. Sob a perspectiva decolonial, tais vulnerabilidades podem ser compreendidas como efeitos de processos históricos de marginalização e negação de pertencimento social produzidos pela lesbofobia estrutural e institucional[11,12]. O consumo de álcool, tabaco e outras substâncias pode, portanto, configurar-se como mecanismo de enfrentamento diante de contextos marcados por sofrimento emocional, isolamento social e ausência de redes de apoio adequadas[2,27].

Os achados reforçam que as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas no acesso à saúde não decorrem exclusivamente de atitudes individuais preconceituosas, mas de estruturas ins-

titucionais e sociais que reproduzem desigualdades de gênero e sexualidade no campo do cuidado. Nesse contexto, a incorporação de perspectivas interseccionais e decoloniais na formação em saúde e nas práticas institucionais torna-se fundamental para problematizar processos de invisibilização e promover práticas de cuidado culturalmente sensíveis, inclusivas e comprometidas com a equidade[9–12,18,29].

Dessa forma, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde da população LGBT, especialmente por meio da qualificação permanente de profissionais de saúde, revisão de currículos formativos, ampliação de campanhas educativas específicas e desenvolvimento de estratégias de cuidado que reconheçam as singularidades das experiências de mulheres lésbicas no contexto do SUS[1,3]. Além disso, destaca-se a importância de ampliar pesquisas fundamentadas em referenciais decoloniais e interseccionais, possibilitando análises críticas sobre os mecanismos institucionais que produzem exclusão, silenciamento e desigualdades no cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou descrever o perfil de saúde de mulheres lésbicas residentes em Pernambuco, evidenciando barreiras relacionadas ao acesso, acolhimento e cuidado em saúde, especialmente diante de experiências de constrangimento, discriminação e invisibilização nos serviços de saúde. Os resultados também demonstraram baixa adesão às práticas preventivas e limitações no acesso a informações sobre saúde sexual e reprodutiva.

A análise à luz do referencial decolonial evidenciou que tais vulnerabilidades estão relacionadas à permanência de práticas cisheteronormativas e modelos biomédicos hegemônicos que produzem desigualdades no cuidado em saúde. Diante disso, destaca-se a necessidade de fortalecer políticas públicas, qualificação profissional e estratégias de cuidado culturalmente

sensíveis, inclusivas e livres de discriminação, contribuindo para a promoção de um atendimento mais humanizado, equitativo e comprometido com o direito à saúde de mulheres lésbicas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. [Internet]. Diário Oficial da União. 2011 dez. 2 [citado em 16 jun. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html.
2. Miskolci R, Signorelli MC, Canavese D, Teixeira FB, Polidoro M, Moretti-Pires RO, et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. Cien Saude Colet. 2022;27(10):3815-24. doi:10.1590/1413-812320222710.06602022
3. Silva AN, Gomes R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. Cien Saude Colet. 2021;26:5351-60. doi:10.1590/1413-812320212611.3.34542019.
4. Dias BO, Santos JN, Jordão LR, Teodoro SAC, Paixão SO, Gracio ALR. Invisibilidade lésbica na saúde: a influência da heteronormatividade compulsória nos cuidados em enfermagem. Rev Delos. 2025;18(68):e5526. doi:10.55905/rdelosv18.n68-094.
5. Tesser Junior ZC, Paim MB, Selau BL, Bortoli FR, Kovaleski DF. A invisibilidade das pessoas LGBT no acesso à saúde. Trab Educ Saude. 2024;22:e2743254. doi:10.1590/1981-7746-ojs2743.
6. Rodrigues JL, Falcão MTC. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. Saude Soc. 2021;30(1):e181062. doi:10.1590/S0104-12902021181062.
7. Moagi MM, Van der Wath AE, Jiyane PM, Rikhotso RS. Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: an integrated literature review. Health SA. 2021;26:1487. doi:10.4102/hsag.v26i0.1487.
8. Rocon PC, Wandekoken KD, Reis DS. Acesso de mulheres bissexuais e lésbicas em serviços públicos de saúde. Rev Katálysis. 2024;27:e95176. doi:10.1590/1982-0259.2024.e95176.

9. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2005 [acesso em 16 jun. 2026]. p. 107-130. Disponível em: https://ufrb.edu.br/educacaodocampocfp/images/Edgardo-Lander-org-A-Colonialidade-do-Saber-eurocentrismo-e-ciC3AAncias-sociais-perspectivas-latinoamericanas-LIVRO.pdf

10. Lugones M. Colonialidade e gênero. Tabula Rasa. 2008;(9):73-102. doi:10.25058/20112742.340.

11. Curiel O, Generoso LMA. Crítica pós-colonial a partir das práticas políticas do feminismo antirracista. Rev Teor Hist [Internet]. 2020 [acesso em 16 jun. 2026];22(2):231-45. Disponível em: https://revistas.ufg.br/teoria/article/view/58979 .

12. Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos [Internet]. Rio de Janeiro: Zahar; 2020 [acesso em 16 jun. 2026]. Disponível em: https://mulherespaz.org.br/site/wp-content/uploads/2021/06/feminismo-afro-latino-americano.pdf.

13. Liga Brasileira de Lésbicas; Associação Lésbica Feminista de Brasília – Coturno de Vênus. LesboCenso Nacional: mapeamento de vivências lésbicas no Brasil [Internet]. Brasília: Liga Brasileira de Lésbicas; 2022 [acesso em 16 jun. 2026]. Disponível em: https://lesbocenso.com.br/.

14. Albuquerque GA, Quirino GS, Figueiredo FWS, Paiva LS, Abreu LC, Valenti VE, et al. Sexual diversity and homophobia in health care services: perceptions of homosexual and bisexual population in the cross-cultural theory. Open J Nurs. 2016;6(6):447-58. doi:10.4236/ojn.2016.66049.

15. Ferreira LM, Batista GG, Bouillet LEM. Barreiras no acesso à Atenção Básica pela população LGBTQIA+: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3594. doi:10.5712/rbmfc19(46)359416.

16. Ferreira LM, Batista GG, Bouillet LEM. Barreiras no acesso à Atenção Básica pela população LGBTQIA+: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3594. doi:10.5712/rbmfc19(46)3594.

17. Silva TKS, Coutinho SED, Almeida SA, Cassiano AN. A prática assistencial à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão integrativa. Contrib Cienc Soc. 2025;18(1). doi:10.55905/revconv.18n.1-141.

18. Silva Neto MA, Regis CG, Lourenço RG, Peres AM. Propostas curriculares em ensino de saúde LGBTQIA+ na graduação em saúde de uma universidade pública da região norte do Brasil. Esc Anna Nery. 2025;29:e20250013. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2025-0013pt.

19. Cochran SD, Mays VM. Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. Am J Epidemiol. 2000;151(5):516-23. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a010238.

20. Araujo AF, Paula B, Franco C, Fernandes MC. Invisibilidade, desrespeito e preconceito nos serviços de saúde ginecológica às mulheres lésbicas. Contemporary Journal. 2025;5(4):1-31. doi:10.56083/RCV5N4-040.

21. Benatti JCV, Almeida ACP, Lovaglio LV, Vaz JMR. Transfobia e lesbofobia nos atendimentos ginecológicos: revisão de literatura. Rev Foco. 2024;17(Esp):e038. doi:10.54751/revistafoco.ed.esp-038.

22. Reis DS, Rocon PC, Wandekoken KD. Desafios no cuidado em saúde vividos por mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil: uma revisão integrativa. Hygeia. 2024;20:e2020. doi:10.14393/Hygeia2069298.

23. 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. J Lesbian Stud. 2024;28(4):574-602. doi:10.1080/10894160.2024.2369434.

24. Oliveira GCG, Lima UTS. Invisibilidade e barreiras heteronormativas no pré-natal de mulheres lésbicas: estratégias para um cuidado obstétrico inclusivo. Rev Tópicos. 2026. doi:10.70773/revistatopicos/778350342.

25. Johnson MJ, Nemeth LS. Addressing healthdisparities of lesbian and bisexual women: a grounded theory study. Womens Health Issues.2014;24(6):635-40. doi:10.1016/j.whi.2014.08.00.

26. Trapani VF, Feuerschuette OHM, Trapani Júnior A. Legal pregnancy interruption due to sexual violence in a public hospital in the South of Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(10):945-52. doi:10.1055/s-0042-1755457.

27. Felner JK, Wisdom JP, Williams T, et al. Stress, coping, and context: examining substance use among LGBTQ young adults with probable substance use disorders. Psychiatr Serv. 2020;71(2):112-20. doi:10.1176/appi.ps.201900029.

28. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-97. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674.

29. Farias GM, Martini JG, Sanes MS, Cortes HM, Queiroz AM, Ferreira RN, Vargas MAO. Formação em enfermagem para a diversidade sexual e de gênero. Rev Baiana Enferm. 2025;39:e67667. doi:10.18471/rbe.v39.67667.