




**Universidade do Estado do Amazonas**  
**Escola Superior de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**



**Camila Freire Albuquerque**

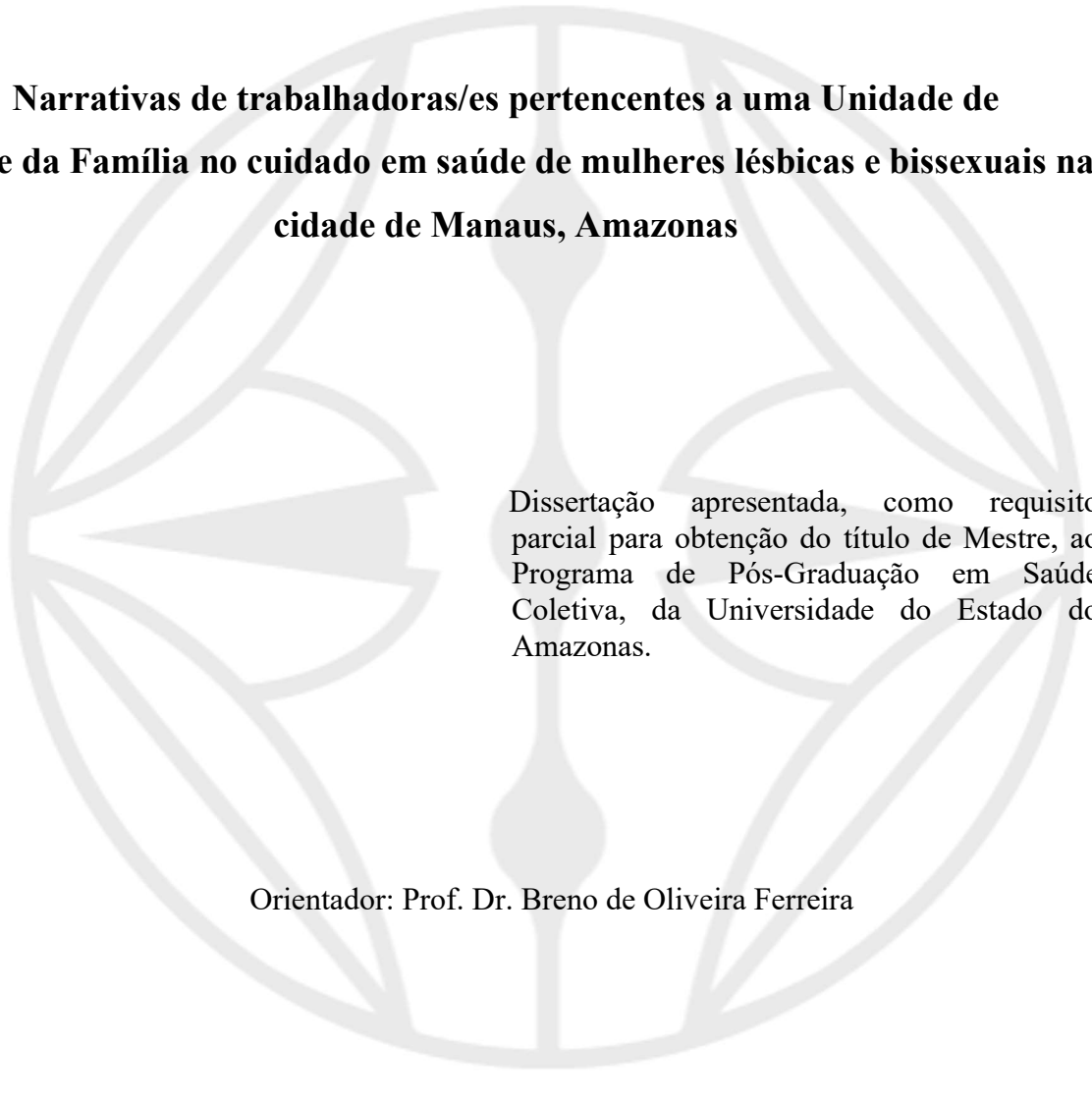
**Narrativas de trabalhadoras/es pertencentes a uma Unidade de Saúde da  
Família no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de  
Manaus, Amazonas**

MANAUS  
2025



Camila Freire Albuquerque

**Narrativas de trabalhadoras/es pertencentes a uma Unidade de  
Saúde da Família no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na  
cidade de Manaus, Amazonas**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Orientador: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira

MANAUS

2025

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
**Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.**

A345n

Albuquerque, Camila Freire

Narrativas de trabalhadoras/es pertencentes a uma Unidade de Saúde da Família no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de Manaus, Amazonas / Camila Freire Albuquerque . Manaus : [s.n], 2025.

115 f. : ; 21,0 cm.

Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC- Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2025.

Inclui Bibliografia.

Inclui Apêndice.

Inclui Anexo.

Orientador: Breno de Oliveira Ferreira.

1. Homossexualidade feminina. 2. Bissexualidade feminina. 3. Trabalhador da Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Breno de Oliveira Ferreira (Orient.) II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Título

CDU(1997)614(043.3)



**PPGSC** Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - UEA



**AMAZONAS**  
GOVERNO DO ESTADO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO**

Aos 04 dias do mês de julho de 2025, às 10h:00min, de forma híbrida, ocorreu a sessão da Defesa de Dissertação do Mestrado, cujo título da dissertação é: "Narrativas de trabalhadoras/es pertencentes a uma Unidade de Saúde da Família no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de Manaus, Amazonas", apresentada por **Camila Freire Albuquerque**, sob orientação do Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira. A apresentação do trabalho foi realizada em sessão pública, compreendendo exposição da discente em um tempo de 30 a 40 minutos, seguida de arguição pelos examinadores. Ao término dos trabalhos, em sessão secreta, os examinadores exararam seus pareceres, a seguir discriminados:

Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira – Orientador

Aprovado ( ) Reprovado

Assinatura *Breno de Oliveira Ferreira*

Prof.ª Dra. Munique Therense Costa de Moraes Pontes – Membro Titular

Aprovado ( ) Reprovado

Assinatura *Munique Therense Costa de Moraes Pontes*

Prof.ª Dra. Adriane das Neves Silva – Membro Titular

Aprovado ( ) Reprovado

Assinatura.....



Documento assinado digitalmente

ADRIANE DAS NEVES SILVA

Data: 07/07/2025 09:59:38-0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

**Parecer Final:**

Aprovado ( ) Reprovado

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira, presidente da sessão, lavrei a presente ata, que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora e remeto à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas.

Manaus, 04 de julho de 2025.

## DEDICATÓRIA

Para minha mãe e meu pai  
Para minhas professoras e amigas  
E a todas as mulheres que passaram por minha vida  
que me inspiraram e me incentivaram  
a pensar em uma sociedade mais justa, diversa e igualitária.

## AGRADECIMENTOS

É com profunda gratidão que escrevo esta carta a todas as pessoas que estiveram ao meu redor durante esta caminhada.

Agradeço, primeiramente, ao meu orientador, pela escuta atenta e pela paciência generosa com que me conduziu pelas leituras, segurando minha mão nos momentos mais difíceis da trajetória. Foi incentivo e inspiração para que, mesmo que ainda de forma modesta, eu pudesse saltar sobre novos pensamentos, perspectivas e modos de vivenciar a pesquisa acadêmica.

Minha gratidão se estende à minha família, que sempre valorizou o conhecimento e incentivou meu desenvolvimento intelectual e crítico.

Agradeço, com afeto, às minhas amigas, aos meus amigos e ao meu companheiro, pelo apoio cotidiano e pelo incentivo amoroso. Nunca duvidaram de mim e estiveram sempre por perto, mesmo nos dias difíceis, para que a ansiedade e as inseguranças não me paralisassem.

Às amigas que a vida acadêmica me deu, levo comigo o carinho e a admiração. Mulheres fortes, inspiradoras, com quem compartilhei não apenas o fazer científico, mas também histórias, memórias e crescimentos mútuos, além das trocas acadêmicas, formamos vínculos que desejo preservar por toda a vida.

Às participantes da pesquisa, agradeço profundamente pela confiança, pela acolhida e pela generosidade em partilhar suas experiências, incertezas e fragilidades. São seus relatos que conferem sentido a este trabalho.

Por fim, agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEA, sendo de fundamental importância durante todo o processo do projeto de pesquisa.

## RESUMO

ALBUQUERQUE, Camila Freire. *Narrativas de trabalhadoras/es pertencentes a Unidades de Saúde da Família no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de Manaus, Amazonas*. 2025. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2025

Ao longo da história, a orientação sexual lésbica e bissexual tem sido atravessada por resistências e preconceitos que moldam as vivências dessas mulheres em diversas esferas sociais, incluindo o campo da saúde. Esse contexto contribui para o apagamento de suas necessidades específicas e para a inefetividade de políticas públicas voltadas a essa população. Torna-se, assim, necessário repensar os modelos biomédicos e heteronormativos que sustentam a atenção em saúde e construir práticas mais inclusivas, capazes de reconhecer a pluralidade de experiências e identidades. Considerando o potencial transformador da Atenção Básica, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família, este estudo teve como objetivo analisar as narrativas de trabalhadoras de uma Unidade de Saúde da Família sobre o cuidado de mulheres lésbicas e bissexuais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com aproximação etnográfica, que utilizou como técnicas a observação participante e entrevistas semiestruturadas com 15 trabalhadoras, incluindo médicas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, assistentes sociais e agentes comunitárias de saúde. A análise narrativa, orientada pelas contribuições de Schütze, foi fundamentada no construcionismo social e articulada às epistemologias bissexuais e lésbico-feministas. A partir disso, três núcleos de análise foram construídos a partir do material empírico: (1) Percepções sobre as necessidades e demandas de saúde; (2) Desafios técnicos, éticos e morais no cuidado; e (3) trajetórias formativas e experiências sensíveis à diversidade. Foi a partir das narrativas das trabalhadoras que em uma primeira instância é prevalente o discurso da não-diferença; entretanto, esse posicionamento não se mantém na totalidade de suas falas, já que as trabalhadoras entendem que mulheres lés/bi sofrem preconceitos e discriminações, necessitam de melhor acolhimento, educação sexual diferenciada e que dentro dos consultórios são compreendidas como sujeitas que mobilizam reflexões e novas práticas na lógica do cuidado. No campo das dificuldades é perceptível como mulheres lés/bi são identificadas pelas trabalhadoras de três maneiras: por suas performances, a lésbica como sujeita masculinizada e a bissexual hiperssexualizada; pelos desarranjos e quebra do fluxo heteronormativo que essas mulheres conferem as dinâmicas de cuidado, marcada por medo, negação ou desconforto durante exames de rotina; e por último, ao reconhecerem suas famílias homoafetivas dentro suas áreas de cuidado. Todo esse reconhecimento não se dá de maneira direta, e pouco influencia no planejamento de cuidados integrais. Apesar dessas barreiras, também foram identificados movimentos de abertura, tensões internas e reconhecimentos parciais que apontam para a possibilidade de transformação nas práticas. Conclui-se que o cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais ainda é atravessado por limites estruturais, simbólicos e formativos e só será efetivo e qualificado quando as trabalhadoras problematizarem seus discursos e reconhecerem seu protagonismo na construção de um SUS efetivamente equânime. No entanto, também há evidências de possibilidades, deslocamentos e ressignificações nas práticas profissionais, indicando que o reconhecimento da diversidade, a ampliação dos processos formativos e o fortalecimento das políticas públicas são caminhos possíveis e necessários.

**Palavras-chave:** Homossexualidade feminina. Bissexualidade feminina. Trabalhador da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

ALBUQUERQUE, Camila Freire. *Narratives of workers belonging to Family Health Units in the health care of lesbian and bisexual women in the city of Manaus, Amazonas*. 2025. 115 p. Dissertation (Master's in public health) – Amazonas State University, Manaus, 2025

Throughout history, lesbian and bisexual sexual orientation has been permeated by resistance and prejudice that shape the experiences of these women in various social spheres, including the healthcare field. This context contributes to the erasure of their specific needs and the ineffectiveness of public policies targeting this population. It is therefore necessary to rethink the biomedical and heteronormative models that underpin healthcare and build more inclusive practices capable of recognizing the plurality of experiences and identities. Considering the transformative potential of Primary Care, especially within the scope of the Family Health Strategy, this study aimed to analyze the narratives of workers at a Family Health Unit about the care of lesbian and bisexual women. This is a qualitative study with an ethnographic approach, using participant observation and semi-structured interviews with 15 workers, including doctors, nurses, nursing technicians, social workers, and community health agents. The narrative analysis, guided by Schütze's contributions, was grounded in social constructionism and articulated with bisexual and lesbian-feminist epistemologies. From this, three analytical cores were constructed based on the empirical material: (1) Perceptions of health needs and demands; (2) Technical, ethical, and moral challenges in care; and (3) Educational trajectories and experiences sensitive to diversity. It was from the workers' narratives that the discourse of non-difference initially prevailed; however, this positioning did not remain throughout their statements, as the workers understood that lesbian/bisexual women suffer prejudice and discrimination, require better reception and differentiated sexual education, and that within the clinics, they are understood as subjects who mobilize reflections and new practices within the logic of care. In terms of difficulties, it is noticeable how lesbian/bisexual women are identified by workers in three ways: through their performances, portraying the lesbian as a masculinized subject and the bisexual as hypersexualized; through the disruptions and disruption of the heteronormative flow that these women bring to care dynamics, marked by fear, denial, or discomfort during routine exams; and finally, through recognizing their same-sex families within their care areas. This recognition is not direct and has little influence on comprehensive care planning. Despite these barriers, movements of openness, internal tensions, and partial recognition were also identified, pointing to the possibility of transformation in practices. It is concluded that health care for lesbian and bisexual women is still hampered by structural, symbolic, and formative limitations and will only be effective and qualified when workers problematize their discourses and recognize their leading role in building a truly equitable SUS. However, possibilities for shifts and resignifications in professional practices are also evident, indicating that the recognition of diversity, the expansion of training processes and the strengthening of public policies are possible and necessary paths.

**Keywords:** Female homosexuality. Female bisexuality. Health worker. Primary health care.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Tópico-guia para entrevista.....	41
<b>Quadro 2</b> – Trabalhadoras da Estratégia saúde da Família.....	47

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNPM	Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
EC	Educação continuada
EP	Educação Permanente
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas
GALF	Grupo de Ação Lésbica Feminista
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo
NASFAB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSI-LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SENALE	Seminário Nacional de Lésbicas
SENALESBI	Seminário Nacional de Lésbicas e Bissexuais
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SOMOS	Grupo de Afirmação Homossexual
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de saúde da Família
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1. OBJETIVOS.....	20
3.1 Geral.....	20
3.2 Específicos .....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 Feminismo e Gênero: Da Subordinação à Pluralidade. ....	21
2.2 Corpos Subversivos: Reflexões sobre a Lesbianidade, bissexualidades e a Teoria Queer.....	22
2.3 Lésbicas e bissexuais no Brasil: Luta por visibilidade e Conquistas em direitos de Saúde.....	26
2.4 O modelo de saúde da família e o “não cuidado” às “não mulheres” .....	30
3. A CONSTRUÇÃO DE UM PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	34
3.1 Nem de Fora, Nem de Longe: Posicionamentos e implicações da pesquisadora	36
3.2 O Território da Experiência .....	37
3.3 Produção e análise dos dados.....	41
3.4 As “Atrizes” da Pesquisa .....	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1 “Fragmentos de um cuidado em construção”: Percepções acerca das necessidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. ....	47
4.2 “Nomes não ditos, presenças sentidas”: Dificuldades técnico-assistenciais, morais e éticas na prestação da assistência.....	58
4.3 "Soa como um mundo novo": Desafios formativos e sociopolíticos na atenção à saúde lésbica e bissexual.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	90
REFERÊNCIAS .....	94

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO .....	103
APÊNDICE B: QUESTÕES ESTRUTURANTES.....	104
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS TRABALHADORAS DA SAÚDE.....	105
APÊNDICE D: DECLARAÇÃO DE VOLUNTARIADO.....	108
ANEXO I - PARECER DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA.....	110
ANEXO II - FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL .....	115

## INTRODUÇÃO

O campo das lesbianidade e das bissexualidades são atravessados, por marcadores de hierarquia, que cotidianamente produzem aniquilamentos, interditos, violências e mortes. Ao explorarmos as obras de pensadoras como Wittig (1995) e Butler (2007), deparamo-nos com uma problematização essencial sobre como o gênero é moldado por discursos sobre o corpo. Wittig, em sua obra "Corpo Lésbico", reflete sobre o corpo e a sexualidade como guiados por um desejo que, sem norma e sem nomes para se pautar, procura explorar novos modos de existência. De forma semelhante, Judith Butler (2019) argumenta que pensar o corpo como construído exige repensar o significado da construção de si. Butler sugere que os corpos surgem, perduram e vivem dentro das restrições produtivas de certos esquemas de gênero altamente regulatórios.

O corpo lésbico é entendido, portanto, dentro desses “esquemas de gênero altamente regulatórios”, sendo a lesbianidade, assumida como um discurso que desestabiliza o binarismo de gênero, as identidades e a política sexual (Maciel; Garcia, 2018). Mas como isso ocorre? Começemos pelos conceitos básicos. O gênero, entendido como o caráter social das distinções baseadas no sexo, surge como uma resposta ao determinismo biológico subjacente em termos como “sexo” ou “diferença sexual”. Joan Scott conceitua o gênero enquanto uma categoria útil à história e destaca também o aspecto relacional das definições normativas das feminilidades, tornando-se uma maneira de indicar as "construções sociais" - ideias sobre os papéis atribuídos socialmente a homens e mulheres. Nesse sentido, o gênero é “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (Scott, 1995).

Ao estabelecer hierarquias de poder faz-se necessário criar normas para dar suporte e manutenção a tal estrutura. Essas normas, valem-se da heterossexualidade e considerando-a como natural e superior à homossexualidade, perpetuam a falta de reconhecimento das opressões presentes nas normativas, sendo legitimadas pelo sistema que as formula. Neste contexto encontram-se os corpos lésbicos e bissexuais. A ousadia dessas mulheres em desafiar os papéis tradicionalmente atribuídos, como ser mãe e esposa, quebra as pressuposições do sistema sexo/gênero/desejo e desafia as estruturas preexistentes, provocando reações intensas em uma sociedade ainda ancorada na heteronormatividade e no patriarcado (Ribeiro; Oliveira, 2018).

A perspectiva provocativa de Wittig (2001), exposta em seu texto "A Mente Hétero", lança uma luz sobre as intrincadas relações entre lesbianidade, identidade de gênero e a lógica heterossexista. A autora desafia a concepção convencional ao proclamar que "as lésbicas não são mulheres", argumentando que a própria definição de mulher está inextricavelmente vinculada à lógica heterossexista. Ao afirmar que "as lésbicas não são mulheres", Wittig instiga uma reflexão profunda sobre a natureza construída socialmente da categoria "mulher". Ela ilustra como, em uma sociedade heteronormativa, a identidade da mulher é, na verdade, uma construção social baseada em sua relação com um homem. Isso impõe sobre a mulher uma série de obrigações e imposições masculinas, relegando-a a um papel socialmente reconhecido apenas quando está vinculada a um homem e, frequentemente, sendo definida como passiva e destinada à procriação.

Dessa forma, Wittig destaca a urgência de dismantlar as estruturas normativas que subjazem à concepção tradicional de mulher, encorajando uma reavaliação crítica das normas patriarcais e heteronormativas que moldam a identidade e o papel social das mulheres. Sua provocação ressoa como um convite à reconstrução de narrativas que transcendam as limitações impostas por essas normas, promovendo uma compreensão mais ampla e inclusiva das diversas formas de expressão da feminilidade.

Tania Navarro Swain (1999) destaca, que nas comunidades lésbicas, a recusa ao domínio masculino e à submissão feminina, fortemente atrelados às imposições de gênero, resultou na exclusão dos homens do cotidiano dessas comunidades. Essa recusa não se limita apenas a uma negação de presença física, mas representa uma resistência às normas e expectativas impostas pelo patriarcado.

A autora ressalta a heterossexualidade como uma prática que desarticula identidades, lançando luz sobre a problemática da desnaturalização do sexo biológico na construção do binômio natureza/cultura. Swain (1999) argumenta que o patriarcado teme a possibilidade de mulheres se tornarem totalmente indiferentes aos homens e, como resposta a essa ameaça, busca tornar lésbicas invisíveis, negando sua existência no tecido social.

Wittig propõe uma desconstrução radical da noção de mulher fora das amarras das relações de poder patriarcais. Ela vislumbra o ato de ser lésbica como intrinsecamente político, representando uma ruptura consciente com as dinâmicas de poder vigentes em uma sociedade marcada pelo patriarcado e pela heterossexualidade compulsória.

Mas o que seria a heterossexualidade compulsória? Adrienne Rich (1993), em sua obra "Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence", provocativamente propõe a ideia da heterossexualidade compulsória como uma instituição política que despoja as mulheres de

poder, posicionando-se a favor de um *continuum lésbico* e critica o apagamento sistemático da existência lésbica dentro do pensamento feminista e nas dinâmicas de gênero que permeiam a sociedade.

Ao afirmar que as lésbicas se desvinculam da heterossexualidade como norma, Swain destaca as questões levantadas por Adrienne Rich, que propõe que a destruição da existência lésbica é uma estratégia para preservar a compulsão à heterossexualidade (Swain, 1999). A categoria sexo, dentro desse contexto, é utilizada para naturalizar a relação estabelecida pelo contrato social, perpetuando a ideia da heterossexualidade como norma inquestionável.

Os impactos dessa conjuntura reverberam diariamente nas vidas das mulheres lésbicas e bissexuais, colocando-as em condições de existência menos visíveis, reforçando desigualdades profundas e condições precárias que interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia e bifobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença.

Essas formas de preconceito caminham e se reforçam pelos preconceitos do machismo, o racismo e a misoginia. Reconhecer a saúde dessas mulheres como uma subversão da identidade heteronormativa é reivindicar normas sociais e políticas, destacando a necessidade de instituições de saúde abandonarem a lógica neoliberal, devendo incorporar uma visão que reconheça os sujeitos como providos de relacionalidade, interdependência e necessidades específicas em diferentes contextos sociais, individuais e performativos (Figueiredo, 2018).

Tais imposições sociais decorrentes das influências heteronormativas estruturais resultam no afastamento das mulheres lésbicas dos serviços de saúde, materializadas principalmente pelo preconceito, discriminação e falta de capacitação profissional (Albuquerque et al., 2018). Isso leva à sua consideração como seres menos dignos em virtude de sua orientação sexual, resultando em privações de direitos em diversos setores sociais (Rich, 2010). A pesquisa conduzida por Silva e Gomes (2021) evidência de maneira contundente a falta de acolhimento como uma das barreiras significativas para uma assistência adequada à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

Mesmo quando as usuárias explicitam que não têm relações sexuais com penetração, deparam-se com a insistência em exames invasivos, privilegiando protocolos normativos que ignoram a diversidade da sexualidade e perpetuam procedimentos voltados para mulheres heterossexuais. A normatização inflexível das práticas de cuidado cria situações constrangedoras para as usuárias, forçando-as a fazer escolhas delicadas entre preservar sua

integridade física e mental ou aceitar o que é considerado “cuidado” pelos padrões convencionais.

A suposição automática da heterossexualidade por parte das trabalhadoras de saúde gera surpresa quando não confirmada, resultando em questionamentos invasivos e constrangimentos. Essas práticas não apenas violam a autonomia das mulheres, mas também comprometem a qualidade do atendimento, minando a confiança na relação entre trabalhadora-usuária (Falu, 2019).

Por que utilizar o termo “trabalhadoras”? Por que empregar o feminino no decorrer desta dissertação? O Sistema Único de Saúde (SUS) é concebido como feminino, refletindo a predominância numérica de mulheres na área da saúde. Com as mulheres representando 75% dos seis milhões de profissionais no setor público, tanto nas atividades diretas de assistência hospitalar quanto na Atenção Básica, o SUS emerge como o ponto de partida ideal para a construção de uma abordagem de saúde da mulher, fundamentada no conceito de continuum lésbico, proposto por Rich (2012).

O termo “*continuum* lésbico” abrange um conjunto de experiências de identificação ao longo da vida de cada mulher, indo além do aspecto meramente sexual. Inclui formas variadas de intensidade primária entre mulheres, como o compartilhamento de uma vida interior mais rica e vínculos contra a opressão masculina (Rich, 2012).

Mulheres cuidam de mulheres constantemente no contexto do Sistema Único de Saúde. No entanto, de que maneira isso ocorre? Uma sociedade de continuum seria aquela na qual as mulheres viveriam suas vidas, afetos e práticas voltadas para e por outras mulheres. O feminismo, nesse contexto, é revolucionário, pois aspira a essa mudança. No entanto, após anos de luta, observamos que a sororidade e a amizade política entre mulheres seja na saúde ou outras instâncias ainda são mais exceção do que regra.

Os dados e indicadores de saúde destacados no livreto “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” (2014) oferecem uma visão orientativa das questões há muito debatidas pelo movimento lésbico e feminista, evidenciando desafios persistentes. Um ponto central abordado é o acolhimento insuficiente nos atendimentos de saúde, revelando uma lacuna significativa na oferta de serviços voltados para mulheres lésbicas e bissexuais. Além disso, o documento destaca a tendência de focalizar a saúde da mulher exclusivamente na esfera da reprodução, negligenciando outras dimensões igualmente importantes.

A importância da educação e formação de trabalhadoras de saúde é ressaltada como uma medida essencial para melhorar a qualidade do atendimento, sendo fundamental para lidar de

forma acolhedora e inclusiva com a orientação sexual, considerando que esse é um tema frequentemente tratado como tabu (BRASIL, 2014).

Mas onde se encontram as mulheres bissexuais nesse contexto? Entendidas muitas vezes como uma mera intersecção, observa-se a falta de espaço para a identidade bissexual dentro do próprio movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo (LGBTI), o que se reflete também no apagamento nas pesquisas sobre saúde voltadas para essa população. A invisibilidade e o estigma em torno da sexualidade bissexual são temas delicados, na estrutura heteronormativa da sociedade, as relações afetivo-sexuais estão sempre baseadas em performances e papéis de gênero binários, e dentre os preconceitos mais comuns associados à bissexualidade, destaca a alegação de promiscuidade, a tendência à infidelidade e a hipersexualização, além da premissa de que seja uma orientação sexual transitória, por vezes, associadas na literatura como “vetores” de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Lewis, 2012; Brasil, 2014; Monaco, 2021).

A presença de reivindicações do movimento lésbico-feminista e bissexual em documentos públicos, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (2004) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2012), assim como no livreto mencionado (2014), levanta uma questão fundamental: até que ponto a fragilidade e vulnerabilidade dessas mulheres, conforme discutido por Butler (2011), conseguem ser reconhecidas, especialmente entre as trabalhadoras de saúde? Essa indagação nos instiga a refletir sobre a razão da disparidade entre as diretrizes estabelecidas nas políticas, indicando avanços no cuidado prestado às mulheres lésbicas e bissexuais, e a realidade daquelas que buscam preservar sua saúde (Valadão; Gomes, 2011).

Diante desse cenário desafiador, se faz necessário repensar e transformar as abordagens de saúde, afastando-se das normas tradicionais e adotando práticas inclusivas que reconheçam a diversidade de experiências e identidades de todas as mulheres. Essa transformação requer novas abordagens, envolvendo não apenas a capacitação dessas trabalhadoras de saúde em relação às práticas sexuais específicas, mas também desafiar estereótipos prejudiciais que podem influenciar a disponibilidade de serviços e recursos voltados para essa população.

Deste modo, a presente pesquisa buscou narrar experiências de trabalhadoras da saúde, pertencentes a Unidade de saúde da Família (USF) Enfermeira Ivone Lima dos Santos, acerca das questões de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de Manaus (AM) visando a elucidação das seguintes questões: Qual é o entendimento dessas trabalhadoras sobre o cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais? Como percebem e lidam com as demandas dessas

mulheres e por fim, o quão capacitadas e dispostas estas trabalhadoras estão, para a inclusão de temáticas de gênero e sexualidade em sua prática profissional? A partir dessas indagações me despertou o interesse em tomar como objeto de estudo *as experiências de trabalhadoras/es pertencentes a uma unidade de Saúde da Família (USF) na cidade de Manaus, Amazonas acerca das questões de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.*

## **1. OBJETIVOS**

### **3.1 Geral**

Compreender as experiências de trabalhadoras/es pertencentes a uma unidade de Saúde da Família (USF) na cidade de Manaus, Amazonas acerca das questões de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

### **3.2 Específicos**

1. Conhecer as visões dessas trabalhadoras/es sobre as necessidades e demandas de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.
2. Identificar as dificuldades que se apresentam às trabalhadoras/es seja no plano técnico-assistencial ou no plano moral e ético para a prestação da assistência a essas mulheres.
3. Identificar conhecimentos, interpretações, opiniões e apropriações de políticas ou programas de saúde referentes às mulheres lésbicas e bissexuais.
4. Investigar na trajetória dessas trabalhadoras/es as oportunidades para apropriação dos debates sobre diversidade sexual, gênero e direitos humanos (formações, capacitações, experiências junto a movimentos sociais e outras).

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Feminismo e Gênero: Da Subordinação à Pluralidade.

O conceito de gênero foi introduzido e articulado por pesquisadoras feministas como crítica ao patriarcado ocidental, se propondo a analisar, de modo interdisciplinar, a definição sociossexual da Mulher enquanto divergente do padrão universal atribuído ao Homem. Visto como marca de uma diferença e de uma estrutura social opressora, trazia à tona a subordinação das mulheres à sociedade e à família (De Laurettis, 2021).

O gênero, entendido como o caráter social das distinções baseadas no sexo, surge como uma resposta ao determinismo biológico subjacente em termos como “sexo” ou “diferença sexual”. Joan Scott conceitua o gênero enquanto uma categoria útil à história e destaca também o aspecto relacional das definições normativas das feminilidades, tornando-se uma maneira de indicar as "construções sociais" - ideias sobre os papéis atribuídos socialmente a homens e mulheres. Nesse sentido, o gênero é “um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e é um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (Scott, 1995).

Compreende-se gênero tanto como uma atribuição quanto uma apropriação, no qual “os outros me atribuem um gênero e eu o assumo como meu”, ou seja, sua representação se converte em autorrepresentação, com o indivíduo o assumindo à sua própria identidade subjetiva e social. Por outro lado, gênero é uma identidade constituída no tempo, num espaço externo, marcado pela repetição estilizada de atos, sendo um estilo corporal intencional e performativo, uma construção dramática e contingente de sentido (Butler, 2018; De Laurettis, 2021).

O gênero também é algo que fazemos, numa estratégia de sobrevivência cultural, onde um conjunto de atos são repetidos no interior de um quadro regulatório altamente rígido. Pode ser visto, dessa maneira, como uma construção social permeada por forças de poder, que discriminam e tornam abjetos os sujeitos que não se enquadram às normas de gênero (Butler, 2018; Moura; Oliveira, 2023).

Embora os feminismos dos anos 60 tenham reivindicado às mulheres igualdade na participação política, acesso a bens e direitos e a condições de trabalho, o avanço da própria luta feminista pela categoria e pelo sujeito mulheres fizeram com que o mesmo fosse

questionado, sobretudo pela filósofa Judith Butler, que “mulher” estava sendo defendida. Seria apenas uma repetição da lei e das estruturas jurídicas, reiterando uma mulher natural, estável, coerente, em sua matriz heterossexual? Estaria assim tentando construir uma base única e consistente à teoria feminista e ignorando a pluralidade do termo mulheres? (Butler, 2018; Moreira; Ferreira, 2020; Santana, 2021).

Mediante a ampliação da categoria “mulher” e de sua pluralidade na pauta feminista, a consciência das estruturas de poder que perpassam as relações de gênero e a práticas excludentes para os corpos abjetos, agora discutem a diversidade de posições de gênero e os desvios da matriz heterossexual (Butler, 2018; Moreira; Ferreira, 2020; Moura; Oliveira, 2023).

## **2.2 Corpos Subversivos: Reflexões sobre a Lesbianidade, bissexualidades e a Teoria Queer.**

Antes de adentrarmos a discussão da teoria Queer, devemos voltar a conceitos já apresentados, próprios da epistemologia lésbico-feminista, baseando-se sobretudo nas autoras Adrienne Rich, Gayle Rubin, Tania Navarro Swain, Monique Wittig e Judith Butler. O campo das lesbianidade e das bissexualidades são atravessados, por marcadores de hierarquia, que cotidianamente produzem aniquilamentos, interditos, violências e mortes. Ao explorarmos as obras de pensadoras como Wittig (1995) e Butler (2007), deparamo-nos com uma problematização essencial sobre como o gênero é moldado por discursos sobre o corpo.

Wittig, em sua obra "Corpo Lésbico", reflete sobre o corpo e a sexualidade como guiados por um desejo que, sem norma e sem nomes para se pautar, procura explorar novos modos de existência. De forma semelhante, Judith Butler (2019) argumenta que pensar o corpo como construído exige repensar o significado da construção de si. Butler sugere que os corpos surgem, perduram e vivem dentro das restrições produtivas de certos esquemas de gênero altamente regulatórios.

O corpo lésbico é entendido, portanto, dentro desses “esquemas de gênero altamente regulatórios”, sendo a lesbianidade, assumida como um discurso que desestabiliza o binarismo de gênero, as identidades e a política sexual (Maciel; Garcia, 2018). Seguindo o materialismo dialético, Wittig interpreta o corpo lésbico como um corpo que existe além da dicotomia homem (cis) / mulher (cis). Ela afirma que seria incorreto dizer que lésbicas se associam, fazem amor

e vivem com mulheres apenas porque o conceito de "mulher" tem significado em sistemas de pensamento e econômicos heterossexuais.

Ao estabelecer hierarquias de poder faz-se necessário criar normas para dar suporte e manutenção a tal estrutura. Essas normas, valem-se da heterossexualidade e considerando-a como natural e superior à homossexualidade, perpetuam a falta de reconhecimento das opressões presentes nas normativas, sendo legitimadas pelo sistema que as formula. Neste contexto encontram-se os corpos lésbicos e bissexuais. A ousadia dessas mulheres em desafiar os papéis tradicionalmente atribuídos, como ser mãe e esposa, quebra as pressuposições do sistema sexo/gênero/desejo e desafia as estruturas preexistentes, provocando reações intensas em uma sociedade ainda ancorada na heteronormatividade e no patriarcado (Ribeiro; Oliveira, 2018).

A perspectiva provocativa de Wittig (2001), exposta em seu texto "A Mente Hétero", lança uma luz sobre as intrincadas relações entre lesbianidade, identidade de gênero e a lógica heterossexista. A autora desafia a concepção convencional ao proclamar que "as lésbicas não são mulheres", argumentando que a própria definição de mulher está inextricavelmente vinculada à lógica heterossexista. Ao afirmar que "as lésbicas não são mulheres", Wittig instiga uma reflexão profunda sobre a natureza construída socialmente da categoria "mulher".

Ela ilustra como, em uma sociedade heteronormativa, a identidade da mulher é, na verdade, uma construção social baseada em sua relação com um homem. Isso impõe sobre a mulher uma série de obrigações e imposições ao masculino, relegando-a a um papel socialmente reconhecido apenas quando está vinculada a um homem e, frequentemente, sendo definida como passiva e destinada à procriação.

Wittig argumenta que a biologia tem sido historicamente usada para construir a ideia de "mulher", mas na verdade, o que consideramos como a causa ou origem da opressão feminina é apenas uma imposição dos opressores. Ela chama isso de "mito da mulher", junto com seus efeitos e manifestações nos corpos e na consciência das mulheres.

Dessa forma, Wittig destaca a urgência de dismantlar as estruturas normativas que subjazem à concepção tradicional de mulher, encorajando uma reavaliação crítica das normas patriarcais e heteronormativas que moldam a identidade e o papel social das mulheres. Sua provocação ressoa como um convite à reconstrução de narrativas que transcendam as limitações impostas por essas normas, promovendo uma compreensão mais ampla e inclusiva das diversas formas de expressão da feminilidade.

Tania Navarro Swain (1999) destaca, que nas comunidades lésbicas, a recusa ao domínio masculino e à submissão feminina, fortemente atrelados às imposições de gênero,

resultou na exclusão dos homens do cotidiano dessas comunidades. Essa recusa não se limita apenas a uma negação de presença física, mas representa uma resistência às normas e expectativas impostas pelo patriarcado.

A autora ressalta a heterossexualidade como uma prática que desarticula identidades, lançando luz sobre a problemática da desnaturalização do sexo biológico na construção do binômio natureza/cultura. Swain (1999) argumenta que o patriarcado teme a possibilidade de mulheres se tornarem totalmente indiferentes aos homens e, como resposta a essa ameaça, busca tornar lésbicas invisíveis, negando sua existência no tecido social.

Wittig propõe uma desconstrução radical da noção de mulher fora das amarras das relações de poder patriarcais. Ela vislumbra o ato de ser lésbica como intrinsecamente político, representando uma ruptura consciente com as dinâmicas de poder vigentes em uma sociedade marcada pelo patriarcado e pela heterossexualidade compulsória.

Mas o que seria a heterossexualidade compulsória? Adrienne Rich (1993), em sua obra "Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence", provocativamente propõe a ideia da heterossexualidade compulsória como uma instituição política que despoja as mulheres de poder, posicionando-se a favor de um *continuum lésbico* e critica o apagamento sistemático da existência lésbica dentro do pensamento feminista e nas dinâmicas de gênero que permeiam a sociedade.

Ao afirmar que as lésbicas se desvinculam da heterossexualidade como norma, Swain destaca as questões levantadas por Adrienne Rich, que propõe que a destruição da existência lésbica é uma estratégia para preservar a compulsão à heterossexualidade (Swain, 1999). A categoria sexo, dentro desse contexto, é utilizada para naturalizar a relação estabelecida pelo contrato social, perpetuando a ideia da heterossexualidade como norma inquestionável.

O avanço das discussões de gênero, chegamos então na Teoria Queer, surgida nos anos 90, que questiona os papéis tradicionais de gênero que apoiam a ideia de que existem apenas dois gêneros e que a heterossexualidade é o padrão universal, excluindo quem não se encaixa nessa norma buscando entender como a sexualidade influencia na maneira como a sociedade é organizada e como as pessoas se relacionam, especialmente aquelas que são consideradas "anormais" por não se ajustarem aos padrões de gênero estabelecidos.

Essa teoria foca em como as estruturas linguísticas, valores, ideias compartilhadas e contextos institucionais contribuem para a ideia de que existem apenas dois gêneros e reforçam esses padrões, limitando as experiências das pessoas. Esse padrão é mantido pelas relações de poder e cria uma hierarquia que restringe as experiências humanas.

Ao invés disso, a Teoria Queer destaca a possibilidade de mudança e transformação através da interação com a cultura, valorizando a ideia de que as identidades das pessoas estão em constante construção através de suas relações com os outros (Butler, 2018; Moreira Marcos; Ferreira, 2020; Moura; Oliveira, 2023). É importante notar que Judith Butler, uma das principais figuras da Teoria Queer, não defende a ideia de identidade baseada em características universais e biológicas que são estáveis e permanentes. Para ela, a noção de identidade é construída no contexto político e é moldada pelas práticas de representação política. Nesse sentido, as pessoas são compelidas a se enquadrar em uma das duas categorias binárias de gênero, homem ou mulher, para serem reconhecidas e compreendidas socialmente (Butler, 2018; Moreira; Ferreira, 2020; Santana, 2021).

Quando focamos na ideia de se encaixar na ideia padrão de relacionamentos heterossexuais, parece que estamos aceitando que as pessoas já têm uma identidade definida e fechada desde o início, ignorando como a política influencia na formação de quem somos. Isso dá ênfase a uma ideia de que nossa identidade é algo natural e eterno, que existe antes mesmo das relações sociais ou da política, como se fosse uma essência que está lá antes mesmo de nos tornarmos quem somos historicamente.

Essa maneira de pensar não só mantém a ideia de que só existem dois gêneros e que devemos nos encaixar em um deles, como também normaliza práticas que excluem quem não se ajusta a essas regras, dividindo as pessoas em "normais", dentro do padrão heterossexual, político e legal, e "anormais", desviantes e excluídos. Assim, quem não se encaixa no padrão é excluído e visto como algo que não pode ser entendido. No entanto, essa diversidade subversiva mostra uma sexualidade que vai contra o que é considerado normal, rompendo com a ideia de que a heterossexualidade é a única forma aceitável de se relacionar, reproduzir e ser reconhecido legal e socialmente. Mas essas pessoas subversivas ainda são influenciadas pelo poder, porque sua "ininteligibilidade" é representada pela lei e existe por causa da norma. O que é considerado normal também define o que é anormal, de modo que quem se encaixa na identidade considerada ideal e compreensível recebe reconhecimento político, legal e simbólico, às custas daqueles que são vistos como abjetos, criando uma divisão dentro da norma (Butler, 2018; Moreira; Ferreira, 2020; Santana, 2021).

Objetiva-se, diante disso, ir de representações dentro da estrutura binária dos sexos a uma teoria performativa do sexual. O ato performativo é a representação ou teatralização repetida de um gênero, podendo ser pensada como um conceito que amplia o leque de alternativas genéricas do binômio feminino/masculino, dando vez a atuações de gênero fora de uma identidade essencialmente instituída (Butler, 2018; Moreira; Ferreira, 2020).

O gênero é construído através das ações que realizamos. Às vezes, essas ações repetitivas mantêm uma identidade que é fácil de entender e seguir. Mas mesmo essa repetição é uma forma de agir, produzida através das palavras que dizemos e das histórias que contamos sobre nós mesmos. Essas ações que realizamos vão além das leis, mas também são influenciadas por elas, dependendo delas. Seguindo as ideias de Michel Foucault sobre a relação entre lei e resistência, não estamos criando algo completamente novo, mas sim reinterpretando o que já está estabelecido nas leis. Isso abre espaço para a possibilidade de subverter as normas existentes. Ao afirmar que a identidade é algo que praticamos, mostramos que ela é contingente e pode mudar. Quando agimos dentro das normas sociais, também podemos abrir espaço para novas formas de entender o gênero, que vão além das definições tradicionais.

O corpo pode realizar ações que desafiam as expectativas sociais e quebram a repetição automática das normas, criando maneiras de ser e se expressar. Isso desafia a ideia de que há apenas uma maneira correta de ser e agir de acordo com o gênero, permitindo que diferentes identidades e formas de ser sejam reconhecidas e representadas. Ao desafiar as normas estabelecidas, buscamos ressignificar práticas e corpos, mudando o significado que atribuímos a eles e abrindo espaço para uma variedade de identidades e expressões de gênero. Isso não significa apenas repetir os padrões existentes, mas sim redesenhar a forma como entendemos e reconhecemos as diferenças de gênero (Butler, 2018; Santana, 2021).

### **2.3 Lésbicas e bissexuais no Brasil: Luta por visibilidade e Conquistas em direitos de Saúde.**

A emergência do lesbianismo como movimento social destaca sua relevância para além da identificação sexual, incorporando críticas às estruturas de poder patriarcais e à misoginia. No contexto brasileiro, esse movimento teve origem durante o período de redemocratização do país, especialmente ao final da década de 1970, quando o ativismo homossexual começou a ganhar visibilidade política (Carrara, 2010; Facchini, 2003).

O grupo SOMOS - Grupo de Afirmação Homossexual de São Paulo, fundado em 1978, desempenhou um papel central nessa transição, embora a participação inicial das lésbicas no grupo tenha sido limitada em comparação com os homens gays. Além da desigualdade numérica na representação, as interações entre lésbicas e gays no grupo SOMOS revelaram preocupações das lésbicas em relação à reprodução de papéis sexuais homossexuais permeados pelo machismo, conforme apontado por Macrae (2018).

A experiência no âmbito feminista permitiu que essas mulheres identificassem posturas machistas e discriminatórias por parte dos gays, resultando na percepção de um modelo discriminatório e opressivo perpetrado pelos homens contra as mulheres. Fernandes (2018) ressalta a dificuldade enfrentada pelas lésbicas para expressarem suas demandas no interior do grupo SOMOS, onde sua presença era diluída e, quando tinham espaço, era predominantemente para contribuir com o movimento gay na superação de preconceitos direcionados a elas.

Diante da consciência da dupla discriminação que enfrentavam, as lésbicas, em 1979, decidem criar um subgrupo independente dentro do SOMOS intitulado Grupo de Ação Lésbico-Feminista (LF), adotando uma abordagem política autônoma em relação à centralização masculina de poder e fundamentada nos princípios do feminismo (Fernandes, 2018; Macrae, 2018).

Os anos decorrentes de 1980 foram marcados por encontros feministas nacionais que, embora tenham proporcionado visibilidade às lésbicas, enfrentaram resistência ao incorporar as questões específicas das mulheres lésbicas nas teorias e agendas feministas (Soares; Costa, 2012). Essa efervescência culminou no I Encontro Feminista Latino-americano e do Caribe, em 1981, dando origem a grupos como o Grupo de Ação Lésbica Feminista (GALF) no Brasil. Apesar de algumas rupturas, o GALF, notável pelo lançamento do jornal "ChanacomChana" em 1981, desempenhou um papel significativo na informação e na união das lésbicas em todo o Brasil (Fernandes, 2018).

Em relação à saúde, no Brasil, a abordagem da sexualidade feminina sob a perspectiva de gênero e saúde sexual teve seu primeiro destaque no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) na década de 1980. Antes da criação desse programa, as ações estavam predominantemente voltadas para a reprodução e contracepção. Durante esse período, as demandas dos movimentos sociais, especialmente do movimento feminista, influenciaram a agenda política, resultando na inclusão das preocupações com IST nas ações de prevenção (Brasil, 1984).

Com as Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento no Cairo em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim em 1995, houve uma separação dos direitos sexuais dos reprodutivos, destacando a importância da saúde sexual para o bem-estar das mulheres (Brasil, 2014a). Em 1996, o primeiro Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE), reunindo 100 lésbicas, representou um marco significativo no fortalecimento do movimento. Além de abordar questões ligadas à saúde sexual, o evento estabeleceu o Dia Nacional da Visibilidade Lésbica em 29 de agosto (Fernandes, 2018). Em 2014, o SENALE evoluiu para Seminário Nacional de Lésbicas e Bissexuais (SENALESBI), reconhecendo a contribuição das

mulheres bissexuais. Este seminário permanece como um espaço para fortalecer organizações lésbicas e bissexuais, fomentando debates sobre temas pertinentes.

Os SENALES seguintes em 1997, 1998 e 2001, focaram nas seguintes questões: saúde, visibilidade e organização; saúde e cidadania; saúde e visibilidade; e cidadania, visibilidade e saúde. A sequência de encontros sobre o mesmo tema demonstra a estratégia de buscar visibilidade via saúde, que continua em eventos posteriores promovidos pelo movimento (Facchini, Barbosa, 2006; Fernandes et al., 2018).

Em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) foi estabelecida e sob a coordenação conjunta da SPM e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), ocorreu a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres foi realizada em 2004, com o objetivo de estabelecer diretrizes para a elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, incorporando demandas específicas das mulheres lésbicas relacionadas à saúde, educação e combate à discriminação (Brasil, 2004b, 2004c).

A implementação da PNAISM em 2004 marcou um avanço significativo ao incluir uma seção dedicada a questões específicas enfrentadas por mulheres lésbicas, como cuidados ginecológicos heteronormativos e percepções equívocas (Brasil, 2004a). Outra conquista notável, resultou da realização da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres (CNPM) em 2007. Após a reformulação do CNDM como um órgão consultivo e deliberativo, o movimento lésbico alcançou um marco significativo ao eleger a primeira conselheira lésbica (Brasil, 2013b).

Em 2007, a 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) representou um avanço ao incluir a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais para a saúde. Essa medida propunha enfrentar as discriminações em diversos âmbitos e implementar políticas específicas para combater as desigualdades relacionadas a gênero, orientação sexual, raça, etnia e necessidades especiais. A proposta visava assegurar o controle social e o acesso aos benefícios da seguridade social por meio das instituições governamentais (Brasil, 2008a).

Entretanto, a garantia da equidade no atendimento às mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde só se concretizou mais tarde com o lançamento do Programa Mais Saúde – Direito de Todos, em 2008. Esse programa propôs uma reorientação das políticas públicas de saúde, visando ampliar o acesso de qualidade e promover ações de enfrentamento das iniquidades em saúde para grupos populacionais vulneráveis. A atenção do programa passou a abranger negros, quilombolas, LGBTI, ciganos, pessoas do campo, da floresta e das águas, além daqueles em situação de rua, entre outros (Brasil, 2010a).

Em 2008, ocorreu a 1ª Conferência Nacional LGBT, cujo tema "Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais" tinha como propósito mobilizar o país na definição de diretrizes para políticas públicas voltadas a essa população. O evento buscava também monitorar e fortalecer o programa Brasil sem Homofobia, além de elaborar o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT (Brasil, 2008b).

Outro ponto de destaque, no âmbito da saúde integral e equidade, foi o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), iniciado em 2009. Este programa concentrou seus investimentos no fortalecimento das políticas públicas de saúde, promovendo os Direitos Humanos Universais e advogando pela igualdade no reconhecimento e respeito à diversidade, garantindo o respeito à livre orientação sexual e à identidade de gênero (Brasil, 2010b).

Em 2011, a 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT se destacou pelo monitoramento do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos, que apresentava estratégias de ações para assegurar a igualdade e combater a discriminação (Brasil, 2011a). No mesmo ano, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), por meio da Portaria MS/GM nº 2.836 (Brasil, 2011b). Essa política tem como propósito fomentar a saúde integral da população LGBTI, enfrentando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema universal, integral e equitativo (Brasil, 2013a).

Entre os documentos que direcionam as ações às lésbicas, em 2006, é lançado o Dossiê de Saúde das Mulheres Lésbicas (Barbosa; Facchini, 2006), para promoção da equidade e da integralidade de saúde das lésbicas. No mesmo ano é elaborado, pela Área Técnica de Saúde da Mulher, a cartilha "Chegou a hora de cuidar da saúde", um material direcionado às lésbicas e bissexuais, que trazia abordagens sobre a saúde, sexualidade e legislação brasileira (Brasil, 2007).

Em 2013, o Ministério da Saúde apresenta a cartilha "Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social", destacando-se como uma oportunidade para o fortalecimento do empoderamento feminino e a participação social (Brasil, 2013b). Outro documento relevante foi o Relatório da Oficina "Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais", realizado em Brasília em 2014, com o objetivo de reunir e aprofundar conteúdo para o desenvolvimento de materiais destinados a profissionais de saúde sobre promoção e

atenção à saúde integral desse grupo social. A oficina contou com a participação de ativistas, pesquisadoras e representantes dos governos e ministérios (Brasil, 2014).

## **2.4 O modelo de saúde da família e o “não cuidado” às “não mulheres”**

Após a Declaração de Alma Ata em 1978, o movimento de Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou força, desafiando a estrutura tradicional baseada em hospitais e promovendo uma reconfiguração das políticas públicas e do sistema de saúde. Essa abordagem foi motivada por uma crítica política e ideológica do modelo hospitalocêntrico, enfatizando a necessidade de uma mudança de paradigma (PAISM, 2012).

Definida como o ponto inicial de acesso aos serviços de saúde para todas as necessidades da população, a APS visa fornecer uma gama completa de serviços, desde promoção da saúde até prevenção, tratamento e reabilitação (PAISM, 2012). Para Giovanella e Mendonça (2012), a Declaração de Alma Ata reiterou a saúde como um direito humano fundamental e destacou o papel central da APS como parte integrante do desenvolvimento econômico e social das comunidades.

A partir de Alma Ata, os movimentos sociais internacionais enfatizaram a necessidade urgente de reconhecer a saúde como um direito humano, compreender os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e adotar políticas de desenvolvimento inclusivas para reduzir as desigualdades e promover a equidade em saúde (Giovanella; Mendonça, 2012).

No contexto brasileiro, a APS emergiu durante a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo práticas abrangentes que visavam atender tanto às demandas individuais quanto coletivas. Com ênfase na prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, a APS funcionou como o primeiro ponto de contato em um sistema de saúde hierarquizado, organizado em uma rede de complexidade crescente, também conhecida como atenção básica (Giovanella; Mendonça, 2012).

Diversas mudanças ocorreram para que os novos princípios e diretrizes fossem implementados. O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 como uma alternativa de mudança do modelo assistencial, com maior potencial de resolutividade e efeitos na situação de saúde das pessoas e coletividades, tornando-se a principal forma de organizar a atenção primária no país. Os municípios foram os responsáveis por sua operacionalização, que prezava

por ser a porta de entrada, feita preferencialmente por uma equipe multiprofissional (Pinto; Giovanella, 2018).

O PSF foi um marco devido ao seu papel reorientador das práticas assistenciais, ordenador central das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, em todas as regiões e indutor da expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica (AB), ao contemplar ações individuais, familiares e coletivas, dirigida à população em território definido, com responsabilidade sanitária assumida pela equipe multiprofissional. A assistência prestada pelo PSF deve ser integral, universal, considerar as necessidades e demandas do território, com seus determinantes e condicionantes de saúde. Desta forma, deve ser promotora da diminuição das desigualdades, garantir a equidade e acesso através de suas ações (Malta et al., 2016)

O uso de "Estratégia Saúde da Família" (ESF) em vez de "Programa Saúde da Família" (PSF) indica uma mudança significativa na política de saúde pública brasileira. A ESF é mais do que apenas um programa limitado de ações específicas; ela serve como base para a assistência à saúde nos municípios. Apesar de documentos oficiais do Ministério da Saúde indicarem que o PSF não era uma "intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde" (PAIM, 2012, p.478), a transição para "estratégia" implica que a ESF agora orienta a reorganização do sistema de saúde em torno da atenção. Segundo Gusso (2012), a ESF foi designada como uma "estratégia de Estado para reorientação da atenção primária brasileira", dando-lhe maior flexibilidade e integrando-a ao sistema de saúde.

A rede de serviços do SUS é fundamental para a implementação de políticas públicas, especialmente no contexto da Estratégia Saúde da Família e Atenção Básica. O princípio da equidade no SUS exige atenção desigual às necessidades desiguais, o que se reflete nas políticas públicas voltadas às minorias. Documentos do Ministério da Saúde destacam o impacto direto de preconceitos e discriminações na saúde, incluindo racismo, misoginia, LGBTfobia e exclusão social (Brasil, 2017). Embora os movimentos sociais feministas e LGBTI tenham obtido sucesso significativo nos últimos anos, resultando em políticas públicas sólidas que reconhecem sua existência social, ainda há muito trabalho a ser feito.

Como diria Santos: "A história do Brasil é uma história de exclusão social causada por uma articulação tóxica entre capitalismo, colonialismo e patriarcado, ou mais precisamente, hetero-patriarcado". Nesse cenário, compreende-se a violência estrutural, instigando a interligação da heterossexualidade ao patriarcado (Boaventura, 2019).

Quando olhamos para as mulheres brasileiras, especialmente aquelas com comportamentos e sexualidades não heteronormativas, vemos um padrão de violência. Segundo Lettiere, a violência contra as mulheres é muitas vezes, um fenômeno invisível, que é

frequentemente aceito como "normal" na sociedade. Isso pode explicar por que ainda há profissionais, incluindo mulheres, que toleram e reproduzem diversas práticas violentas a outras mulheres (Lettiere; Nakano; Rodrigues, 2008).

Como afirmado anteriormente, a heteronormatividade é definida como um padrão de normalidade centrado na heterossexualidade, que requer comportamentos e práticas sexuais específicas. A rigidez de um único comportamento sexual considerado saudável pode levar à estigmatização de outras expressões sexuais subjetivas e dificultar a qualificação da assistência à saúde. Segundo Barbosa e Facchini (2009), a heteronormatividade pode dificultar a afirmação da sexualidade não-heterossexual pelas mulheres aos profissionais de saúde, contribuindo para a sua invisibilidade social (Barbosa; Facchini, 2009).

A persistência da lesbofobia entre gestores, coordenadores, profissionais de saúde e população em geral é um desafio significativo que precisa ser enfrentado para garantir um atendimento adequado. Segundo Gomes (2018), uma compreensão limitada do conceito mais amplo do processo saúde-doença, onde os determinantes sociais interagem com a saúde individual, enfraquece o reconhecimento da responsabilidade do setor saúde no atendimento à comunidade LGBTI, sendo necessário abordar questões como a lesbofobia, e compreender a persistência do preconceito e a discriminação dentro dos consultórios como fatores impactantes ao se prestar cuidados à mulheres lésbicas e bissexuais (Gomes et al., 2018).

No contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), que trabalha com a definição de territórios de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área, as atribuições da equipe de saúde incluem identificar problemas de saúde e elaborar estratégias para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença (Giovanella, 2012). Reconhecer mulheres lés/bi e suas vulnerabilidades é crucial para o desenvolvimento de estratégias de cuidado, que podem incluir campanhas para identificar e atrair a população-alvo aos serviços de saúde.

A literatura revela um quadro preocupante de mulheres que fazem sexo com mulheres sem assistência de saúde adequada, enfrentando discriminação e abordagens incompatíveis com suas práticas sexuais, o que corrobora pra o desencorajamento em acessar serviços de saúde devido ao desrespeito/despreparo das profissionais as suas necessidades específicas, muitas vezes devido à ignorância ou preconceito (Barbosa; Facchini, 2009; Brown et al., 2014; Silva; Gomes, 2021). Além disso, há falta de tecnologias de cuidados adequadas, irregularidade nas consultas ginecológicas, falta de recursos educativos nos ambientes de cuidado e nas unidades de saúde, tanto para as trabalhadoras quanto para as usuárias e a persistência de rotinas de cuidado cis heteronormativas excludentes (Ferreira; Bonan, 2020; Lúcio; Araújo, 2017;

Rodrigues; Falcão, 2021). O que corrobora para a manutenção da invisibilidade de mulheres lés/bi no campo da saúde, uma realidade persistente na literatura nacional e internacional, ao se discutir sobre necessidades e demandas dessa população (Rodrigues, 2018; Silveira; Cerqueira-Santos, 2021).

### 3. A CONSTRUÇÃO DE UM PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Com o propósito de compreender como as necessidades e demandas de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais são percebidas, interpretadas e (in)visibilizadas por trabalhadoras da atenção básica, foi fundamental me aproximar dos recursos da abordagem qualitativa, especialmente da interpretação narrativa situada, em diálogo com o construcionismo social. Para isso, optei por mergulhar no cotidiano da Unidade de Saúde da Família Enfermeira Ivone Lima, localizada na zona leste de Manaus, território que me permitiu observar, escutar e conhecer os sentidos produzidos no encontro entre sujeitos, saberes e práticas de cuidado.

A convivência com as equipes, em seu *setting* natural de atuação, me posicionou diante do trabalho vivo da atenção básica: um fazer que tem ritmo, tensão, afetos e deslocamentos, e que frequentemente transborda os limites dos protocolos e das normativas institucionais. A presença no campo exigiu de mim mais do que escuta técnica, foi necessário mobilizar a visão, a memória, o imaginário, a linguagem e o corpo como instrumentos de afetação e interpretação, como propõe Laplantine (2004). A observação das práticas, mas sobretudo a escuta das narrativas das trabalhadoras, permitiu acessar as tramas simbólicas e discursivas que sustentam o modo como certas experiências são reconhecidas como legítimas e outras são silenciadas ou mal compreendidas.

Imergir nesse cotidiano me permitiu acompanhar como o cuidado é construído entre rotinas, improvisos e normatividades, e como as sexualidades dissidentes, sobretudo a de mulheres lésbicas e bissexuais, ainda desafiam os sentidos instituídos do cuidado. Aqui, a aproximação etnográfica foi instrumento de vários deslocamentos epistêmicos, permitindo que eu entrasse em contato com os não ditos, os incômodos, as hesitações e as estratégias sutis de resistência que atravessam as relações entre profissionais e usuárias no SUS.

Recorri à perspectiva epistemológica do Construcionismo Social, por reconhecer nela um campo fértil para compreender como os sentidos sobre saúde, cuidado, sexualidade e diferença são produzidos nas interações cotidianas; em consonância com literaturas próprias do feminismo lésbico e bissexual, reconhecendo potenciais limitações teóricas entre autoras<sup>1</sup>.

Dessa forma me interessa compreender como uma necessidade em saúde se torna visível, audível ou legítima no encontro entre trabalhadoras e usuárias. Como afirmam Gergen

---

<sup>1</sup> Judith Butler dialoga com o construcionismo social, mas critica seu limite central, a manutenção do sexo como dado natural e pré-discursivo. Inspirada pela genealogia foucaultiana, propõe que tanto sexo quanto gênero são efeitos de normas e práticas discursivas, de modo que a materialidade corporal é sempre interpretada e moldada por relações de poder. Ao compreender o sexo como “generificado”, rompe com a lógica causal entre sexo e gênero, evidenciando o caráter histórico, contingente e político dessas categorias.

(2009) e Burr (2015), os significados que organizam o mundo não estão prontos, dentro dos sujeitos, mas são construídos nas relações, nas trocas simbólicas e nos discursos que circulam socialmente.

Aproximei-me das contribuições de Kenneth Gergen (2009) para sustentar a busca por compreender: como as trabalhadoras reconhecem (ou não) as mulheres lésbicas e bissexuais como sujeitas legítimas do cuidado? Como nomeiam, descrevem, classificam ou silenciam suas experiências e demandas? Como os sentidos que produzem sobre sexualidade atravessam suas decisões clínicas, éticas e morais? Essa opção me permitiu escapar da falsa dicotomia entre “intenção individual” e “sistema institucional”, apostando na ideia de que toda prática profissional é atravessada por relações, normas e discursos em disputa.

Desde essa perspectiva, busquei compreender os processos relacionais por meio dos quais as trabalhadoras da atenção básica constroem sentidos sobre o cuidado e a sexualidade. Tentei responder aos meus “por quês” levando em consideração as pessoas em relação (Gergen, 2009), não como sujeitos isolados, mas como falas situadas em territórios, trajetórias e instituições marcadas por desigualdades históricas.

Lancei-me ao campo, ao meu alcance, apenas a escuta, gravações e anotações, as narrativas e os gestos, os incômodos e os silêncios prontos para refletir sobre as possíveis interpretações. Foram essas narrativas que me permitiram adentrar mundos simbólicos, acessar zonas de não-dito e reconhecer formas de exclusão que não aparecem em planilhas, relatórios ou prontuários.

Adentrei o campo na USF Enfermeira Ivone Lima, com atenção às relações entre as profissionais e as usuárias, especialmente aquelas que expressam, performam ou silenciam sua dissidência sexual. Observei, escutei e analisei os modos como as sexualidades são (ou não) tematizadas no cuidado, e como a heteronormatividade estrutura as práticas assistenciais mesmo quando não é nomeada. Não procurei por respostas prontas, mas por vozes, múltiplas, contraditórias e inseguras, que produzem sentidos sobre quem merece cuidado, sobre o que é risco, sobre o que é legítimo perguntar ou ignorar.

Compreendi que o conhecimento ali gerado não seria espelho da realidade, mas construção situada, enraizada nas interações, nas marcas institucionais e nos atravessamentos sociais. Como destacam Cadoná e Scarparo (2015), não existem verdades únicas: o que ali se revela são versões localizadas do mundo, efeitos discursivos do encontro entre sujeitos e contextos. Foi ali, nesse campo cotidiano, que as dificuldades morais, éticas e técnicas se mostraram não como exceções, mas como partes constitutivas do modo como o cuidado tem sido produzido, e do modo como pode ser transformado.

### **3.1 Nem de Fora, Nem de Longe: Posicionamentos e implicações da pesquisadora**

A construção desta pesquisa parte de inquietações pessoais, afetivas e políticas que atravessam minha trajetória como mulher bissexual, enfermeira formada pela Universidade Federal do Amazonas e pesquisadora em saúde coletiva. Meu interesse pelo cuidado às mulheres lésbicas e bissexuais na atenção básica não emerge apenas como tema acadêmico, mas como questão existencial e política. Falar desse lugar é reconhecer que meu olhar está implicado, e que minha escuta está atravessada pelas experiências que me constituem.

Minha formação em enfermagem me inseriu nas práticas cotidianas do SUS e despertou um compromisso com os princípios da universalidade, integralidade e equidade. No entanto, foi fora das salas de aula, nas vivências comunitárias, nos estágios e no contato com outras mulheres dissidentes que compreendi as ausências e silenciamentos estruturais que afetam quem, como eu, não performa a sexualidade conforme os roteiros normativos. Mulheres que amam outras mulheres, com ou sem rótulo, seguem sendo desconsideradas como sujeitos legítimos do cuidado integral.

Foi a partir dessas tensões que optei por adentrar o campo da saúde coletiva sob a perspectiva das ciências humanas e sociais, aproximando-me da epistemologia feminista e da abordagem construcionista social. Como propõe Gergen (2009), compreender os processos de produção de sentidos exige olhar para as relações em sua dinâmica intersubjetiva, contextual e histórica. Ao escolher as narrativas como método, assumi também um modo de fazer ciência que reconhece a linguagem como forma de ação e a experiência como campo legítimo de conhecimento.

A escolha pela Unidade de Saúde da Família Enfermeira Ivone Lima, situada na zona leste de Manaus, está vinculada à minha vivência no território e ao desejo de compreender, a partir do cotidiano das trabalhadoras da saúde, como são percebidas (ou não) as demandas de mulheres lésbicas e bissexuais. Reconhecer esse lugar de fala não é apenas situar-me como pesquisadora, mas também afirmar um compromisso ético e político com as mulheres que têm suas vivências marcadas pela invisibilidade institucional. Esta escrita, portanto, nasce do encontro entre o pessoal e o coletivo, entre a biografia e o campo, entre minha escuta e as vozes das trabalhadoras que aceitaram compartilhar suas experiências. A partir desse entrelaçamento, busco compreender como o cuidado é construído (ou negado), e quais sentidos emergem nas práticas, nos silêncios e nas brechas do SUS.

### 3.2 O Território da Experiência

Antes mesmo de caracterizar o lócus desta pesquisa, algumas considerações acerca da realidade do entorno deste território merecem ser apontadas. Tudo ocorre na zona leste do município de Manaus (Amazonas), região que abrange 11 bairros. Como o quarto maior dessa região está o bairro Coroadó, local em que se situa a USF Enf. Ivone Lima. De acordo com dados do IBGE de 2020, a população da Zona Leste foi estimada em 551.745 habitantes, com uma renda mensal média de R\$ 820,00, embora o número de famílias em situação de extrema pobreza tenha diminuído nos últimos anos, a região ainda apresenta indicadores sociais desafiadores em comparação a outras áreas da cidade (Boletim Informativo Zona Leste de Manaus).

Para contextualizar a estrutura da rede de serviços de saúde em Manaus, é relevante observar que os serviços públicos de saúde são organizados em cinco Distritos Sanitários (Leste, Norte, Oeste, Rural e Sul). Em relação às Unidades de Saúde da Família (USF), destaca-se que sua classificação ocorre de acordo com o porte, o qual está relacionado à quantidade de Equipes de Saúde da Família (eSF) vinculadas a cada unidade. Segundo dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), referentes a dezembro de 2017, o município de Manaus contava com 225 equipes de Saúde da Família em funcionamento, sendo que 86 delas integravam também equipes de saúde bucal.

Conforme previsto no Plano Municipal de Saúde de Manaus para o período de 2018 a 2021, a Estratégia Saúde da Família foi reafirmada como diretriz central para a ampliação da cobertura dos serviços e para a reestruturação da APS. Nessa perspectiva, a atuação em equipes multiprofissionais ganha destaque, sendo compreendida como uma alternativa ao modelo biomédico tradicional, contribuindo para uma reorganização do trabalho em saúde com base na integralidade do cuidado.

Nesse contexto, as UBS se configuram como pontos de acesso ao atendimento básico em especialidades como Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia, variando conforme a estrutura física e o perfil de cada unidade. Já as USF destinam-se prioritariamente ao acompanhamento de famílias previamente cadastradas, prestando atenção contínua e integral ao longo dos ciclos de vida. O cuidado é ofertado por equipes compostas, no mínimo, por profissionais da medicina, enfermagem, odontologia e agentes comunitárias/os de saúde.

Sobre a USF Enfermeira Ivone Lima dos santos, esta oferece atendimento integrado para as famílias cadastradas e, em alguns casos, atende a demanda aberta. A cobertura da Atenção Primária à Saúde em Manaus ainda é insuficiente para o tamanho de sua população. Dados do Plano Municipal de Saúde (2018-2021) revelam que, em 2017, apenas 48% da população manauara tinha acesso à APS.

A unidade é local de práticas de assistência, ensino e pesquisa em saúde, sendo um campo de desenvolvimento de projetos de pesquisa-intervenção interinstitucionais. A USF concentra ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos. Além disso, é uma inovação no atendimento à saúde mental, com oferta de Atenção Psicológica, Ambulatórios de Tratamento para Fumantes, e Profilaxia Pré-exposição ao HIV (PrEP), proporcionando serviços especializados no mesmo local, o que reduz a necessidade de peregrinação por várias repartições. Em 2021, a USF passou por uma reforma, que foi finalizada em agosto de 2023. A reforma permitiu melhorias significativas na estrutura da unidade, que também abriga um serviço de passagem para mulheres em situação de violência, encaminhando-as à rede de saúde e serviços socioassistenciais.

A primeira vez que tive contato com a USF foi em 2020, durante minha graduação em enfermagem na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), no período de estágio curricular na Atenção Básica. Decidi, então, retornar à USF para desenvolver minha dissertação, devido à importância da unidade para a população local e seu papel fundamental na rede de Atenção Primária à Saúde da Zona Leste de Manaus.

A Unidade está localizada em uma rua baixa do bairro Coroado. Ao seu redor, os moradores, das ruas e travessas vizinhas, parecem escoar por entre ladeiras, becos e vielas, tecendo caminhos que os conduzem diariamente à unidade. O fluxo de corpos, motocicletas, idosos, crianças e gestos cotidianos dá vida ao entorno, marcando a presença da comunidade que habita e atravessa esse território com intensidade.

O local é cercado por outras construções públicas voltadas ao desenvolvimento e à integração social: escolas municipais de ensino fundamental, quadras esportivas de areia e academia ao ar livre. Todos esses equipamentos compõem um ecossistema comunitário que conecta a USF às dinâmicas de cuidado, lazer, educação e sociabilidade do bairro.

Os arredores da unidade são formados por moradias de diferentes padrões construtivos, mas com algo em comum: a proximidade física entre as casas. Muros colados, paredes compartilhadas, espaços intercalados por becos estreitos, rampas improvisadas e escadarias de concreto áspero revelam um traçado urbano marcado pela ocupação densa e pela criatividade

da arquitetura popular. As fachadas, muitas vezes diferenciadas apenas pela cor do muro ou por uma textura de revestimento, evidenciam a identidade visual plural do território, com casas pintadas, rebocadas ou ainda em alvenaria bruta, lado a lado com barracos e pequenas edificações de dois andares. Como aponta Rigotto (2011), trata-se de um território vivo, que cresce e se reconfigura conforme os tempos e movimentos de quem o habita.

Os trajetos das equipes de saúde revelam essa vitalidade, o território é desbravado diariamente pelas trabalhadoras da atenção primária, que aprendem a reconhecer seus traços com o corpo, com a escuta e com os afetos. Cada subida e descida das ladeiras, cada beco nomeado informalmente pela comunidade, cada família visitada compõem um mapa singular das relações de cuidado.

O sol quente de Manaus, castiga os corpos durante as visitas domiciliares. A umidade intensa, o calor acumulado entre os muros e a escassez de sombra exigem resistência das trabalhadoras que percorrem a microárea a pé, carregando fichas e jalecos. Mesmo assim, pouco a pouco, a equipe vai reconhecendo o território e sendo por ele reconhecida, nos acenos, nos apelidos, nas portas entreabertas que anunciam o vínculo construído.

A relação identitária entre as trabalhadoras da USF e a população adscrita vai além da responsabilidade sanitária: demonstra proximidade afetiva e conhecimento situado sobre os modos de vida, as demandas sociais e os dramas de saúde que atravessam o cotidiano das famílias. Essa relação é tecida na convivência, na escuta e na tentativa constante de conciliar os limites do processo de trabalho com a realidade social. As condições de moradia, a mobilidade restrita, a informalidade econômica e a presença de múltiplas formas de vulnerabilidade impactam diretamente o modo como o cuidado é ofertado, recebido e (re)construído nesse espaço.

A USF não se ergue como uma estrutura isolada: faz parte do bairro, é parte da vida local. É frequentada por mulheres que levam os filhos, por idosos em busca de medicação, por jovens em busca de escuta, por agentes de saúde que conhecem “cada casa de cor”. Assim, mais do que um equipamento de saúde, a unidade se insere como um ponto de conexão entre Estado e território, entre políticas públicas e experiências vividas.

A Unidade de Saúde da Família Ivone Lima dos Santos foi inaugurada há mais de vinte anos e está situada na parte alta da Rua Luiz Corrente, no bairro Coroado, zona leste de Manaus. Trata-se de uma unidade de grande porte, com arquitetura horizontal, cuja fachada simples e extensa se espalha paralela à rua. O funcionamento ocorre em horário administrativo, de segunda a sexta-feira, concentrando um fluxo contínuo de moradores que chegam a pé ou desembarcam rapidamente de carros e mototáxis para acessar o serviço.

Olhando de frente, a USF revela uma estrutura funcional. Sobre a fachada, uma cobertura metálica simples, na entrada principal e a área de espera externa estão fixadas cadeiras de plástico amarelas voltadas para o movimento da rua. A entrada principal é composta por uma porta de ferro gradeada, ladeada por grandes janelas também gradeadas, que oferecem ventilação aos consultórios e salas administrativas. O portão e as grades brancas transmitem a sensação de um espaço cercado, talvez como medida de segurança, mas que também dialoga com a ambiguidade de ser, ao mesmo tempo, equipamento público de acolhimento.

Ao atravessar a entrada, chega-se a um amplo corredor coberto, também com cadeiras fixas para espera, bem iluminado durante o dia pela luz natural que atravessa as grades. O piso de cimento liso e as paredes em dois tons (branco e azul) reforçam a sobriedade do espaço, marcado por funcionalidade mais do que conforto. Do lado de dentro, os corredores são estreitos, com portas azuis enfileiradas que dão acesso aos consultórios, salas de coleta e farmácia. Nas paredes internas, cartazes de campanhas de vacinação, folders informativos e avisos sobre atendimentos, consultas e serviços disponíveis ao público. A sala de espera interna, costuma estar sempre lotada, com pessoas de diferentes idades, corpos e histórias. O som ambiente mistura vozes em conversa, crianças chorando e o chamado dos nomes das usuárias pelo “berro” da médica ou enfermeira em atendimento.

Ao chegar na unidade pelas primeiras vezes, e apresentar-me as recepcionistas e verbalizar minhas intenções como pesquisadora, logo me disseram que o diretor da unidade não se encontrava no estabelecimento pela manhã, mas que eu poderia conversar com outros servidores que ocupavam a gestão da unidade em sua ausência, sobre essas situações mais burocratizadas relativas a minha entrada para pesquisa na unidade.

As primeiras idas à unidade, motivadas pela busca pelo diretor, acabaram abrindo espaço para outros encontros. Enquanto aguardava a possibilidade de diálogo com as trabalhadoras, fui me deixando atravessar pelo ambiente: observei o fluxo de pessoas, os movimentos que se intensificavam e rareavam com o tempo, marcando o ritmo próprio daquele cotidiano. Nesse início, me coloquei como alguém que, à maneira da “observadora absoluta” descrita por Laplantine (2004), sobrevoava o campo sem ainda dele participar diretamente. Essa posição permitiu perceber nuances da organização do trabalho, das demandas que ali emergiam e dos modos diversos de compreender e acolher as necessidades em saúde das usuárias.

A partir do cumprimento das oficialidades, próprias das burocracias que envolvem uma pesquisa com seres humanos, e contato com diretor, ocorrido em minha terceira ida a unidade, pude ingressar ao campo. Inicialmente fui apresentada às recepcionistas, pois são elas que registram e garantem o acesso das visitantes. Fui nomeada como “a enfermeira mestranda”, que

iria passar três meses pesquisando o serviço e as dinâmicas da unidade, de modo que elas deveriam permitir minha “livre” entrada. Percebi que “estudante” traduzia um significado dentro da divisão social de trabalho à qual as recepcionistas estavam habituadas. E que embora me colocasse em uma posição maior de “ouvinte e questionadora” garantia uma troca equitativa entre a “pesquisadora e as pesquisadas”. Os estudantes estão sempre rondando a dinamicidade do cuidado em saúde das trabalhadoras locais, por isso minha presença ali, não perturbava ou era inteiramente estranha as práticas já rotineiras das servidoras presentes, um passo fundamental, na pesquisa, para “estabelecer uma relação de confiança.” (Minayo; Guerriero, 2014; Sionek; Assis; Freitas, 2020).

### **3.3 Produção e análise dos dados**

Entre os meses de agosto a novembro de 2024 realizei 30 turnos de imersão na USF enfermeira Ivone lima, período em que produzi os dados qualitativos para compor esta pesquisa de aproximação etnográfica. Como relatado, a abordagem das sujeitas foi dada a partir de janelas de conveniência e aproximação durante as conversas nos corredores da unidade. Sendo assim, as entrevistas ocorreram individualmente, com a aplicação de dois instrumentos distintos para o discorrimento da entrevista, visando a coleta das experiências e perspectivas dessas trabalhadoras em relação à prestação de cuidados de saúde a mulheres lésbicas e bissexuais.

O primeiro instrumento contemplava um questionário destinado a coletar informações sociodemográficas dos participantes da pesquisa, objetivando a caracterização de seus perfis profissionais, abordando aspectos como idade, tempo de exercício da profissão, período de atuação na atenção básica, formações após a graduação, identidade de gênero, orientação sexual, estado civil, raça/etnia e religião (Apêndice A).

Quanto à segunda seção, voltada para a abordagem das questões formuladas com o propósito de identificar as narrativas e as perspectivas das trabalhadoras, a questão norteadora emerge a partir de um Tópico-Guia relevante para os objetivos da pesquisa, conforme presente abaixo. Outras questões também foram incorporadas durante a entrevista, estruturadas de forma acessória, voltado a complementar ou dar sentido a outras questões que emergem de forma orgânica durante a entrevista (Apêndice B).

### Quadro 1: Tópico-guia para entrevista

<b>TÓPICO-GUIA</b>
Gostaria que você me narrasse qual a sua compreensão acerca do atendimento em saúde para mulheres lésbicas e bissexuais, e como você acredita que ele acontece na atenção básica, dentro da estratégia de saúde da família, tendo como principal parâmetro para a(s) sua(s) resposta(s) a sua própria experiência

Autoria própria (2024)

Embora o tempo de permanência em campo tenha sido menor do que o inicialmente previsto, a intensidade dos encontros e a frequência das visitas mostraram-se suficientes para aprofundar as temáticas que emergiram e abordar as questões centrais da pesquisa. Para cada entrevista, foi garantido o sigilo e a privacidade das informações, com acesso restrito exclusivamente a mim e meu orientador.

No pós-campo, as informações e dados coletados foram transcritos e analisados à luz das orientações de Schütze (1976; 2014), assim como a discutidos com autoras próprias da epistemologia bissexual e lésbico-feminista, baseando-se sobretudo em Adrienne Rich, Gayle Rubin, Tania Navarro Swain, Monique Wittig, Judith Butler e Sara Lewis para embasar as hipóteses, costurando análises que se baseavam também, a partir das lentes do construcionismo social propostos e pensados por Spink e Gergen.

O método de análise de narrativas, desenvolvido pelo sociólogo Fritz Schütze, centra-se na criação de narrativas por meio de entrevistas, permitindo acessar a profundidade das experiências humanas em contextos sociais e históricos. As narrativas, entendidas como relatos de casos que podem ser reais ou fictícios, têm o poder de atribuir significados às vivências individuais, proporcionando uma imersão profunda nas trajetórias pessoais. Esse método é amplamente utilizado em pesquisas qualitativas, especialmente nas ciências humanas e sociais, e tem como foco principal a reconstrução de histórias de vida, gerando insights sobre a relação entre o indivíduo e o contexto em que está inserido.

A análise dessas dimensões, portanto, não busca generalizações universais, mas sim a identificação dos sentidos em disputa, dos atravessamentos normativos e dos afetos que moldam a prática profissional. Trata-se de reconhecer que o trabalho em saúde é permeado por contradições, silêncios e potências. A opção metodológica pela análise de narrativas e o alicerce

epistemológico do construcionismo social (Gergen, 2010) oferecem um caminho para acessar a complexidade dessas experiências e contribuir com a ampliação de práticas e políticas que fortaleçam o SUS como sistema comprometido com a equidade, a integralidade e o respeito à diversidade de corpos, histórias e modos de vida.

Nas etapas seguintes, Schütze propõe um processo de análise de seis etapas: 1) transcrição detalhada; 2) identificação e organização dos textos em materiais indexados (referências objetivas) e não indexados (referências subjetivas); 3) Ordenamento dos acontecimentos; 4) investigação das dimensões não indexadas; 5) Agrupamento e contraste das histórias individuais e por fim 6) comparação dessas trajetórias dentro de seus contextos para, por fim, culminar na construção de um modelo teórico. Esse modelo teórico é refinado e validado ao longo das etapas de análise, permitindo uma compreensão mais profunda das dinâmicas sociais e pessoais que moldam as vidas dos entrevistados, contribuindo de forma significativa para a pesquisa em áreas como a saúde coletiva e outras disciplinas das ciências sociais (Ceccon et al., 2022).

A análise dos dados ocorreu de forma processual e reflexiva, em um movimento contínuo de aproximação e distanciamento, guiado tanto pelas perspectivas das trabalhadoras quanto pelo olhar situado da pesquisadora (Angrosino, 2009; Creswell, 2014). Os fundamentos teóricos que sustentam essa análise articulam o construcionismo social com os estudos feministas e de gênero, considerando os marcos do Sistema Único de Saúde, os determinantes sociais da saúde e os princípios da atenção primária e da estratégia de saúde da família.

Essas leituras foram realizadas à luz das diretrizes e proposições das políticas nacionais de saúde da mulher, saúde da população LGBTI, atenção básica e promoção da saúde. O percurso de análise não seguiu uma lógica rígida ou linear, mas se desenvolveu de modo flexível e progressivo, conforme os dados eram produzidos, num movimento que se aproxima da "espiral de análise" descrita por Creswell (2014). A triangulação das informações coletadas permitiu identificar indícios interpretativos, confirmando ou reavaliando hipóteses formuladas ao longo do trabalho de campo. Esse processo interpretativo ocorreu em diferentes camadas, articulando análise, síntese e reconstrução de sentidos, em um circuito contínuo de reflexão.

Este trabalho artesanal que expande a produção e a interpretação sobre problema sociais e de saúde, finalizando-se no ato de compartilhar os resultados com as sujeitas envolvidas na pesquisa. Para facilitar esse processo devolutivo, cada tópico se introduz a partir de uma narrativa polifônica, também conhecido como narrativa-rede, construída por meio de uma colcha de retalhos talhada a partir da experiências coletivas. É importante ressaltar que, esta

abordagem se trata de uma dimensão estética, das formas de expressar as diversas composições que surgem do processo criativo e sensível da pesquisa científica.

Segundo Roger Ceccon, a forma como apresentamos os relatos no âmbito da pesquisa, corrobora na valorização de temáticas secundarizadas pelas vertentes hegemônicas do conhecimento. Dessa forma, tal estética se justifica por “impulsionar e captar sensibilidades, subjetividades, discursos, experiências vivias e histórias ocultas”. A história, produzida por meio de entrevista semiestruturada e interpretada segundo a técnica de análise de narrativa é contada em primeira pessoa, sendo possível perceber quem são as protagonistas e o encadeamento dos acontecimentos e experiências, reconstruindo a história do cuidado. As redes compostas por seus enxertos, partilham sentidos e recuperam a noção de como escutamos uns aos outros (Ceccon et al., 2022).

As palavras reunidas nas narrativa polifônica revelam mais do que percepções isoladas, apontam sentidos compartilhados sobre o trabalho em saúde na atenção básica. Ao nos aproximarmos das vozes que compõem esse coletivo, encontramos mulheres que, cotidianamente, mobilizam saberes, afetos e estratégias para garantir o cuidado à população da USF enf. Ivone Lima. Suas falas costuram experiências de pertencimento ao território, orgulho pelo fazer profissional e consciência crítica dos desafios enfrentados.

### **3.4 As “Atrizes” da Pesquisa**

Como já exposto, busquei escutar aquelas que, no cotidiano da unidade, constroem práticas, vínculos e decisões assistenciais, as trabalhadoras do SUS. A unidade conta com sete equipes mínimas compondo o quadro de profissionais pertencentes a ESF. Segundo o SCNES o quantitativo de profissionais ativos na unidade Enf. Ivone Lima é de 92, considerando os trabalhadores administrativos e gerência, coletivo este que possui jornada de trabalho média de 40 horas/semana.

Para tanto, foram sujeitas desta pesquisa 15 trabalhadoras, dentre elas: cinco enfermeiras, quatro agentes comunitárias de saúde, três médicas, uma técnica de enfermagem e dois assistentes sociais. Como resultado do instrumento referente a captação dos dados sociodemográficos (Apêndice A), os dados sociodemográficos e profissionais das entrevistadas foram catalogados a partir dos encontros realizadas em campo, conforme disposto no quadro a seguir:

**Quadro 2 – Trabalhadoras da Estratégia saúde da Família**

Nº	Profissão	Idade	Orientação sexual e Identidade de gênero	Religião	Cor	Tempo de exercício da profissão	Tempo na atenção básica
1	Enfermeira	44 anos	Mulher heterossexual cisgênero	Católica	Parda	20 anos	4 anos e meio
2	Enfermeira	46 anos	Mulher heterossexual cisgênero	-	Parda	13 anos	7 anos.
3	Enfermeira	-	Mulher heterossexual cisgênero	Católica	Branca	11 anos	11 anos
4	Enfermeira	39 anos	Mulher heterossexual cisgênero	Católica	Parda	15 anos	sete meses
5	Enfermeira	51 anos	Mulher heterossexual cisgênero	Católica	Parda	25 anos	6 anos
6	Assistente Social	67 anos	Mulher heterossexual cisgênero	Católica	Parda	32 anos	13 anos
7	Assistente Social	43 anos	Mulher heterossexual cisgênero	Cristã e evangélica	Parda	12 anos	1 ano
8	Agente comunitário de saúde	53 anos	Mulher heterossexual cisgênero	Católica	Parda	24 anos	6 anos
9	Agente comunitário de saúde	36 anos	Mulher heterossexual cisgênero	Católica	Parda	1 ano e sete meses	E sete meses
10	Agente comunitário de saúde	56 anos	Mulher heterossexual cisgênero	Cristã e evangélica	Parda	1 ano e sete meses	Sete meses
11	Agente comunitário	42 anos	Mulher heterossexual cisgênero	Evangélico	Pardo	1 ano e 9 meses	1 ano e 9 meses
12	Médico	28 anos	Homem homossexual cisgênero	Católica	Branco	5 anos	1 ano e 3 meses
13	Médica	38 anos	Mulher heterossexual cisgênero	Católica	Negra	5 anos	2 anos
14	Médico	-	Homem heterossexual cisgênero	Evangélico	Pardo	4 anos	1 ano
15	Técnica de Enfermagem	-	Mulher heterossexual cisgênero	Evangélica	Branca	19 anos	19 anos

Autoria própria (2024)

É perceptível como as atrizes do presente estudo, compõem-se predominantemente compostas por mulheres cisgênero, heterossexuais, pardas e católicas, com média de 45 anos de idade e ampla experiência no campo da saúde, tendo mais de 13 anos de atuação e cerca de 5,5 anos dedicados à atenção básica. Embora tenhamos incluído também alguns homens, optamos por utilizar nesta dissertação o termo “trabalhadoras” como forma de reconhecer tanto a presença majoritária de mulheres na equipe da unidade, quanto a dimensão histórica e política da feminização do cuidado no SUS.

As vozes das participantes foram mobilizadas nas dependências da USF, por meio de conversas informais durante a observação participante e de entrevistas semiestruturadas. Entretanto, a seleção das entrevistadas seguiu critérios previamente definidos, tais como: vínculo com a equipe superior a seis meses e experiência mínima de um ano na atenção básica. Quanto aos critérios de exclusão: as trabalhadoras que estavam em férias, licença médica ou em afastamento institucional no período da coleta de dados. A aproximação com as trabalhadoras ocorreu de forma gradual, respeitando sua disponibilidade e o consentimento para participação.

Além disso, enquanto mulher pesquisadora, inserida na luta pelo reconhecimento e valorização das práticas de cuidado e do conhecimento situado, me reconheço também como sujeita desta pesquisa. Embasada nas ciências sociais e humanas, faço uso do discurso em primeira pessoa como escolha metodológica e epistêmica, com o intuito de fortalecer pesquisas feitas por mulheres, sobre mulheres e para mulheres é também tensionar as estruturas de invisibilização que atravessam as políticas públicas, os serviços e as práticas de saúde.

A pesquisa seguiu os princípios éticos previstos nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 81437224.6.0000.5016, com número de parecer 077103/2024. Todas as trabalhadoras participantes foram previamente informadas sobre os objetivos do estudo e a forma de sua participação, tendo sido garantida a participação voluntária e consentida, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Afim de minimizar os riscos da pesquisa foi assegurado às participantes a liberdade de interromper, adiar ou cancelar sua participação em qualquer momento da pesquisa. Em caso de quaisquer estresse decorrente da pesquisa, podia-se entrar em contato com a pesquisadora para a realização de acompanhamento psicológico com o profissional Vítor César Bentes da Costa Ferreira (CRP 20/11.718), sem qualquer ônus. A realização da pesquisa contou com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), no âmbito da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), fortalecendo sua viabilidade e sustentação.

É válido, ressaltar que as entrevistas foram gravadas e transcritas por mim, assim como, realizadas no espaço de trabalho de cada uma das entrevistadas, sendo nos seus consultórios ou em seus espaços comuns, como a sala das agentes comunitárias de saúde (ACS). De toda forma, a privacidade para as conversas foi preservada, buscando garantir conforto, sigilo e escuta qualificada.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No interior da atenção básica, porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e locus privilegiado para o cuidado longitudinal, as trabalhadoras operam como agentes produtores de sentidos. Suas ações, discursos e silêncios não apenas refletem, mas constituem modos de reconhecer ou desautorizar determinadas identidades, experiências e demandas. Sob a lente do construcionismo social, compreende-se que a realidade não é dada, mas construída relacionalmente através da linguagem e da interação social (Gergen, 2010; Spink, 2004). Assim, as narrativas compartilhadas pelas profissionais de saúde tornam-se ferramentas cruciais para entender como gênero, sexualidade, ética e cuidado são significados, e disputados, no cotidiano assistencial.

A escuta atenta dessas narrativas permite apreender se e como as necessidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais são percebidas como legítimas; que dilemas éticos, técnicos e morais emergem no trabalho cotidiano; de que modo as políticas públicas são apropriadas, resignificadas ou ignoradas nos territórios; e como as trajetórias formativas e socioculturais de cada sujeito influenciam (ou limitam) sua capacidade de oferecer um cuidado sensível à diversidade. Como aponta Foucault (1979), os discursos institucionais não apenas informam, mas também disciplinam corpos e regulam práticas, naturalizando exclusões e hierarquias que atravessam as relações de cuidado.

A partir do material empírico construído, delinearam-se três categorias de análise que estruturam a discussão deste trabalho: (1) Percepções acerca das necessidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais; (2) Desafios técnicos, éticos e morais no cuidado; e (3) Trajetórias formativas e experiências sociopolíticas que (des)potencializam práticas sensíveis à diversidade.

##### 4.1 “Fragmentos de um cuidado em construção”: Percepções acerca das necessidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

*O atendimento acontece normalmente. Não faço distinção. Jamais trato uma mulher de forma diferente por causa da sua orientação sexual, todo mundo é tratado igual. Tento acolher de um jeito que ela não se sinta... violentada, nem alvo de preconceito. Isso é ainda mais importante durante a realização de exames, como o citopatológico, o*

*preventivo. Em muitos desses momentos, percebo que elas ficam assustadas — parece que já passaram por experiências traumáticas. Mas podem ficar tranquilas: a gente sempre realiza o exame. Nunca deixo ninguém sem atendimento. Toda mulher que se senta ali comigo é orientada a fazer todos os exames. Claro, a abordagem precisa ser um pouco diferente. Sei também que muitas delas precisam de mais informação, de educação em saúde. A maioria diz que não usa método de barreira, porque acredita que não precisa. E muitas consultas acabam sendo rápidas, curtas demais. Até porque... a gente nem tem um espaço apropriado. Não há uma sala reservada, onde possamos conversar com calma, com privacidade. Isso também faz falta.*

Narrativa polifônica, Estratégia saúde da família.

Nas concepções ampliadas da saúde, a categoria “necessidades de saúde” não se trata apenas carências biológicas ou clínicas, mas sim aquilo que as pessoas precisam para viver com qualidade, dignidade, segurança e autonomia, portanto, a percepção da necessidade depende da forma como os sujeitos são reconhecidos e legitimados no campo do cuidado e dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida e identidades. Isso determina que nem todas as necessidades refletem carência de algo, visto que elas representariam a construção social das relações humanas (Freitas; Flores; Camargo Jr., 2021; Hino et al., 2009).

Os processos de trabalho em saúde, instaurados a partir do SUS, deveriam responder a necessidades ampliadas, aquelas identificadas com os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, em direção às necessidades atinentes ao aprimoramento da essência humana e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal (Campos; Bataiero, 2007).

Entretanto a análise das narrativas revela que a percepção das necessidades de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais não ocorre de forma direta, contínua ou sistematizada, mas é construída por meio de repertórios normativos, afetivos, visuais e morais, que atravessam o cotidiano assistencial das diferentes categorias profissionais. A forma como essas trabalhadoras compreendem o que é ou não uma “necessidade” está diretamente ligada à forma como reconhecem (ou não) essas mulheres como sujeitas legítimas do cuidado integral.

Segundo essa perspectiva, podem-se destacar duas concepções paradoxais nessa categoria: 1) “É tudo igual” – o apagamento da diferença como neutralização das necessidades e 2) “Nunca tinha pensado nisso” – o encontro com a diferença como revelador da necessidade. Quando as profissionais foram questionadas sobre como esses atendimentos ocorrem, as respostas foram similares entre as entrevistadas no que se refere ao fato de que há uma leitura universalista e normatizada do cuidado ao mesmo passo que se deparam com os desarranjos causados por esse encontro “não tão comum”.

*“Bom, com certeza tive muitos atendimentos de mulheres bissexuais e lésbicas. O atendimento acontece normalmente, não há diferenciação.”*

Enfermeira 2

Essa afirmação reflete uma tentativa de neutralidade, cuja definição parte de uma prática profissional referenciada por fluxos, protocolos e em um modelo de cuidado técnico, neutro e universalista. Essa neutralidade direciona-se para uma conjectura que nega ou não problematiza os modos de vida ou determinantes sociais envolvidos nas múltiplas camadas do acesso aos serviços e isenta as trabalhadoras de responsabilidades políticas no que refere ao reconhecimento pleno dessas mulheres como identidades ímpares dentro da prestação dos cuidados.

E o que significa “*normalmente, não há diferenciação*”? Embora essa simples frase possa parecer fazer alusão aos princípios de acesso do SUS; o discurso da não diferença (igualdade) evoca um sujeito universal para a lógica da prestação dos cuidados, onde a igualdade produz um efeito homogeneizante de necessidades e demandas. O discurso neutro e despolitizado anda lado a lado com o discurso da não diferença, e está presente no discursos das profissionais como um “escudo” de justiça e igualdade (Ferreira; Bonan, 2021; Paranhos; Willerding; Lapolli, 2021, 2021; Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019).

Entretanto, as ideias atribuídas ao sujeito universal conversam em pouquíssimos aspectos com a sujeita “mulher lésbica e bissexual” dentro da lógica do cuidado. Como poderiam então, serem contempladas dentro da lógica da não diferença e da normalidade? Já que o que é considerado normal, parte do quão palpável ou próximo da norma heterossexual uma prática pode ser. O acolhimento, o fluxo de cuidados, partem todos de um referencial claro que é a lógica heteronormativa e a tentativa de “não diferenciar” sugere uma percepção de que a neutralidade é suficiente para acolhê-las de forma justa. Essa invisibilidade não é acidental,

mas fruto de práticas discursivas e sociais que priorizam um modelo universal de atendimento (Ferreira; Bonan, 2021; Paranhos; Willerding; Lapolli, 2021, 2021; Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019). Entretanto, a mesma enfermeira, ativa outros sentidos ao ser questionada sobre a presença de mulheres lésbicas e bissexuais no cotidiano dos seus cuidados:

*Claro que a gente tenta acolher ela de forma que ela se sinta à vontade. Não as tratar de maneira diferenciada, tentar acolher de forma que elas não se sintam, é ...é violentada, com preconceito."*

Enfermeira 2

Há um reconhecimento implícito de que o sistema de saúde e a sociedade como um todo frequentemente são espaços de violência simbólica e estrutural para mulheres lésbicas e bissexuais. A profissional reconhece a necessidade de "não violentar" essas mulheres e que "a não diferença" faz menção ao preconceito e exclusão explícita em suas atitudes durante acolhimento e cuidado. Dessa forma, é perceptível a dualidade do discurso que por um lado tenta "não diferenciar as sujeitas", mas por outro percebe que a categoria "mulher lésbica e bissexual" dentro da lógica de cuidado do SUS já se associa a contextos de violência, exclusão e preconceito, diferentemente do restante da população, admitindo a relevância e presença desses fatores no acesso e uso dos serviços de saúde, especialmente no vínculo entre profissionais e usuárias, revelando uma percepção confusa entre universalidade e equidade (Ferreira; Bonan, 2021; Paranhos; Willerding; Lapolli, 2021, 2021; Paulino; Rasesa; Teixeira, 2019).

É perceptível que esse acolhimento "ideal" que a enfermeira tenta erguer no cotidiano de suas práticas ainda está em um nível básico, focado em evitar danos, e sem necessariamente promover inclusão ativa ou equidade. A fala demonstra que o preconceito e a discriminação explícita não foram identificados durante os atendimentos observados. No entanto, a ausência deste reconhecimento não significa um efetivo cuidado integral e equalitário, mas sim que outros tipo de violência, como a exclusão velada e os impactos da invisibilidade de suas identidades ainda não fazem parte do dicionário relacional de suas práticas.

*"Já atendi várias Lésbicas, lá na coleta. O atendimento é normal, natural. Nunca teve alguma situação de desconforto com o tamanho do espelho. Elas até dizem que são lésbicas, porque elas falam logo do tamanho. É, que elas falam que não tem relação sexual com o homem,*

*aí elas já vão com aquela coisa, assim, com medo. Têm muitas delas até que se revelam por conta de introduzir o espelho nela.”*

Enfermeira 3

As narrativas refletem como o campo da saúde está impregnado de normas sociais que reforçam categorias hegemônicas, como heterossexualidade, cisgeneridade e binarismo de gênero. Dentro do consultório, um procedimento “normal” seria aquele voltado para mulheres cis e heterossexuais, onde o tamanho dos utensílios não seria um problema, o momento da penetração e conseqüente tranquilidade da mulher durante todo esse procedimento seria “natural”, ilustrando como o cuidado à saúde é construído com base em um modelo normativo e limitado.

Mulheres não penetradas são tratadas como "especificidades", um desvio em relação à norma implícita. Para além do não reconhecimento das diferenças, Araújo et al reforça a alienação profissional em rotinas de trabalho heteronormativas, em que políticas, instrumentos, tecnologias e recursos de saúde voltam-se majoritariamente às necessidades de uma saúde familiar, sexual, ginecológica e reprodutiva heterossexuais. Tal realidade, faz com que trabalhadoras da saúde mantenham-se cotidianamente aguardando que apenas mulheres hétero adentrem seus consultórios(Silveira; Cerqueira-Santos, 2021; Sousa et al., 2014).

A narrativa também evidencia que a sexualidade das pacientes lésbicas e bissexuais só é reconhecida em momentos de desconforto ou necessidade, quando a alteração da norma necessita de uma justificativa plausível, como durante o exame preventivo. A heterossexualidade esperada, nesse sentido, não é meramente uma prática sexual, mas um regime político que faz parte da administração dos corpos e da gestão calculada da vida no âmbito da política (Rich, 2010).

A expressão "ela se revela quando a gente vai introduzir o espelho" sugere que identidades lésbicas e bissexuais são percebidas como "ocultas" e verbalmente identificadas como invisibilizadas pelas próprias trabalhadoras. A sexualidade entra em cena nos sentidos dos discursos através de sinais ou interações específicas, como gatilhos. Sendo então, reconhecidas como mulheres que "se revelam", é perceptível como identidades lésbicas são moldadas e negociadas durante as interações com o sistema de saúde, ora “inexistente de diferenças” ora “transgressora da norma” (Butler, 2018; Wittig, 2006).

A suposição automática de heterossexualidade a toda mulher que chega nas instituições de saúde gera surpresa quando não confirmada e resulta em questionamentos invasivos e

constrangimentos. Mesmo quando as usuárias explicitam que não têm relações sexuais com penetração, deparam-se com a insistência em exames invasivos, invalidação de suas sexualidades e alegação de virgindade, comumente relatado quando as usuárias declaram nunca terem se relacionado com homens, apenas com mulheres. Dessa forma, observa-se que quando a homossexualidade é ignorada ou explicitamente tratada com indiferença o espaço de saúde se torna inóspito e traumatizante (Azevedo et al., 2024; Pereira; Nasser; Chioro, 2022; Silva; Gomes, 2021)

*“Durante algum exame citopatológico, preventivo, elas ficam, assim, muito assustadas. Parece que tiveram algum trauma. E eu já percebi isso aqui em uns três casos. Ela me deixou fazer o exame, né? A gente foi com calma. Mas com ela reclamando muito.”*

Enfermeira 5.

Ao descrever essas usuárias como "assustadas", "traumatizadas" ou que "reclamam muito", o sentido produzido sugere uma dificuldade de relação entre profissional e paciente, e posicionam mulheres lés/bi como figuras desafiadoras e problemáticas dentro da lógica do cuidado. O discurso demonstra que a condução do exame preventivo é o foco da consulta, independe de queixas de dor, resistência e o desconforto das pacientes. Afinal dentro da hierarquia de necessidades e cuidados construída a partir do arsenal técnico e crítico das trabalhadoras, a efetiva execução do procedimento é o indicativo mais preciso de qualidade de um atendimento.

A profissional, posiciona-se como figura de autoridade e reforça também uma hierarquia de poder onde a norma, o protocolo e o fluxo de atendimento deve ser mantido acima de tudo, enquanto as pacientes que não fazem parte da lógica ideal de cuidado têm sua autonomia e suas queixas minimizadas. A normatização inflexível das práticas de cuidado cria claras situações mal-estar para as usuárias e forçam o aceite do que é considerado “cuidado” pelos padrões convencionais. Essas práticas não apenas violam, mas também comprometem a real qualidade e acolhimento durante o atendimento, minando a confiança na relação entre trabalhadora e usuária (Falu, 2019).

*“Toda mulher que se senta aqui, ela é orientada. Se ela já fez (o preventivo), ela vai ficar tranquila. Se ela não fez, ela vai ser perseguida, praticamente. “Já fez o preventivo?”. Então, assim, nessa*

*ocasião, ela me fez despertar isso. Porque eu não tinha parado para pensar. Porque não é que ela não devesse fazer. Ela deve fazer porque é uma relação sexual ainda que não tenha penetração. Só que a abordagem de coleta dela vai ter que ser um pouco diferente. Provavelmente, a gente vai precisar usar um espéculo menor. A gente vai precisar, talvez, usar uma pomada para dilatar um pouquinho mais. Então, talvez, essa mulher vai precisar de um preparo melhor. Mas ela vai precisar fazer o exame. Com certeza.*

Médica 1

Ainda sobre as realidades e dubiedades do preventivo, observamos como outras trabalhadoras já tem uma leitura afirmativa das identidades de mulheres lés/bi, mas que, grande parte do seu discurso, despertam sentidos de incertezas: a lésbica “talvez” necessite, onde a única certeza é a realização do exame preventivo. Entretanto, a narrativa expõe tanto as limitações quanto as possibilidades das relações de poder no contexto clínico.

Por um lado, as práticas normativas e os protocolos universais do sistema de saúde pressionam as profissionais a "cobrar" das pacientes a realização do preventivo, independentemente das particularidades de suas vidas sexuais. Por outro lado, a interação descrita demonstra como uma relação mais horizontal, em que a paciente se sente confortável e se revela para expor suas dúvidas, pode transformar a prática clínica. O momento de encontro com o “diferente” desdobra situações que provocaram deslocamentos (Gergen, 2009). Ainda assim, a percepção das demandas ocorre de maneira reativa e não sistematizada. O cuidado continua sendo organizado em torno de suposições sobre práticas sexuais baseadas na penetração, e há pouco reconhecimento da diversidade de experiências afetivo-sexuais como dimensões legítimas da saúde integral.

Outra questão relevante nessa narrativa é o questionamento da paciente também embebecido pela heteronormatividade. Salientando como as transformações discursivas precisam acontecer de ambos os lados, a lógica predominante tanto das falas das trabalhadoras quanto das usuárias presume a penetração como marco principal para a necessidade do exame, e não fazem sentido às realidades sexuais de mulheres que não seguem essa norma.

Ao questionar se deve fazer o exame, a certeza de que toda mulher deve realizar o preventivo é colocada a prova, “toda a mulher deve fazer” e “uma lésbica deve fazer”, são questões ainda nebulosas nos sentidos criados sobre esse cuidado. Há sim a mobilização de

abraçar a todas as mulheres que adentram ao sistema de saúde, mas a maneira como fazê-lo ainda é o real desafio, pois ainda se limita ao acesso da “sujeita universal” (Rich, 2010).

*“... uma paciente me questionou sobre fazer o preventivo. Todo mundo dizia para ela fazer o preventivo, que ela tinha que fazer o preventivo, mas ela não entendia, já que nunca tinha tido relação sexual com penetração. E... Eu nunca tinha parado para pensar. Juro.”*

Enfermeira 3

Esses momentos refletem um processo de descoberta e de transformação a partir da interação com a paciente, as trabalhadoras percebem a necessidade de repensar práticas normativas, como a recomendação do exame preventivo, que usualmente se baseiam em pressupostos heteronormativos. Essa experiência produziu um sentido de autocrítica e aprendizado, destacando a importância de abordagens individualizadas e de uma postura acolhedora. Além disso, a narrativa também reflete uma tentativa de superação desse contexto, por meio da criação de vínculo e mudanças na abordagem.

Ambas as narradoras, se posicionam como trabalhadoras cujo desafio das normas acerca da saúde ginecológica parece ser propício para se desfamiliarizar de seus conceitos já existentes, e estão dispostas a criar espaços para novas construções “ampliando o acervo dos repertórios interpretativos disponíveis para dar sentido ao mundo (Spink; Frezza, 2013). Tanto a enfermeira quanto a médica, anteriormente apresentadas, se colocam neste lugar para quem a norma hetero sempre sustentou seu trabalho, porém agora tem aparecido nas práticas da USF, mulheres que desafiam o que estava posto até então.

É importante frisar que mesmo com todos esses percalços no acolhimento dessa população, ainda é possível notar vínculo e brechas para um bom relacionamento “trabalhadora-usuária”, onde a revelação da sexualidade e a autonomia das usuárias já faz parte do dia a dia do cuidado de algumas trabalhadoras. A dinâmica evidenciada na narrativa ouvida, demonstra como as paciente, tradicionalmente vistas como receptoras passivas de orientações, contribuem para o aprimoramento do cuidado e para a transformação das práticas clínicas partir do momento que tem a oportunidade de serem ouvidas e visibilizadas.

*“As lésbicas, assim, a maioria delas procura Educação de saúde, mas Não usam métodos de barreira.”*

## Enfermeira 2

*“Elas não falam sobre camisinha, dizem que não usam porque elas não precisam. E anticoncepcional também, elas dizem “não, não precisa, eu não tenho relação”, mas elas se revelam quando a gente vai introduzir o espelho. Mas tem muitas lésbicas, a maioria do nosso público é assim, de mulheres que foram casadas há muito tempo, que tiveram filho, engravidaram, e justamente por isso elas vêm fazer o preventivo, justamente por ter contato com homem, aí elas vêm fazer o preventivo.”*

## Enfermeira 3

Novamente, as profissionais descrevem as pacientes lésbicas e bissexuais como mulheres que "se revelam", e associam essas identidades a histórias de casamentos heterossexuais anteriores e maternidade. Isso sugere uma visão normativa da trajetória de vida feminina (casamento, filhos, e depois "descoberta" de outra sexualidade). A ligação feita entre a maternidade e a necessidade de fazer preventivo reflete como o cuidado ginecológico é frequentemente limitado a mulheres que tiveram contato com homens. Isso reforça uma ideia de que a saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais só é legítima quando está vinculada a experiências heterossexuais anteriores.

Cabe as trabalhadoras não somente compreender os riscos que o sexo entre mulheres oferece, bem como orientar essa população corretamente quanto aos métodos de prevenção. Todavia, observa-se a escassez de tecnologias que supram essa demanda levando em conta a variedade de práticas e o prazer feminino. A comunicação aberta é um elemento central na prevenção de IST. Conversas honestas sobre o histórico de saúde sexual e práticas de segurança podem ajudar as parceiras a tomarem decisões informadas sobre o uso de métodos de proteção. A adoção de métodos de prevenção de IST pelas mulheres lésbicas envolve a combinação de barreiras físicas e comportamentais, como higiene adequada, testagem regular, vacinação, cuidados ginecológicos e direcionamento (Araujo et al., 2019a, 2019b; Azevedo et al., 2024; Bezerra et al., 2023; Cabral et al., 2019).

Entretanto, tanto as narrativas apresentadas quanto a literatura nacional e internacional frisam que lésbicas e bissexuais durante relacionamentos com mulheres descuidam o uso de preservativo em suas relações por acreditarem ser desnecessário, incômodo e até ineficiente.

Quando essas ideias se somam com a falsa percepção de uma menor possibilidade a infecções sexualmente transmissíveis por não haver penetração masculina, monogamia do casal atrelada a noção de fidelidade, assim como pela concepção social de que mulheres são mais limpas e saudáveis, há a manutenção de altos índices de IST e outras morbidades, aumentando os riscos à saúde sexual dessas mulheres (Silveira; Cerqueira-Santos, 2021; Araujo et al., 2019a; Bezerra et al., 2023; Milanez et al., 2022).

*Já aconteceu de me pedirem orientação sobre sexo lésbico, eu procuro saber “Nas tuas relações, geralmente, tu usas algum material, algum consolo?” e ela disse “não, doutora, eu não uso, porque eu não gosto de nada penetrado, mas a minha parceira gosta.” Aí eu digo, “ah, então é importante lavar, tu sabes, né? “É legal sempre colocar a camisinha, é legal lubrificar”. O sexo oral, se você não conhece bem a parceira, aí seria melhor abrir a camisinha feminina, e daí você poderia fazer o sexo oral sem você se expor, ou usar o insulfilme, que daria um pouco mais de sensibilidade. Aí ela disse, “mas doutora, deixa muito mecânico”. Eu digo, “mas o problema é que a gente não sabe de onde vem ali, né?”.*

Médica 3

O relato evidencia como a profissional constrói significados sobre sua prática ao abordar questões de saúde sexual de maneira aberta e acolhedora. Ela enfatiza a importância de fornecer orientações práticas sobre higiene e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), indo além da mera prescrição para engajar-se em uma abordagem educativa e de cuidado integral. Há uma evidente lacuna na formação tradicional de profissionais de saúde em relação às práticas sexuais de populações LGBTI, o que faz com que muitas orientações precisem ser aprendidas na prática ou por meio do diálogo com pacientes. A citação sobre o uso de camisinha feminina, lubrificante ou métodos alternativos como o "insulfilme" evidencia a ausência de tecnologias específicas para essas mulheres.

Existem hoje, adaptações dos preservativos tradicionais para serem usados em práticas de sexo oral e brinquedos sexuais, entretanto não há para o tribadismo, termo que faz referência a uma prática sexual entre duas mulheres em que elas se apoiam os corpos e pactuam seios com seios, vulva com vulva. A penetração como essencial durante o sexo é tão bem estabelecida socialmente, que quando se pensa no sexo entre mulheres lésbicas, o imaginário volta-se aos

brinquedos intravaginais, plugs e outras ferramentas que no geral mimetizam a penetração peniana. Quando na verdade o sexo entre mulheres é muito mais amplo e diverso que a necessidade da penetração (Darc, 2020).

Com esse recorte podemos nos questionar quanto a efetividade dos métodos de barreira adaptados e suas limitações. O uso de insulfilmes e Camisinhas Cortadas são citados como métodos de barreira, embora não especificamente desenvolvidos para o sexo entre vaginas, oferecem uma proteção razoável. Insulfilmes, criam uma barreira física que pode reduzir o risco de transmissão de IST durante o contato genital, mas sua eficácia depende de uma aplicação cuidadosa e da integridade do material, assim como o uso de camisinhas cortadas (Richters; Clayton, 2010)

Esses métodos não foram originalmente projetados para uso durante o sexo entre vaginas, o que significa que existe um risco maior de deslizamento ou rompimento, especialmente durante movimentos intensos. Ou seja, tais recursos nada mais são do que “gambiarras”, para resistir e existir em uma sociedade a qual o prazer do sexo seguro ainda não é um direito pleno para mulheres lés/bi (Azevedo et al., 2024; Darc, 2020).

A consulta na atenção básica deve ser um momento de diálogo aberto para que a paciente fale sobre seu cotidiano, o meio em que está inserida e suas vulnerabilidades, onde as trabalhadoras entendam verdadeiramente suas demandas (Gregg, 2018). Assim, é necessário que seja um espaço livre de preconceitos e estereótipos, no qual a mulher bi/lésbica possa expor sua orientação sexual, suas dúvidas e suas necessidades sem medo da reação de quem está lhe assistindo (Pereira; Nasser; Chioro, 2022; Araújo et al., 2019).

Entretanto, como ouvir de forma adequada e garantir a plena autonomia dessas mulheres dentro do espaço físico da USF? A fala das trabalhadoras revelam que para além de uma necessidade, o acolhimento efetivo, a prática de receber essa usuária através de atitudes e comportamentos atenciosos que levam em conta uma assistência integral, holística responsável do cuidado, há também a necessidade de suporte físico e estrutural.

*“A gente não tem uma sala. Por exemplo, uma salinha assim pra gente tá conversando bem à vontade, né? A gente precisa de uma salinha do acolhimento, daquela escuta qualificada que faz parte desse nosso fluxograma que dá atenção primária, entendeu?”*

A ausência de uma sala privativa para atendimentos mais sensíveis é destacada como uma necessidade para conversas abertas sobre temas íntimos, sendo a sexualidade entendida como um desses temas. Essa limitação espacial compromete o acolhimento e a confiança, fundamentais para o cuidado integral, o acolhimento é reprimido pela ausência de condições básicas de recebimento das usuárias, desrespeitando o seu bem privado e as suas necessidades individuais (Coutinho; Barbieri; Santos, 2015). A narradora evidencia que as mulheres lésbicas e bissexuais tendem a se abrir apenas em espaços mais reservados, o sigilo da sexualidade, atrelado a culpa moral do erotismo corroboram para essa sentença (Carrara, 2015) .

A estrutura física das unidades de saúde reflete desigualdades institucionais, evidenciando que a ausência de espaços adequados perpetua relações assimétricas, onde os profissionais não conseguem oferecer um cuidado centrado na pessoa, apresentando como principal inconveniente o constrangimento dessas mulheres, quando abordadas na recepção da unidade, em grupo, nos corredores para a realização de testes rápidos ou ainda nos consultórios médicos e de enfermagem sempre lotados, com portas sem trancas e com outros atendimentos acontecendo concomitantemente no mesmo espaço. Esse fluxo expõe intimidades e privacidades, além de não oportunizar uma adequada avaliação dos riscos não evidentes e de vulnerabilidades.

De modo sucinto, podemos discorrer que as narrativas inseridas neste tópico, indicam que as necessidades e demandas de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais são condicionadas à inteligibilidade das suas experiências dentro das normas institucionais vigentes. Quando não performam a diferença de forma visível ou não verbalizam explicitamente sua orientação sexual, suas demandas não são percebidas como específicas, sendo absorvidas pela lógica assistencial padrão — centrada na reprodução, na conjugalidade heterossexual e em roteiros clínicos previamente definidos, guiadas por práticas baseadas na não diferença entre todos os grupos que atendem e acreditando na falsa ideia de que o atendimento pode ser o mesmo para todas as pacientes. Assim, não há planos de cuidado focados em demandas específicas e a lógica do cuidado integral acaba por não acontecer para a maioria dessas usuárias (Rodrigues; Falcão, 2021; Milanez et al., 2022; Pereira; Nasser; Chioro, 2022)

#### **4.2 “Nomes não ditos, presenças sentidas”: Dificuldades técnico-assistenciais, morais e éticas na prestação da assistência.**

*Algumas costumam ser muito discretas. Nunca soube identificá-las facilmente entre outras mulheres. Lembro de uma vez em que, ao*

*comentar algo fazendo menção a esse assunto, a mulher me respondeu: “Ah, não. Ela é minha colega.” e desconversou. As vezes elas falam. Fico sem saber como proceder. Eu não pergunto diretamente se uma mulher é lésbica. Aliás, em alguns casos, nem é preciso perguntar. Algumas eu sei que é lésbica porque andam igual a um homem. E, às vezes, elas aparecem com a esposa. Mesmo assim, eu não me sinto à vontade para perguntar: “Vocês são um casal?” Não é assim que funciona. A verdade é que, geralmente, a gente nem faz aquela pergunta que está no cadastro, sobre orientação sexual. Parece invasivo. E, quando percebo ou suspeito, fico me perguntando: e agora? O que eu faço de diferente? A verdade é que eu também não saberia como orientar direito.*

Narrativa polifônica, Estratégia saúde da família.

Emerge nas práticas narradas pelas trabalhadoras as amplas dificuldades vivenciadas e percebidas nos cuidados a populações lés/bi. De forma conceitual, o termo "dificuldades técnico-assistenciais" diz respeito aos obstáculos e desafios enfrentados na oferta de cuidados em saúde, tanto no atendimento individual quanto no funcionamento do sistema como um todo (Fertonani et al., 2015; Brasil, 2010). Essas dificuldades podem envolver escassez de recursos, lacunas na formação e qualificação de profissionais, carência de infraestrutura, limitações no acesso aos serviços e a própria complexidade das demandas de saúde das pessoas atendidas, entendidas aqui como as dificuldades morais e éticas.

Em circunstâncias comuns da prática cotidiana, os problemas éticos são mais sutis, mais banalizados e menos dramático, portanto, mais difíceis de identificação. Entende-se aqui por problemas éticos aqueles aspectos ou questões que desencadeiam conflitos de valores morais e que exigem deliberação para sua solução (Arce; Teixeira, 2022; Junges et al., 2014). Entre outros problemas na saúde está a questão dos recursos humanos quando falamos de cuidado a população LGBTI, alvo de muitas críticas na formação de seus profissionais, algumas delas relacionadas às atitudes éticas ou às relações profissionais. É nítido que as discussões atuais debatem sobre um esgotamento do modelo tradicional de formação, acusada de não estar sendo adequada às necessidades de saúde atuais. Passamos então por um processo de construção e transformação conceitual e do debate de novas competências.

Partimos do princípio, que o pontapé inicial para cuidar de mulheres les/bi é o reconhecimento pleno de suas identidades no fluxo de cuidados prestados. Entretanto esse processo já traz consigo uma série de barreiras, pois tange construções de sentido bem estabelecidas dentro do coletivo das trabalhadoras. O primeiro é a caricata “mulher lésbica” e a “promíscua mulher bissexual” e o segundo trata-se da “ofensiva pergunta da orientação sexual”. É compreensível então, que se por um lado não perguntam, o que resta é a identificação dessas mulheres por signos socialmente construídos que contemplam apenas uma parcela das usuárias que frequentam a unidade de saúde.

Como já discutimos, a lésbica e a bissexual, não tem um perfil único, e nem muito menos são uma massa homogênea, suas identidades são plurais e suas histórias afetivas e sexuais são distintas e diversas. Nas narrativas a seguir, observamos como essa realidade bate à porta dos consultórios e muitas vezes colide conceitos e preconceitos previamente construídos, como o fato da mulher lésbica, ter seu reconhecimento exclusivamente ligado a signos de desfeminização, caracterizando lésbicas que não quebram a normatividade como “não assumidas” ou “discretas” ; quanto a mulher bissexual, ainda mais invisibilizada e com identidades consideradas ainda menos desafiantes, pois podem facilmente ser incorporada nos fluxos de cuidado heteronormativos, tem seu foco de cuidados na sala de testes rápidos, no controle de HPV e na prevenção de outras IST, tópico esse que aprofundaremos melhor mais à frente na presente discussão. Logo abaixo, a narrativa da enfermagem, exemplifica bem esse cenário.

*Eu não sei se elas vêm com frequência, porque eu não sei identificar quando é lésbica ou não, entendeu? Porque não tem essa pergunta, no questionário do preventivo.*

Enfermeira 4

*Gente, se tu não conversares com elas mesmo, tu não sabes nem que elas são, que elas vivem junto. Elas são pessoas discretas, bem na delas...*

Tec. De enfermagem 1

É notável como ambas as trabalhadoras desconhecem identidades lésbicas e bissexuais durante suas práticas, essa constatação constrói um sentido que na falta dos signos sociais, esta população é concebida como inexistente ou que não acessa o serviço. Pelos discursos das trabalhadoras é compreensível então, que boa parte das mulheres lés/bi atendidas diariamente na USF não foge da expectativa estereotípica acerca das expressões de gênero que funciona como uma espécie de “chave de compreensão” que as denunciem. Mulheres lésbicas e bissexuais são descritas como presenças fugazes, raramente identificadas ou abordadas diretamente. Elas aparecem como "normalizadas" no atendimento, mas também invisibilizadas em suas especificidades e demandas, especialmente em questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

O que parece estar presente nesta construção é que, para escapar da pergunta direta sobre a sexualidade, um padrão de expressão é sempre buscado ao falar de numa pessoa LGBTI que poderia ser reconhecido sem mesmo a própria pessoa o dizer, como o fato de uma lésbica ter expressão ou performance masculina (Butler, 2018; Swain, 2001). O quadro de referência que conduz à este entendimento é a já discutida heteronormatividade que, ao impor a conexão dita “natural” entre sexo-gênero-sexualidade, também diz como deve ser expressada esta sexualidade a partir do seu gênero (Rich, 2010). Quando a enfermeira e a técnica dizem que não encontram muitas lésbicas ou mulheres bissexuais com um estereótipo que as defina, elas estão acionando um jeito muito particular de ser lésbica que parece estar construído no seu imaginário, e cuja performance parece exigir uma “caricatura”, que produz e reproduz estereótipos. O não-reconhecimento das lésbicas nos serviços pode ser mais cômodo e efetivo com relação aos resultados da assistência, assimilando-as no fluxo de cuidado das mulheres hétero.

Outra questão importante, é o posicionamento profissional passivo da enfermeira, limitando sua abordagem ao alegar não haver nos protocolos e fichas uma pergunta direta que faça sentido a abordagem sobre a sexualidade da usuária. Ela reconhece sua incapacidade de identificar mulheres lésbicas, mas sugere que seu posicionamento é moldado pelo ambiente institucional, que não fornece ferramentas para abordar adequadamente as diversidades sexuais.

Embora grande parte das unidades de saúde sejam pensadas de forma a criar um cenário heteronormativo, acentuado pela falta de representatividade da diversidade sexual nos ambientes físicos dos serviços de saúde, assim como, materiais visuais e protocolos inclusivos para o atendimento de pessoas LGBTI como um todo (Araujo et al., 2019b; Silva; Gomes, 2021). Por outro lado, a presença ou não de uma ficha que contenha o questionamento sobre sexualidade, não se articula diretamente com a identificação dessas usuárias muito menos com

a abordagem da sexualidade pelas trabalhadoras, já que com o avançar das políticas inclusivas, tornou-se norma conter na ficha do E-SUS (Anexo II) perguntas sobre orientação sexual e identidade de gênero, que, mesmo consideradas de cunho não obrigatório pelo sistema, apresentam-se como: “você deseja informar a sua orientação sexual/identidade de gênero?” onde a usuária pode responder que “sim” ou que “não”, que em caso positivo para a orientação sexual, pode optar entre “heterossexual, bissexual, homossexual (gay ou lésbica) ou outra”. Mesmo assim, o questionamento permanece silenciado, já que essa “simples questão” atrela-se a uma série de desdobramentos técnicos, assim como constructos morais e ético para a maioria das trabalhadoras.

*Geralmente a gente não faz aquela pergunta que vem no cadastro. O local onde você vai perguntar a orientação sexual é justamente aqui (Aponta para a ficha) “deseja informar a sua orientação sexual?”, geralmente a gente preenche com não. Por quê? Porque essa parte desse cadastro é muito invasivo.*

Agente comunitário de saúde 3

É perceptível que tanto a revelação quanto a identificação da orientação sexual/identidade de gênero são sistematicamente apagadas ou pelo menos reduzidas para uma abordagem que menor incomode o fluxo considerado natural da prestação dos cuidados, já que não se pergunta e nem se registra, seja no âmbito da comunicação com a usuária, nas fichas, prontuários e nos cadastros. A observação de longe e a busca pelas caricatas lésbicas e bissexuais parecem fazer mais sentido para a prática das trabalhadoras de saúde, do que o uso plenos dos instrumentos e políticas já vigentes. Esses aspectos, serão melhor aprofundados mais à frente.

Sobre essas caricaturas, uma lésbica cuja performance comunica o masculino, tensiona constructos sociais e se tornam efetivamente inteligíveis as vistas das trabalhadoras e, portanto, passam a ser identificadas. Essas sim! “dão pinta” e são inegavelmente lésbicas, geralmente, não passam como homens nem por transsexuais. Estas, são as lésbicas identificadas no cotidiano dos cuidados da unidade.

*“Sei que ela era lésbica porque ela andava igual a um homem. Não precisei perguntar não, ela andava igual a um homem, cabelo curto, de bermuda, de calção. Ela também nunca falou, Não.”*

A “lésbica masculina” se “denuncia”, mas isso garante a ela um cuidado integral e uma saúde sexual efetiva e compatível com a realidade de sua prática? A resposta é não. Para essa outra parcela de mulheres lésbicas, outras construções de cuidado e sentidos entram em cena, e a maioria compromete a efetividade do cuidado e afasta essas mulheres dos serviços. A agente comunitária diz nunca ter ouvido da usuária sobre sua orientação sexual, o que sugere que não houve uma aproximação suficiente com a trabalhadora para que um vínculo de confiança fosse criado, diferente de outros casos já apresentados em discussões anteriores.

O que parece acontecer é que a abjeção dada pela quebra da expectativa de gênero, gerador de um incômodo que mexe com construtos, com paradigmas extremamente arraigados no sentido de manter uma lógica binária da sociedade, gera um afastamento tanto por parte da usuária quanto pela trabalhadora, que observa esta mulher de longe, à reconhece a partir do seus crivos, mas não a conhece efetivamente. O silêncio das usuárias ("ela também nunca falou") é tratado como uma justificativa para que a agente de saúde não aborde diretamente questões relacionadas à sexualidade (Ferreira; Bonan, 2021; Pereira; Nasser; Chioro, 2022).

Rodrigues e Falcão (2021) e Cabral et al. (2019) observam que a maneira como a usuária “performa” sua orientação sexual também influencia em como a mesma encara o atendimento. Lésbicas com posturas entendidas como “masculinas” relataram se sentir extremamente desconfortáveis em procedimentos mais invasivos, como preventivos; seu acolhimento é como um todo dificultado e quando isso se alia a percepção de que consultas ginecológicas são uma necessidade de mulheres hétero e que por praticarem sexo com mulheres correm menos riscos de saúde, surgem outras justificativas para a baixa procura pelos serviços de saúde ou mesmo criação de vínculo com a equipe multidisciplinar da estratégia saúde da família (Araujo et al., 2019b; Barbosa; Facchini, 2009; Pereira; Nasser; Chioro, 2022)

### **Mulheres Lés/bi e suas famílias no cotidiano dos cuidados.**

*Ela é, se veste como um homem e tudo, mas ela toma anticoncepcional, tá no planejamento familiar. De vez em quando ela tá aqui pedindo a medicação dela e pedindo pra eu aplicar a injeção dela. Anticoncepcional. E ela tem filho. Eu não perguntei não, mas ela é lésbica sim, ela gosta de mulher.”*

Aqui novamente, os constructos sociais, marcam a lésbica arquitetada no imaginário das trabalhadoras, o entendimento da sexualidade das pacientes é baseado em características visuais e comportamentais, como "andar igual a um homem" e falam mais alto que as necessidades apresentadas pela usuária. A linguagem revela um senso de identificação que associa a orientação sexual a padrões de gênero e aparência, o que simplifica e reduz identidades complexas à estereótipos, a trabalhadora sabe que a usuária em questão se relaciona tanto com homens quanto com mulheres, poderia então concebê-la como uma mulher bissexual, mas não o faz, já que a maneira como a usuária se apresenta ativa em seu imaginário social uma identidade específica. Até mesmo o uso do anticoncepcional é percebido como uma contradição, indicando como a reprodução tem relação direta e exclusiva como a heterossexualidade e está profundamente enraizada nesses conceitos, deixando tanto a lésbica ou a bissexual como sujeitas abjetas na lógicas da saúde sexual e do planejamento familiar (Araujo et al., 2019b; Barbosa; Facchini, 2009; Figueiredo, 2018).

E por falar em família, esteve presente na narrativa das trabalhadoras, múltiplos relatos de famílias recompostas ao se falar sobre “como e com quem” viviam as mulheres lés/bi da comunidade. A literatura evidencia que as estratégias para acesso à parentalidade homoafetiva podem incluir diferentes dispositivos, tais como a adoção, uso de tecnologias reprodutivas, coparentalidade e relacionamentos heterossexuais anteriores, as chamadas famílias recompostas (Cecílio; Scorsolini-Comin; Santos, 2013). Ao falar sobre isso, é relatado pelas trabalhadoras, como a maior parte de lésbicas (ou bissexuais) entre 30 e 40 anos, trazem em seus relacionamentos atuais, filhos advindos de relacionamentos/casamentos heterossexuais passados e constituem com suas atuais companheiras famílias recompostas. Enquanto mulheres lés/bi mais jovens foram identificadas se relacionando com homens mais velhos, para fins reprodutivos, onde após uma das parceiras engravidarem, o vínculo heterossexual tem fim, e é construído seus núcleos familiares.

*“A gente já fez caso de pré-natal, que era casal homossexual, que a mulher teve relação com um homem para engravidar e acabou a relação ali. Vão pelos próprios meios.”*

Enfermeira 3

“Elas vão pelos próprios meios” reforça a ideia do desamparo do estado e de perspectivas políticas que deem subsídios para essas mulheres constituírem suas famílias por meios legais. Embora em relação à reprodução, somente aparece no documento da Política

LGBT a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS, sem ações direcionadas em face ao custo dos procedimentos serem altos, há pouco ou nenhum contato com classes sociais menos favorecidas, como é o caso das mulheres lés/bi presentes nas narrativas das trabalhadoras.

Ao serem questionadas, nem mesmo enfermeiras, médicas ou assistentes sociais da unidade faziam ideia de que tecnologias reprodutivas já foram incorporadas ao SUS, mesmo a Lei 9.263 de 1996 já abordando o direito à assistência à concepção, estabelecendo que as novas tecnologias reprodutivas, como a inseminação artificial e outras, devem estar acessíveis no SUS. Entretanto essa lacuna do conhecimento pleno das possibilidades do planejamento familiar indo da concepção a contracepção, não pode ser pesada totalmente sobre as trabalhadoras, já que, apesar das disposições, a legislação não define critérios para acesso a essas novas técnicas, o que gera debates, principalmente relacionados ao alcance dessas tecnologias em todo o país, não sendo, portanto, uma realidade na região norte ou ainda em Manaus, muito menos associando seu alcance a camadas populares mais fragilizadas (Brasil, 2005 ; Oliveira; Bussinguer, 2025).

A lógica na unidade, gira em todo da contracepção e na redução da natalidade, o que é compreensível, já que o Amazonas ainda é um estado carente de uma boa cobertura de educação sexual, possui altos índices de gravidez precoce e violência sexual, somado a uma parcela considerável de mulheres usuárias do SUS no município de Manaus e interiores, sendo múltíparas (mulheres que tiveram dois ou mais partos) e com histórico de gravidezes indesejadas ou não planejadas (Sinasc-AM, 2021; FVS-AM, 2020; SES-AM, 2024) . Embora compreensível é ao mesmo tempo lamentável, com recursos financeiros e tecnológicos escassos, necessidades como constituição familiar homoafetiva ainda se encontram inviabilizadas. Mas o que se sabe é que elas “dão seu jeito”, constituem família, existem e resistem ao apagamento.

*Na primeira vez que ela veio acompanhada da outra pessoa, eu perguntei quem era. Aí, ela disse assim “Ah, não, doutora. Ela é minha colega.” Quando já foi na segunda vez que ela veio. Segunda ou terceira vez. Aí, ela falou assim, “Não, doutora. Eu vou lhe falar a verdade. Na verdade, ela é minha companheira.”*

O relato ocorre em um contexto em que as relações homoafetivas e suas famílias ainda são frequentemente marcadas pela necessidade de "justificação" e negociação. Isso é evidente quando a usuária inicialmente apresenta sua companheira como "colega" antes de admitir sua verdadeira relação. A hesitação em revelar-se reflete um contexto mais amplo de estigmatização e discriminação que mesmo com a postura acolhedora da médica, uma relação de confiança e abertura ainda precisou ser estabelecida e ficar clara para a usuária. Esse movimento denota um processo de busca por confiança no ambiente clínico. Entretanto, é importante notar que o gesto de abertura deve vir dos serviços e não das mulheres, que estão no pólo mais frágil, subordinado, desta relação.

O fato de mulheres lésbicas e bissexuais muitas vezes omitirem sua orientação sexual, leva as trabalhadoras muitas vezes a culpabilizar e/ou responsabilizá-las pelo seu não reconhecimento: “elas não falam”, “elas não querem”, “elas não vêm”, sem avaliar que, na verdade, tal relutância está atrelada a lesbofobia e bifobia experienciada em outros cenários de suas vidas. A discriminação antecipada ou sentida, condicionam essas mulheres ao silenciamento por receio de sofrer violência e pela desconfiança de saber em quais ambientes estão de fato seguras, denotando em muitos casos, um certo despreparo profissional para entender essas múltiplas camadas de violência (Ferreira; Bonan, 2021; Mendes et al., 2023; Milanez et al., 2022; Peixoto et al., 2021).

Quanto a mulheres bissexuais, Rodrigues e Falcão (2021) observam que, atravessadas por normatividades heterossexistas, a omissão da orientação sexual carrega diferentes sentidos, já que em contextos de cuidado em saúde, essas mulheres escolhem falar sobre sua sexualidade apenas quando estão em relacionamentos com homens, apagando suas experiências homoafetivas quando questionadas por trabalhadoras de saúde (Rodrigues; Falcão, 2021).

Esse silenciamento contribui para a persistência da invisibi(l)idade, reforçando a ideia de que a bissexualidade é uma identidade instável, marcada, por uma fronteira binária, ora referente ao hetero e ora a homossexualidade. Tais mecanismos reiteram a marginalização da bissexualidade e produzem efeitos concretos sobre a forma como sujeitas bissexuais acessam (ou não) políticas e práticas de saúde sensíveis à sua experiência (Cruz; Lima; Carneiro, 2022; Lewis, 2012).

Entretanto, pode-se deduzir também, que o fato de essas mulheres não informarem sua orientação e suas práticas sexuais nas consultas, ainda é considerado uma estratégia de resistência, evitando macro ou micro violências, ao transitar por ambientes marcados por heteronormatividades compulsórias (Facchini; França, 2020; Rich, 2010). Comportamento

esse, que não é um padrão entre as usuárias, já que algumas, se colocam frente as trabalhadoras como agentes mobilizadoras:

*Mas no caso delas, elas falaram pra mim “eu vivo com a fulana de tal, tu tens algum preconceito?” Eu digo “não. Negativo.” “Tu vais deixar de gostar de mim?” e eu digo “Não!! eu vou gostar de você dá mesma forma.”*

Enfermeira 2

A narrativa constrói um sentido de aceitação condicional e relacional, onde o respeito e a simpatia pelas mulheres lés/bi emergem do contato direto e da convivência (Gergen, 1995). As mulheres mencionadas, ativamente questionam se serão julgadas por sua orientação sexual, isso reflete tanto a interiorização de discriminações que enfrentam, quanto um caráter crítico às trabalhadoras. Aqui, um diferencial das usuárias descritas é seu posicionamento, sua mobilização ao buscar confirmar que sua sexualidade não afetará a relação com o profissional de saúde. Onde, mesmo que a resposta da enfermeira seja afirmativa e acolhedora, o fato de as mulheres precisarem dessa garantia revela a persistência de desigualdades e incertezas em relação ao julgamento social.

*“Nós temos duas, um casal, né? Como é que eu posso dizer? A que se passa como homem, ela trabalha. A que é dona de casa, ela é do Bolsa família. Ela recebe o bolsa família só para ela, porque ela não trabalha. Ela tem problema no andar dela, na perninha dela. E assim, o esposo dela, que é a esposa, é meio, complicado, né? Ela tava acamada, porque ela trabalhava como motoboy de aplicativo e teve um acidente.*

Tec de Enfermagem 1

A fala da técnica de enfermagem revela três núcleos de sentido principais para análise. O primeiro, mais evidente, refere-se às representações de papéis de gênero, especialmente quando ela tenta traduzir as relações entre mulheres lésbicas e bissexuais a partir de uma lógica familiar heteronormativa. O segundo núcleo diz respeito às performances de gênero dessas mulheres, que desafiam os modelos normativos de feminilidade, mas que reproduzem a lógica

normativa familiar. Por fim, o terceiro ponto destaca o contexto social e estrutural em que o casal está inserido na comunidade, evidenciando como os vínculos e as percepções locais moldam o cuidado.

A heteronormatividade emerge com força nas representações construídas sobre mulheres lésbicas e bissexuais e suas relações afetivas. A dificuldade em compreender dinâmicas que escapam ao modelo “marido e mulher”, matriz cultural que sustenta a inteligibilidade das relações sociais, é expressa pelo estranhamento da trabalhadora diante da tentativa de “encaixar” essas mulheres em papéis familiares tradicionais (Butler, 2018). Expressões como “a que se passa como homem” e “o esposo dela, que é a esposa, é meio, complicado, né?” ilustram esse esforço de traduzir experiências lésbicas dentro de categorias que reafirmam a dicotomia masculino/feminino, revelando a força do binarismo de gênero como regulador simbólico e moral das práticas sociais (Scott, 1995).

Tais interpretações estão impregnadas de julgamentos implícitos, que reproduzem estigmas construídos historicamente em torno da lesbianidade. Tais discursos, não expressam apenas crenças pessoais, mas participam ativamente da produção de realidades institucionais, regulando aquilo que é percebido como aceitável ou desviante e evidencia sentidos socialmente produzidos sobre gênero e sexualidade, que se atualizam nas práticas discursivas cotidianas do cuidado (Gergen, 1997; Foucault, 1996).

A figura da “lésbica masculinizada”, aparece associada a papéis tidos como masculinos nas relações afetivas e no trabalho, assim como a “lésbica feminilizada” associada ao trabalho doméstico, reafirmando o modelo de complementaridade sexual como naturalizado e desejável (Figueiredo, 2018; Rich, 2010; Scott, 1995). Esse tipo de enquadramento simbólico, embora seja uma forma de tentar compreender o que para muitas trabalhadoras são um “novo arranjo familiar” também serve para invalidar a bissexualidade ou da lesbianidade como experiências legítimas, apagando possibilidades de existência e desejo ao acomodar essas vivências dentro de uma lógica normatizada, na qual a heterossexualidade permanece como matriz tácita de legitimidade (Facchini; França, 2020).

Os efeitos dessas normatividades sobre o cuidado em saúde tornam-se ainda mais evidentes quando observamos a maneira como determinadas famílias são descritas, como é o caso de casais lésbicos com filhos, frequentemente alvos de estranhamento e tentativas de “tradução” simbólica, onde a forma como casais lésbicos performam sua relação, alimentam esses valores no imaginário e nas dinâmicas discursivas das trabalhadoras. Essa perspectiva dialoga com os apontamentos de Rich (2010) e Scott (1995), ao descrever como o sistema de diferenciação sexual estrutura concepções de parentalidade, filiação e cuidado, conferindo

legitimidade apenas àquelas formas que reproduzem a matriz heterossexual e patriarcal. Influenciando tanto mulheres lés/bi quanto as trabalhadoras em suas práticas de cuidado. Já que tais sentidos, mobilizam representações que operam como dispositivos de poder, capazes de incluir ou excluir sujeitos (Gergen, 1997).

Além disso, observa-se a articulação entre sexualidade, classe e trabalho na forma como determinadas ocupações, como o serviço doméstico ou o trabalho informal como motoboy, são atribuídas a essas mulheres, reforçando a diferentes graus de vulnerabilidades sociais a que estão submetidas. Ao verbalizar que essas mulheres, dependiam, no momento, do Programa Bolsa Família devido a condição de desemprego de uma e ao recente acidente de trabalho da outra, é revelado a importância de políticas sociais e de sua articulação da atenção básica como ampliador de garantias de direitos sociais e saúde de famílias vulneráveis, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para a redução da pobreza e da desigualdade (Brasil, 2004).

### **A pergunta da sexualidade como um tema espinhoso**

*Durante o meu tempo atendendo no Bolsa Família, apareceu família de mulher com mulher, homem com homem, aparece. A gente sabe por que a gente conhece a comunidade, a gente já conhece as pessoas. Só que elas não se apresentam como casal, mas a gente sabe que são casal. Elas não falam, nem a gente também fala. Só na telepatia, às vezes elas falam, elas dão a entender ali que são um casal. Entendeu?*

Agente Comunitária de Saúde 1

Como já foi dito, mulheres lésbicas e bissexuais não constituem um grupo homogêneo de mulheres. Enquanto algumas confrontam as trabalhadoras e as lógicas de cuidado; outras torcem para não serem percebidas, evitando qualquer tipo de constrangimento que sua sexualidade, ou no caso, a resposta a ela, possa vir a causar. A narrativa da agente comunitária evidencia uma dinâmica de reconhecimento implícito e silenciamento institucional no atendimento a casais homoafetivos.

As falas da trabalhadora indicam a existência de um saber construído na convivência cotidiana com a comunidade, e revelam um conhecimento tácito, partilhado entre os membros

da equipe, que dispensa a explicitação formal das informações, pois baseia-se em uma lógica de familiaridade até certo ponto, que, ao mesmo tempo em que possibilita o acolhimento prático das demandas, evita nomear ou visibilizar determinados arranjos familiares, especialmente os dissidentes da norma heterossexual.

Esse silêncio deliberado é justificado como uma forma de respeitar as usuárias e evitar conflitos. A estratégia de “não falar nada” ou “amenizar” aparece como uma escolha pragmática diante de um contexto marcado por tensões morais e institucionais. No entanto, ao optar por não nomear as relações homoafetivas, a equipe acaba por reforçar uma lógica de invisibilidade, na qual o reconhecimento das diversidades sexuais e de gênero permanece restrito ao âmbito privado, sem se inscrever nos registros oficiais ou nas práticas declaradas de cuidado (Butler, 2003; Facchini, 2005).

Há, ainda, um tabu cultural que atravessa a apresentação pública de casais homoafetivos, o que contribui para sua exclusão simbólica nos serviços. A narradora se posiciona como uma observadora participante, consciente das dinâmicas locais, mas cuidadosa em não confrontar ou problematizar diretamente as normatividades em jogo. Nesse cenário, o uso reiterado da expressão “a gente” dilui responsabilidades individuais, atribuindo as decisões a um suposto consenso coletivo da equipe, e reforça a ideia de um saber compartilhado que, embora solidário, evita intervir nas estruturas que mantêm a marginalização de famílias homoafetivas (Scott, 1995; Gergen, 1997).

Esse discurso também revela uma cultura institucional marcada pela tensão entre a formalidade dos protocolos e a complexidade das realidades sociais vividas pelas usuárias. A experiência prévia de conflitos ao tentar aplicar normas institucionais rígidas parece ter consolidado uma prática de não-intervenção, que prioriza a harmonia aparente em detrimento do enfrentamento das desigualdades estruturais. Reconhecer essas nuances é fundamental para compreender como o silêncio pode operar como estratégia de cuidado, mas também como dispositivo de poder que contribui para a manutenção da normatividade e da exclusão, já que são práticas discursivas que produzem sentidos e moldam a realidade (Gergen, 1997). Essas falas revelam como o cuidado em saúde pode ser atravessado por contradições entre intenções acolhedoras e práticas que, mesmo sem hostilidade explícita, produzem exclusão.

*Eu não vou chegar “aí, vocês são um casal?” Não, não é assim que acontece, tá entendendo? Tem esse tabu, infelizmente tem esse tabu, a gente não pergunta.*

A agente comunitária de saúde é precisa ao usar o termo “*tabu*”, já que seu significado, segundo o dicionário Aurélio, tem sentidos atribuídos ao “medo ou proibição de origem religiosa, social ou cultural, assunto que não se pode ou não se deve falar”. O silêncio e a omissão relacionam-se ao preconceito e estigmas em relação a sexualidades dissidentes e traduzem-se em estratégias de navegação em um sistema macro e microsocial que nega a diversidade.

A ausência de reconhecimento formal dessas relações, no vazio dos documentos e fichas do SUS, expressa também os limites do discurso institucional em lidar com existências que desafiam a lógica binária de sexo e gênero. Como destaca Rich (1995), a heterossexualidade é um regime político que define o que pode ser considerado legítimo dentro das estruturas sociais. O silêncio, portanto, não é neutro, ele reforça hierarquias e produz exclusões. Do ponto de vista do construcionismo social, esse processo é um exemplo claro de como as realidades são produzidas na linguagem e nas práticas cotidianas, a recusa em nomear certas experiências não é apenas omissão, mas uma forma de produzir sua inexistência simbólica (Gergen, 1997).

*“Não perguntamos assim diretamente sobre sexualidade. Eu não pergunto.”*

Enfermeira 5

*Não perguntamos a sexualidade... Eu não pergunto por que tem gente que não gosta, então eu acho constrangedor.*

Agente comunitária de saúde 2

A fala “eu acho constrangedor” explicita como as práticas institucionais permanecem atravessadas por noções morais que regulam o que pode ou não ser dito. Como observa Judith Butler (2003), o constrangimento em nomear certas identidades ou práticas sexuais não é apenas um reflexo individual, mas o efeito de normas culturais que definem a inteligibilidade dos corpos e das experiências. A narrativa insere-se em um contexto em que a sexualidade das mulheres lésbicas continua sendo percebida como um tópico sensível ou perturbador, cuja abordagem pode causar desconforto tanto em profissionais quanto em usuárias (Rich, 2010).

Ao assumir que o silêncio é uma forma de “respeito”, o discurso reforça a lógica do “não-dito” como norma, o que, segundo Gergen (1997), constitui uma prática ativa de produção de realidades. Nesse enquadramento, deixar de perguntar não é um gesto neutro, mas sim parte de um processo de exclusão discursiva e da realidade construída para a prática. A sexualidade, quando tratada apenas com curiosidade ou tolerância, e não como dimensão legítima da vida das usuárias, permanece à sombra do cuidado, silenciamento esse também, reforçado no campo do reconhecimento institucional.

*Eu não vou entrar no assunto mais profundo, você me entende?*

Agente comunitário de saúde 5

A narrativa constrói o trabalho da ACS marcada por um trânsito contínuo entre o universo normativo das instituições e as experiências vividas nos territórios, o que exige habilidades relacionais e éticas constantemente negociadas. A tentativa de garantir acolhimento sem violar a privacidade, como narrado pelas trabalhadoras, resulta na valorização da autonomia das usuárias, mas também revela uma lógica de não-verbalização que precisa ser problematizada.

Entretanto no plano ético e moral, emerge um impasse: a orientação sexual só é abordada quando é tornada legível dentro de parâmetros convencionais; aparência, vestuário, maneira de falar, o que reproduz um sistema de inteligibilidade baseado na normatividade heterossexual e de gênero. E mesmo com sua inteligibilidade, não há garantias que suas identidades sejam relatadas em instrumentos e fichas, como prontuários eletrônico, atualizadas no Programa bolsa família, ou ainda, que influenciem de alguma forma no adequado manejo das necessidades dessas mulheres. Ao invés de promover o reconhecimento, em última instância, essas formas de exclusão discursiva mantêm a sexualidade fora do campo do político e, por isso mesmo, fora do campo da justiça social (Guimarães; Lorenzo; Mendonça, 2021; Silva; Brabo, 2020).

Por outro lado, mesmo que a sexualidade seja questionada, haveria de fato alguma diferença no cuidado prestado? O que mudaria para as trabalhadoras ao cumprirem mecanicamente o que há na ficha? Afinal qualquer pergunta em que não se sabe o que fazer com a resposta é minimamente ético, perguntar para nada seria de fato invasivo e desrespeitoso. Sem ter uma finalidade, o interrogatório sobre a sexualidade, sem ter qualquer relação com a

prática ou com o aprimoramento do cuidado, se torna apenas um exercício de poder (Gergen, 1997).

### **HIV e IST como estigmas e preconceitos enraizados**

*“Vejo que as mulheres bissexuais geralmente buscam serviços relacionados à saúde ginecológica, como controle do HPV, aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis e coletas de preventivo. Não noto diferenças significativas entre as buscas por serviços feitas por mulheres heterossexuais e mulheres lésbicas ou bissexuais.”*

Enfermeira 1

*Eu não encontrei casais homoafetivos, mas eu sei que é normal, geralmente, nas outras micro-áreas, a gente encontrar esse tipo de coisa, mas, por exemplo, na minha micro-área, eu tenho uma paciente que ela é soropositiva, por assim dizer.*

Agente Comunitária de saúde 3

Outra dificuldade evidente nos discursos produzidos pelas trabalhadoras são fortes estigmas relacionados ao HIV e outras IST, nos sentidos associados a prestação de cuidados a mulheres bissexuais. Mesmo essa associação sendo muito mais evidente entre homens gays e pessoas transsexuais; mulheres bissexuais, quando lembradas pelas trabalhadoras, parecem ser incluídas no funil associativo de IST juntamente com outras identidades conhecidas como “de risco”.

Ao ser questionada sobre as necessidades e demandas de mulheres bissexuais, a enfermeira aciona de forma quase automática o sentido de cuidado voltado para infecções sexualmente transmissíveis. Associar a sexualidade, especificamente a relação sexual, à ideia de risco constrói um imaginário social que posiciona essas mulheres como sujeitos de práticas sexuais desmedidas e inconsequentes. Quanto a agente comunitária, sua associação foi ainda mais longe, ao ser questionada, para não se sentir completamente desinteirada sobre a temática, lembrou uma paciente soropositiva em sua microárea. A trabalhadora afirma, que a paciente em questão era heterossexual, mas o que pareceu fazer sentido em sua colocação foi “uma

necessidade em comum” com a o população, não exatamente de mulheres lés/bi, mas referente a comunidade LGBTI como um todo.

Esse enquadramento está ancorado em um regime de inteligibilidade sexual que, como aponta Butler (2003), opera por meio de normas que classificam e hierarquizam identidades, tornando a bissexualidade inteligível apenas na chave da promiscuidade ou da indefinição. Embora as ist ainda representem um agravo relevante nessa população, a associação imediata entre bissexualidade e risco contribui para uma resposta institucional limitada e previsível, centrada na testagem rápida e no aconselhamento, ações que, embora importantes, não foram concebidas especificamente para atender às singularidades dessa população.

Essa lógica de resposta protocolar naturaliza a ideia de que o cuidado às mulheres bissexuais se esgota na prevenção de IST, eclipsando um conjunto mais amplo de necessidades relacionadas à saúde mental, ao planejamento familiar, ao enfrentamento da violência e ao acesso a tecnologias de cuidado adequadas. A invisibilidade dessas demandas decorre da própria estrutura normativa dos serviços, que se orienta por uma lógica universalista, mas que frequentemente falha em reconhecer desigualdades concretas.

Ainda que a enfermeira acione o discurso da igualdade, “todas as mulheres estão sujeitas às ist”, essa suposta universalidade ignora as especificidades da experiência bissexual, contribuindo para o que Rich (2010) e Witing (1995) define como apagamento lésbico e bissexual; em contrapartida, o especificismo das necessidades encontradas somente nomeiam essas identidades ao passo que também sinalizam estigmas, caracterizando a forma como a identidade e a sexualidade bissexual inscreve-se na produção das realidades discursivas, e no campo da saúde.

### **Limitações técnicas e inseguranças.**

*“Camisinha. Boa pergunta. Essa não é uma questão que a gente costuma abordar. Eu já abordei no teste rápido, que é onde elas falam. Apesar de ter preservativo feminino, ele é mais voltado para a relação hétero da mulher. Mas não entre mulheres. Realmente não tem. É bem difícil porque se chegasse uma usuária lésbica e falasse, olha, enfermeira, eu faço o sexo oral sem preservativo. O que eu posso contrair? Como é a situação? Preciso fazer preventivo? Eu não me sinto segura para responder essas perguntas, porque eu não saberia também orientar muito bem. Eu sei que já ouvi casal dizer que usa*

*aquele plástico de cozinha. Que é tipo insulfilme, são umas gambiarras que aparecem. Mas eu acho que não é a maioria. Eu acho que a maioria acaba não fazendo uso. Eu acho que tem mulheres, de repente, que podem até achar que não vai contrair nada.”*

Enfermeira 4

Ao ser questionada sobre ser solicitada para dar orientação ou educação sexual a mulheres lés/bi, vários sentidos são acionados. O primeiro, rememora a ideia de que educação e orientação sexual advém da necessidade essencial de métodos de barreira. A camisinha, maior aliada da saúde sexual heterossexual ou homossexual penetrativa, perde seu lugar no sexo entre mulheres. Ao submergir seu maior referencial, a enfermeira se vê “desorientada” para orientar suas pacientes. O segundo sentido, emerge da ideia de que a trabalhadora já passou por uma experiência relacionada ao cuidado de mulheres lés/bi em seu consultório, de modo que, métodos de barreira improvisados, fazem parte de seus discursos, entretanto, ainda permeado por inseguranças e desconfiança quanto a sua capacidade de dar a essas mulheres um cuidado efetivo.

A narrativa evidencia como a ausência de métodos específicos para a prevenção de IST entre mulheres leva as chamadas “gambiarras” revelando tanto a criatividade das usuárias quanto as falhas estruturais do sistema de saúde. Em meio à escassez de recursos apropriados, a circulação desses métodos aparece como uma resposta informal à negligência institucional, apontando para uma resistência criativa diante do apagamento. A camisinha feminina, embora tecnicamente disponível, é muitas vezes considerada ineficaz ou inadequada para o sexo entre mulheres, o que ilustra a distância entre as políticas de saúde e as realidades vividas (Azevedo et al., 2024; Mendes et al., 2023).

A insegurança para orientar sobre prevenção de IST nesse contexto, dispõe a enfermeira, simultaneamente como alguém disposta a transformar-se, já que, aprendendo com as usuárias que atende, se implica e percebe modos alternativos de cuidado, mesmo, sendo também, uma sujeita atravessada por limitações institucionais e normativas (Gergen, 2010). A falta de abordagem sobre o sexo entre mulheres e seus modos de prevenção contribui para a produção de sentidos que desvalorizam essas práticas, posicionando-as fora da “norma” de cuidado. Sua fala reflete então, não apenas a lacuna formativa, mas também os efeitos do apagamento simbólico das relações entre mulheres, que, são sistematicamente desconsideradas dentro de um regime de heterossexualidade compulsória, tratando suas relações como “não sexuais” ou “irrelevantes” (Butler, 2011; Rich, 2010).

Nesse cenário, os múltiplos silêncios da instituição reforçam o ciclo de desinformação: Se não há questionamento da sexualidade, não há demanda visível; e se não há demanda, não há necessidade de orientação, persistindo a ideia de que não há necessidade de ação ou preparo específico. A narrativa, portanto, não apenas denuncia um despreparo técnico, mas evidencia o modo como a exclusão da sexualidade entre mulheres é sustentada por discursos profissionais, políticas públicas e saberes biomédicos que seguem ancorados na matriz heterossexual como referência única de risco e cuidado (Guimarães; Lorenzo; Mendonça, 2021; Silva; Brabo, 2020).

A insegurança relatada por profissionais da saúde diante das práticas sexuais entre mulheres, especialmente no que se refere à prevenção de IST e à realização do exame preventivo em contextos que escapam à normatividade genitalizada e centrada na penetração é uma queixa relatada comumente na literatura (Alves; Moreira; Prado, 2020; Azevedo et al., 2024; Costa-Val et al., 2022; Pereira; Nasser; Chioro, 2022; Rodrigues; Falcão, 2021). Essa lacuna evidencia como os protocolos vigentes seguem orientados por um pensamento heterossexual (Wittig, 2014) que define o que é inteligível como “sexo” e, por consequência, como “risco”. A inexistência de tecnologias adequadas, como barreiras de proteção desenvolvidas especificamente para mulheres que fazem sexo com mulheres, contribui para o sentimento de despreparo e reforça a ideia de que essas práticas estão fora do escopo do cuidado em saúde.

Nesse cenário, a formação e sensibilização profissional surge como um dos principais atravessamentos no cuidado a dissidências sexuais e de gênero (Facchini; França, 2020; Ferreira; Bonan, 2021; Silva; Gomes, 2021). A maioria das entrevistadas relatou nunca ter discutido a diversidade sexual durante a graduação ou em capacitações ofertadas pelas redes públicas de saúde, o que confirma que os saberes sobre sexualidade continuam sendo mediados por silêncios curriculares e lacunas pedagógicas. O pouco conhecimento disponível é construído por meio de experiências pessoais ou interesses individuais, o que resulta em práticas assistenciais marcadas pela insegurança, improviso e desigualdade no cuidado ofertado.

#### **4.3 "Soa como um mundo novo": Desafios formativos e sociopolíticos na atenção à saúde lésbica e bissexual.**

É muito importante a gente fazer uma especialização. Tudo começa por aí. A gente sai da faculdade sem conhecer esse mundo. Aqui tem médico e enfermeiro da família, mas ainda há muito o que melhorar. Eu

mesma, se chegasse uma usuária lésbica, não saberia orientar muito bem. Capacitação a gente tem, sempre tem atualização aqui. Mas algo específico mesmo, só sobre sexualidade, gênero, saúde LGBT, humanização, isso não. Já teve conteúdo incluído nas formações, sim, mas nunca algo dedicado só a isso. Esse ano, por exemplo, fizemos um curso sobre PrEP, PEP, mandala de prevenção..., mas muita gente ainda não entende. Tinham dúvidas simples, como o que é cis, o que é trans, o que é isso, o que é aquilo. Não era claro para muita gente. Acho que eu acabei tendo um pouco mais de contato por ter estagiado, por ter conhecido pessoas LGBTI. Isso fez diferença. Mas para muita gente, tudo isso ainda parece um mundo novo. Um mundo que não conhecem, com o qual não convivem.

Narrativa polifônica, Estratégia saúde da família.

Ao escutarmos as narrativas das trabalhadoras da Atenção Básica, tornou-se evidente que suas práticas de cuidado não são produzidas apenas por protocolos clínicos ou diretrizes institucionais, mas também atravessadas por suas trajetórias formativas e por experiências sociopolíticas acumuladas ao longo da vida. Por experiências sociopolíticas compreendemos os modos como sujeitos se inserem e se afetam pelas dinâmicas sociais, históricas e culturais que estruturam suas visões de mundo, incluindo vínculos com movimentos sociais, vivências comunitárias, experiências de discriminação ou empatia, e modos de engajamento com discussões sobre direitos humanos (Costa-Val et al., 2022; Pinto et al., 2025; Spink, 2010).

Esses elementos, muitas vezes invisíveis nos currículos formais, conformam repertórios simbólicos e afetivos que influenciam diretamente as relações de cuidado. A forma como as trabalhadoras percebem e se relacionam com as sexualidades dissidentes, por exemplo, frequentemente não se origina de uma formação técnica, mas sim, de vivências cotidianas, trajetórias pessoais e valores morais partilhados no território onde atuam (Paranhos; Willerding; Lapolli, 2021; Pinto et al., 2025; Spink, 2010)

Entretanto, para falar de formação, reiteramos o *status quo* da concepção profissional e técnica dos variados grupo de trabalhadoras pertencentes ao SUS. Há uma vasta literatura nacional e internacional que acusa a defasagem técnica e assistencial alusiva as temáticas de gênero e sexualidade presentes nas grades curriculares, assim como a falta de conhecimento

por parte das trabalhadoras quanto às políticas vigentes para a população LGBT de forma geral. (Bezerra et al., 2020; Carvalho; Calderaro; Souza, 2013; Pereira; Nasser; Chioro, 2022)

Desde o início dos anos 2000, pesquisadores como Lionço, Facchini e Barbosa defendem a inclusão de discussões sobre orientação sexual e identidade de gênero nos currículos de formação profissional em saúde, bem como atualizações constantes por meio de processos de implementação e ampliação da Educação continuada (EC) e de Educação Permanente em Saúde (EPS) nas práticas de trabalho no SUS (Barbosa; Facchini, 2009). A falta de conhecimento de trabalhadoras sobre práticas sexuais entre mulheres lés/bi, ressalta a importância de se investir em treinamento, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitude em populações LGBTI já que para além de (in)formações técnicas específicas sobre a saúde de sexualidades dissidentes, se faz necessário também discutir e sensibilizar nossas trabalhadoras do SUS, quanto as lacunas éticas e morais presentes em suas práticas de cuidado, para assim garantir uma assistência integral, equalitária e humanizada.

Mesmo a sexualidade sendo parte inerente ao desenvolvimento humano, percebemos, logicamente, que a heteronormatividade também se faz presente nos modos de ensinar e treinar profissionais para o cuidado. A maioria dos cursos de graduação permanecem não oferecendo conteúdos que garantam visibilidade e reconhecimento pleno das sexualidades dissidentes (Facchini, 2009; Butler, 2019).

Ao retomarmos a emblemática fala da enfermeira, marcada por incertezas e hesitações diante do tema, situamos a presente discussão a partir de um contexto que ainda carece de investimentos elementares, evidenciando o despreparo para lidar com demandas específicas dessa população. Ainda que, como aprofundaremos mais adiante, este não seja o único entrave ao cuidado ou mesmo ao acesso em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

*“É bem difícil porque se chegasse uma usuária lésbica e falasse, olha, enfermeira, eu faço o sexo oral sem preservativo. O que eu posso contrair? Como é a situação? Preciso fazer preventivo? Eu não me sinto segura para responder essas perguntas, porque eu não saberia também orientar muito bem.”*

Enfermeira 4

A maioria das trabalhadoras entrevistadas afirmou que não teve contato com a temática da saúde de pessoas LGBTI em sua formação inicial ou ainda em capacitações ou

especializações. Debates sobre sexualidade, gênero e direitos humanos raramente são tratados de maneira estruturada, crítica e situada em salas de aula, mesmo em instituições de nível superior e de saúde. Essa ausência curricular, somada à fragilidade de processos de educação permanente em sexualidade e diversidade, tende a produzir um cuidado marcado pela insegurança, pelo silêncio e pela reprodução de heteronormatividades (Facchini, 2009; Rich, 1980; Butler, 2019).

*Se o médico não teve a oportunidade de rodar num ambulatório da vida, e não é o mundo no qual ele viva, no aspecto pessoal dele, é como se fosse um mundo à parte.*

Médica 3

Exceções são relatadas nas narrativas, mas para aquelas trabalhadoras que não tiveram contato com debates sobre diversidade sexual ou com vivências que tensionassem a normatividade, o universo das sexualidades dissidentes continua sendo percebido como um “mundo à parte”. Essa expressão, repetida por mais de uma narradora, não apenas ilustra um sentimento de estranhamento, mas denuncia uma estrutura de ausências múltiplas, individuais e institucionais, é a manifestação desse abismo entre as necessidades reais das usuárias e o que é oferecido. A criação desses mundos: o “cuidado geral” e o “cuidado LGBTI” contribui para os sentidos de “exceções”, o que “foge da rotina”, quando na verdade são partes constituintes da diversidade humana e deveriam estar integradas ao cotidiano das práticas em saúde (Pinto et al., 2025; Rocha et al., 2022; Silva; Brabo, 2020).

*“É muito importante a gente fazer uma especialização. Tudo começa pela especialização. Porque a gente sai da faculdade, a gente não conhece esse mundo”.*

Enfermeira 3

O discurso de várias trabalhadoras, ao falar sobre especialização e capacitação, está ancorado em valores que estruturam a formação e a prática em saúde no Brasil, especialmente no contexto da Atenção Primária. É perceptível a valorização que a enfermeira dá a especialização como recurso legitimador do saber profissional, salientando a percepção de que

a formação acadêmica inicial não contempla adequadamente a complexidade da Estratégia Saúde da Família.

Como proposta para preencher essa lacuna advinda da formação, um dos eixos estratégicos do plano operativo da PNSI-LGBT, no período 2012-2015, constituiu em Educação Permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT, objetivando “incluir os temas orientação sexual e identidade de gênero nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social” (Brasil, 2013a, p. 28). Entretanto, mesmo após 10 anos do ponta-pé dessa iniciativa, observamos poucos registros do debate sobre essa temática nos planos de capacitação e/ou constructos práticos do trabalho.

*“Sempre tem atualização/capacitação aqui, mas, específico voltado à sexualidade, à gênero, à saúde do LGBT, à humanização, só pra isso... não! mas incluso sim, já teve.”*

Enfermeira 2

*“Eu tive capacitação, mas eu já sou médico de família, né? Eu tenho residência. O município ofereceu, acho que o HumanizaSUS, mas de resto eu não lembro de nenhum tema relacionado a isso (políticas LGBTI/mulheres lés/bi).”*

Médico 1

*“A gente fez o curso em abril desse ano, capacitação, PrEP, PEP, todos eles a gente fez. Na mandala de prevenção e é política agora, né? [...], mas eu acredito que há muito ainda a ser melhorado. A gente tem que melhorar.”*

Enfermeira 3

*Tive várias capacitações olha, mas política LGBT, eu não me lembro direito. Mas, sobre a questão da saúde da família, sim.*

Agente comunitária de saúde 3

As falas identificaram a capacitação em Profilaxia Pré e pós exposição ao HIV (PrEP e PEP) como a formação que “mais entrava no tema” da sexualidade e identidade de gênero, e, portanto, compreendida como uma capacitação pertinente a essa população. Essa menção reforça tanto a percepção de que saúde LGBT segue sendo tratada como um conteúdo acessório, e não como parte constitutiva da formação contínua em saúde, quanto ao seu lugar articulado e reconhecido apenas nas lógicas de prevenção e tratamento a ist (Ferreira; Nascimento, 2022; Rocha et al., 2022; Tesser Junior et al., 2024).

A baixa prioridade atribuída à temática de diversidades sexuais também pode ser reconhecida nos processos de capacitação continuada. Essa ausência esteve imersa em um contexto sociocultural mais amplo, no qual as demandas de populações vulnerabilizadas raramente foram reconhecidas como centrais nas políticas de formação em saúde. A dificuldade das trabalhadoras em rememorar capacitações voltadas à população LGBT ou ainda, especificamente para mulheres lésbicas e bissexuais, evidencia o lugar marginal que esses temas ocupam, tanto por lacunas estruturais nas ofertas formativas quanto por desinteresse ou resistência individual (Bezerra et al., 2020; Ferreira; Nascimento, 2022; Mello; Avelar; Maroja, 2012; Sousa Júnior; Mendes, 2021).

Embora algumas iniciativas como cursos referentes a Política de Humanização (Brasil, 2004), Política Nacional de Atenção Básica (2017, 2011<sup>a</sup>, 2006) e outros cursos pontuais tenham sido mencionadas, sua eficácia mostrou-se insuficiente para as trabalhadoras quando questionadas sobre a relevância dessas capacitações no treinamento e aperfeiçoamento do cuidado a mulheres lésbicas e bissexuais; talvez frente à superficialidade com que abordavam gênero e sexualidade, ou ainda, devido ao fato, do combate à discriminação e preconceitos nos serviços de saúde, mencionado nas duas grandes políticas citadas, serem apresentadas mais como resposta à pressão institucional do que como dispositivos efetivos de transformação das práticas (Bezerra et al., 2020, 2020; Ferreira; Nascimento, 2022).

Em muitas formações oferecidas por secretarias de saúde, a sexualidade dissidente é abordada apenas de forma biomédica, limitada à prevenção de ist, categorizados como os grupos considerados de risco, com homens que fazem sexo com homens e pessoas trans sendo as prioridades, e deixando mulheres lésbicas e bissexuais à margem das estratégias de cuidado, ou como já pontuamos, assimiladas nas linhas de cuidado pensadas para mulheres heterossexuais (Carvalho; Calderaro; Souza, 2013; Costa-Val et al., 2022; Miskolci et al., 2022; Popadiuk; Oliveira; Signorelli, 2017)

*“A saúde da mulher é voltada, geralmente mesmo, por um preventivo, para a coleta, a gente trabalha muito em cima da prevenção do câncer de colo de útero. Então assim, a gente trabalha muito, sempre tem capacitação, mas não teve esse tipo de, assim, direcionada, né, foi geral.”*

Enfermeira 1

*“Durante esse tempo eu já participei de várias capacitações, mas nada sobre esse tema específico (saúde LGBT). E política de lésbica, alguma coisa, Não. Eu nunca ouvi falar.”*

Médica 2

É reconhecível, no relato, múltiplas lacunas no cuidado a mulheres lésbicas e bissexuais, desde a invisibilidade de suas demandas até a ausência de capacitações institucionais robustas. Em Manaus, estudos semelhantes apontam que os serviços de saúde muitas vezes não reconhecem as especificidades das mulheres lés/bi, tampouco incorporam a PNSI-LGBT nas rotinas das UBS (Azevedo et al., 2024). A desconexão entre as políticas públicas e as práticas do cotidiano reforça a percepção das profissionais de que a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais segue sendo tratada como um “mundo à parte”. Ainda que políticas como a PNSI-LGBT (Brasil, 2009) e a PNSM (Brasil, 2011) e mais recentemente a criação da Política Municipal de Saúde Integral LGBT em Manaus (SEMSA Manaus, 2025) sinalizem avanços no papel do Estado, sua tradução no cotidiano das unidades de saúde ainda é frágil.

Essa carência formativa atravessa diferentes categorias profissionais: agentes comunitárias de saúde, técnicas de enfermagem e assistentes sociais relatam pouca ou nenhuma formação específica; entre médicas e enfermeiras, onde práticas sexuais são debatidas mais abertamente dentro dos consultórios, mesmo valendo-se de pós-graduações ou capacitações envolvendo ginecologia; dissidências sexuais foram poucas vezes incluídas nas formas de cuidar ou mesmo citadas. Esse cenário contribui para a reprodução das lacunas assistenciais e insegurança técnica, assim como corrobora para a baixa apropriação das políticas públicas voltadas a essa população (Bezerra et al., 2020; Ferreira; Nascimento, 2022; Mello; Avelar; Maroja, 2012; Sousa Júnior; Mendes, 2021).

É marcante como muitas trabalhadoras, principalmente as com maior tempo de atuação, chegam e se mantêm nos serviços, sem qualquer contato prévio com demandas específicas da

população LGBTI, muito menos referente a cuidados de mulheres lés/bi. A dificuldade em reconhecer a legitimidade das demandas de mulheres lésbicas e bissexuais se torna, como vimos é um efeito direto dessa distância. Conforme argumenta Rich (2010), a ignorância sobre corpos dissidentes não é fruto apenas da desinformação, mas de um projeto político-pedagógico que escolhe não ver, não nomear, não incluir. Assim, a baixa apropriação das políticas públicas voltadas à saúde da população LGBTI, como a PNSI LGBT (Brasil, 2009), não pode ser entendida como simples falha técnica, mas como manifestação de desigualdades epistêmicas e políticas enraizadas (Rich, 2010).

*Tanto é que quando eu fiz a multiplicação do treinamento de PrEP, muita gente queria saber o que é cis, o que é isso, o que é aquilo ou outro. Então, tipo, foi quase como se eu tivesse que explicar um troço que, tipo, pra mim era algo entendível, mas pra quem, mesmo sendo da área da saúde, não era entendível.*

Médica 3

A capacitação de PrEP e PEP, esteve presente na narrativa de várias trabalhadoras como um momento de várias inquietações. Para evitar que vários profissionais se deslocassem da unidade de saúde ou que a capacitação comprometesse o fluxo de atendimento padrão, uma dupla constituída por uma médica e uma enfermeira, foram enviadas ao distrito de saúde da zona norte (DISA Norte) para treinamento e multiplicação dos conhecimentos ministrados pela prefeitura para o restante das equipes da unidade, em futuros momentos oportunos.

No entanto, o esforço de ampliar o acesso ao conhecimento técnico acabou por escancarar barreiras estruturais persistentes. Em vez de consolidar estratégias preventivas, essas formações tornam-se, paradoxalmente, espaços para introdução e debates de conceitos básicos, como a definição de "cisgênero", "homem trans", "Mulher trans", que em teoria, deveriam integrar o repertório mínimo de qualquer profissional de saúde. Mas o que se encontrou, foi na verdade um vazio de identidades e negação de nomes, sujeitas e diferenças, ilustrando o abismo entre políticas e práticas, além de reforço a ideia de que a diversidade sexual e de gênero ainda é percebida como um "tema à parte", distante, abjeta da centralidade do cuidado e que há certa naturalização deste não saber (Butler, 2019).

Diante desse cenário, ao adotarmos uma perspectiva propositiva, é possível compreender a ampliação da oferta de PrEP e PEP, bem como a capacitação e o treinamento das trabalhadoras para sua implementação, como uma porta de entrada para discussões mais amplas sobre sexualidade no âmbito da atenção básica. Essa iniciativa, já incorporada ao SUS,

conta com instrumentos técnicos específicos, como o Guia PrEP na APS e o Guia Pop Trans: foco em PrEP e PEP para pessoas trans, travestis e não binárias, ambos lançados em 2024, elaborados para apoiar profissionais na condução de abordagens adequadas e sensíveis. Embora o foco restrito em IST/HIV possa reforçar estereótipos negativos sobre sexualidades queer, LGBTI ou de mulheres lésbicas e bissexuais, associando-as a risco e patologia, os materiais educativos utilizados nos processos de educação permanente têm buscado adotar linguagens e perspectivas que reduzam barreiras subjetivas e aproximem as minorias sexuais dos serviços de saúde (Brasil, 2024a; Brasil 2024b).

Por outro lado, é importante citar, que ao dar ênfase na frase “não parecia entendível” a médica aciona um segundo sentido, indo além das lacunas técnicas. De forma mais ou menos clara, várias trabalhadoras relatam o mesmo, observar em colegas de profissão uma certa resistência pessoal em assimilar conceitos relacionados as dissidências sexuais e de gênero. Dando a entender que muitas vezes, um cuidado mais assertivo para mulheres lésbicas ou pessoas LGBTI no geral, são embargados por preconceitos velados.

*“Esse negócio de religião também pesa muito, né, na vida do profissional, ele tem aquela religião dele, que ele não pode abrir mão...daqueles princípios, conceitos... a política LGBTI é uma coisa nova, né? As pessoas não estão capacitadas ainda.”*

Enfermeira 3

Vem à tona o conflito entre valores pessoais, como a religião, e as exigências ético-políticas das práticas de cuidado orientadas pelas diretrizes do SUS, que visam à equidade, ao reconhecimento da diversidade e à promoção dos direitos humanos. Ao afirmar que “isso pesa muito”, refere-se à tensão entre suas crenças e o compromisso profissional de acolher, essa afirmação revela como o cuidado em saúde não é isento de influências subjetivas por mais tecnicista que queira se portar, é também atravessado por moralidades, afetos, preconceitos e experiências particulares, o que torna o campo da saúde um espaço de disputa simbólica e ética (Contatore; Malfitano; Barros, 2018; Franco; Hubner, 2020).

Valores morais conservadores e religiosos contrastaram-se no discurso da enfermeira com a política LGBTI, que é “coisa nova”, seguido então, pela verbalização da necessidade de capacitação. O acionamento da ausência de alguma formação especializada parece então, ser de certa forma, responsabilizado para esclarecer o porquê ainda existe preconceito nos serviços,

mesmo quando se sabe, que a raiz de determinados problemas estão além das dificuldades técnicas assistenciais, afinal estar sensível aos sofrimentos diversos que uma mulher bissexual ou uma lésbica apresenta ao chegar no serviço de saúde não requer capacitação técnica especializada, apenas escuta e humanização no seu atendimento (Alves; Moreira; Prado, 2020; Azevedo et al., 2024; Silva; Gomes, 2021).

O que se evidencia, portanto, é que a ausência de uma formação específica não explica, por si só, as dificuldades no cuidado à população LGBT. Já existem políticas públicas que orientam as práticas profissionais no sentido de integrar essa população às ações rotineiras da Atenção Básica, as quais, se devidamente aplicadas, como as políticas de humanização, política da atenção básica, assim como a política de saúde da mulher, poderiam contemplar grande parte de suas demandas (Brasil, 2009; Brasil, 2011).

As “novas necessidades”, o “mundo novo” e a voz coletiva que pede por contínuos processos de capacitação muitas vezes, carregam sentidos de omissão: não me foi apresentado então nada pode ser feito. Podendo ser interpretadas como barreiras criadas pelas próprias trabalhadoras para eximirem-se das responsabilidades, ofuscando e desconsiderando o papel de protagonismo das próprias trabalhadoras de iniciar discussões, problematizar a dificuldade de operacionalização da Política, propor discussões coletivas sobre este tema, buscando recursos disponíveis, como textos, cartilhas etc., para sanar as lacunas identificadas e problematizadas. A integração de populações historicamente marginalizadas ao campo da saúde, portanto, não depende apenas da existência de políticas públicas, mas de um processo contínuo de deslocamento ético, político e afetivo por parte das trabalhadoras (Ayres, 2004; Rosa; Silva, 2020).

Dessa forma, como potencial, emergem as experiências sociopolíticas como: vínculos afetivos com pessoas LGBTI, participação em espaços de controle social, atuação em movimentos comunitários ou aproximação com práticas de cuidado hegemônicas ou não. Tais experiências ampliam o horizonte de compreensão das trabalhadoras, assim como, tensionam o cuidado instituído, abrindo brechas para práticas mais sensíveis às dissidências sexuais e às desigualdades de gênero (Ayres, 2004; Mattioni et al., 2022).

*“Eu acredito até que talvez eu tenha um pouco mais de conhecimento, porque eu tive o benefício de estagiar com a doutora Dária. então eu acredito que talvez essa coisa de já de entender que existe, né? talvez tenha vindo daí.”*

Ao mencionar seu internato com a Doutora Dária<sup>2</sup> e sua experiência no ambulatório de Diversidade Sexual e Gênero da Policlínica Codajás, assim com e em outros projetos situados zona leste, a médica constrói uma narrativa de aprendizado e conscientização gradual, que contribuiu para moldar sua abordagem mais inclusiva, embora a experiência também se caracterize como uma experiência de formação formal, associado ao seu tempo de graduação, o que parece ter marcado a trabalhadora foram as sociabilidades e conexões com as usuárias, indo além de quaisquer treinamento formal relativo ao nível secundário da atenção ambulatorial. Em sua narrativa não houve menção somente a terapia hormonal, aos protocolos e referenciamento de cuidados, mas sim, uma densidade política, de visibilidade de corpos e sujeitas, experiências que, segundo ela, ampliaram sua percepção sobre o cuidado com a diversidade.

A partir dessas vivências, ela constrói um saber situado que não apenas informa, mas transforma sua prática. Isso mostra que a formação profissional, longe de ser um processo técnico e neutro, é um campo de disputa e subjetivação onde diferentes valores, afetos e políticas se entrelaçam (Ferreira; Bonan, 2021; Franco; Hubner, 2020). Em seu relato, a médica afirma que passou a considerar e refletir sobre especificidades da população LGBTI após sua experiência de aproximação no referido estágio, passando então, a frequentar e participar de simpósios e projetos voltados à saúde da mulher, planejamento reprodutivo e PrEP e outras capacitações sobre sexualidades dissidentes.

Entretanto, é preciso considerar que a forma como essas tensões se manifesta não é homogênea. Vivências individuais, sejam positivas ou negativas, influenciam diretamente a escuta, o acolhimento e a abertura dos profissionais a essas demandas. Trabalhadoras que convivem com pessoas LGBTI em seus círculos familiares, sociais ou de amizade, ou que tiveram experiências formativas marcadas por escuta qualificada, contato com movimentos sociais ou participação em projetos comunitários, tendem a demonstrar maior sensibilidade e disponibilidade para acolher essas questões. Nesses casos, as experiências de vida atuam como dispositivos formativos informais que ampliam a empatia e a compreensão frente à diversidade (Ferreira; Bonan, 2021; Pereira; Nasser; Chioro, 2022).

---

<sup>2</sup> Durante o trabalho de campo desta pesquisa, algumas trabalhadoras recordaram, com gratidão, a influência potente da Dra. Dária as suas práticas de cuidado, pautando vivências acadêmicas e estágios que as moldaram positivamente enquanto ao cuidado a mulheres lésbicas, bissexuais e à população LGBTI+. Entretanto em abril de 2025, pouco antes da conclusão desta dissertação, o Amazonas perde essa profissional notável, vítima de um AVC. Reconhecida por sua dedicação incansável à defesa dos direitos da comunidade LGBTI+ na saúde pública, esteve à frente do Ambulatório de Diversidade e Gênero da Policlínica Codajás, deixando um legado de compromisso, inclusão e humanidade que segue vivo nas práticas e memórias de quem com ela caminhou. Em memória de Dr. Dária, cuja trajetória entrelaçou ciência, cuidado e coragem.

Por outro lado, profissionais cujas trajetórias foram marcadas por contextos conservadores, com pouca ou nenhuma convivência com populações diversas, podem expressar maior resistência, insegurança ou mesmo recusa diante dessas demandas. A escuta, nesses casos, é atravessada por julgamentos morais que comprometem a qualidade do cuidado, ainda que o discurso institucional reforce o compromisso com a equidade. Isso evidencia que as práticas de cuidado são também práticas morais, e que os valores individuais, operam na mediação entre a política e o cotidiano da atenção (Costa-Val et al., 2022; Daher; Espírito Santo; Escudeiro, 2002; Fraga; Modena; Silva, 2024; Junqueira, 2005).

*“O que eu percebo, principalmente quando eu tô com os meus colegas homens, né? É que para eles, tudo isso é um mundo que “eu não conheço” com o qual “eu não convivo” e na minha esfera pessoal “eu não tenho interesse de pesquisar”, “nossa, eu não sabia que isso existia”, “eu não sabia que tinha essa possibilidade”.*

Médica 3

A fala explora como a trabalhadora percebe e atribui sentido às atitudes de seus colegas, especialmente homens, em relação a temas que envolvem sexualidade, diversidade e atenção à saúde. Ela se posiciona como alguém disputando sentidos no cotidiano institucional e se opondo a posturas normativas que desvalorizam ou invisibilizam populações dissidentes, valores que contrastam com a indiferença ou desconhecimento manifestos por seus colegas homens. Sua fala pressupõe que tais desigualdades de engajamento e sensibilidade não são meramente individuais, mas refletem dinâmicas estruturais de poder que atravessam a formação e o exercício profissional, e que influenciam na maior legitimidade a determinadas vozes, saberes e prioridades em detrimento de outras (Haraway, 1995; Scott, 1995).

O modo como a médica narradora interpreta o desinteresse de seus colegas médicos, associando à masculinidade, e não somente ao tecnicismo ou à falta de convivência com a diversidade, sugere uma hierarquia epistemológica de gênero, em que temas ligados ao cuidado, à empatia e à escuta são relegados a um plano secundário. Sobre essa perspectiva, Nel Noddings, discute sobre a ética do cuidado e aponta como as mulheres tendem a se posicionar diante dos dilemas morais a partir de situações concretas, assumindo responsabilidade pessoal por suas escolhas e orientando-se por uma atitude cuidadora, sustentada por lembranças, afetos e competências relacionais (Hort, 2024; Massoni; Pazetto, 2024).

Outras trajetórias, também se revelam em suas falas, construídas a partir do contato com temas de gênero e sexualidade fora dos ambientes acadêmicos tradicionais e imbricadas no campo das sociabilidades e afetos (Gergen; 1997, 2009). Posicionamentos como este, relativizam a centralidade da universidade e cursos de especialização como únicos espaços de produção de saber, assim como valorizam formas alternativas de aprendizado, muitas vezes mais afetivas, situadas, implicadas e ressignificadas (Vargas et al., 2007).

*Eu tenho interesse, entendeu? Então eu me importo de procurar, entendeu? Os meus canais favoritos são os do público LGBT. Então assim, geralmente os termos que eles falam eu procuro saber o que é, entendeu? se a gente se interessa em respeitar, a gente meio que abre um caminho de comunicação, entendeu?*

Médica 3

O relato evidencia que seu interesse em compreender melhor a população LGBTI surgiu em trocas cotidianas com amigos, colegas e canais de comunicação voltados à comunidade. Ela relata que seus canais favoritos de informação são aqueles voltados à população LGBTI, e que isso a ajuda a compreender termos, práticas e vulnerabilidades específicas, apontando não somente uma busca implicada por conhecimento, como também com a relevância social na construção desses saberes. Esse movimento, embora aparentemente simples, expressa uma abertura ética para se deslocar de um lugar de desconhecimento e desinteresse, comum entre muitos colegas, segundo a própria narradora (Gergen; 1997).

O cuidado integral e efetivo as mulheres lés/bi que adentraram aos consultórios da unidade, aqui, muitas vezes se apresentou fortalecido por um esforço individual de driblar a normatividade institucional, mas esse gesto também expõe o quanto a estrutura falha em garantir o direito ao cuidado equitativo, já que não se pode responsabilizar unicamente as trabalhadoras por tais mudanças. É preciso tensionar as instituições formadoras e gestoras da saúde pública para que deixem de tratar a diversidade como exceção e passem a reconhecê-la como parte constitutiva da vida (Costa-Val et al., 2022; Miskolci et al., 2022; Pereira; Nasser; Chioro, 2022; Silva; Gomes, 2021) .

De forma geral, as narrativas indicam que a apropriação das políticas de saúde integral da população LGBTI assim como o cuidado a mulheres lésbicas e bissexuais, ainda é frágil, desigual e dependente de trajetórias individuais. A ausência de abordagens estruturadas na formação inicial e na educação permanente contribui para a manutenção de práticas

assistenciais heteronormativas e para o despreparo técnico, ético e político das equipes, mas que não são as únicas responsáveis pela construção desse distanciamento, sutilmente indicando preconceitos velados, posicionamentos conservadores e desinteresse individual. As exceções, quando existem, são fruto de envolvimento pessoal, exposições ocasionais ou inserções em espaços de formação crítica, e não resultado de uma política institucionalizada e transversal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou compreender como trabalhadoras da atenção básica constroem sentidos sobre o cuidado de mulheres lésbicas e bissexuais, a partir de suas próprias narrativas. Ancorada no referencial do construcionismo social e na análise de narrativas, a investigação permitiu acessar as lógicas discursivas, morais e institucionais que atravessam as práticas assistenciais e sustentam a invisibilidade desta população no cotidiano dos serviços de saúde.

Logo de início, o que nos é revelado é o forte discurso da “não diferença”, ou ainda de seus sinônimos, valendo-se da suposta igualdade para acolher e cuidar das mulheres lés/bi que chegam nas portas da unidade. Essa igualdade vale-se de argumentos variados, indo desde a necessidade de não violentar ou tratar com discriminação mulheres lésbicas e bissexuais que circulam na unidade de saúde da família, até a negação de necessidades específicas ou demandas pontuais que chegam (ou não) nas lógicas do cuidado.

A usuária universal esperada e narrada pelas trabalhadoras, que se inscreve na cisgeneridade e na heterossexualidade, entretanto, pouco se assemelha com as múltiplas mulheres lésbicas e bissexuais que vão ao seu encontro no cotidiano das práticas. Como poderia então serem todas iguais? O encontro com as diferenças surge, mesmo ao tentar escondê-las em plena vista, e emerge tanto dentro quanto fora dos domínios da unidade de saúde.

Lésbicas e bissexuais são identificadas quando rompem o fluxo usual das estruturas de cuidado heteronormativas: quando se negam a receber os mesmos cuidados esperados e ofertados a mulheres heterossexuais; quando sentem medo durante procedimentos considerados “comuns” a toda mulher, como o caso dos exames ginecológicos; quando performam sua sexualidade, se tornando visíveis por meio de suas roupas e trejeitos; e por fim, quando formam famílias homoafetivas dentro da comunidade.

Outras das formas pelas quais essas mulheres são percebidas e visibilizadas, especialmente as bissexuais, envolve demarcações estigmatizantes, que reforçam uma imagem hiperssexualizada e caricata. Nesse contexto, o debate sobre IST/Aids ressurgiu nas narrativas como um modo de problematizar práticas sexuais e cuidados em saúde. A sala de testagem rápida, já integrada à rotina da unidade, é frequentemente mencionada como um espaço de cuidado voltado a essas mulheres, funcionando quase como uma ação específica pensada para atender suas necessidades, especialmente quando se trata do encaminhamento para consultas relacionadas à PrEP, uma novidade na aparelhagem de cuidados da unidade, que as

trabalhadoras compreendem e associam como uma via para cuidados específicos para a população LGBTI da comunidade.

O notar de suas presenças, não é um sinal efetivo de uma prestação de cuidado assertiva e condizente com suas práticas de vida. Sexualidades dissidentes, ou melhor, o cuidado às pessoas LGBTI+, de maneira geral, formulam um campo teórico-prático de apagamentos e interditos. A lógica homogeneizante é comum, e poucas trabalhadoras se sentem protagonistas e/ou responsáveis pela proposição de mudanças mais sensíveis e acolhedoras nos serviços. O cuidado à mulheres lés/bi não é negado de forma direta, mas opera em uma zona de silenciamento e suposição, onde a orientação sexual é presumida, omitida ou ainda, considerada irrelevante para a prestação do cuidado. Isso se expressa em diferentes momentos, como durante a ausência de perguntas diretas sobre sexualidade, omissão nas fichas e cadastro, na presunção de sua heterossexualidade, na pouca flexibilidade dos protocolos biomédicos, e na insegurança das trabalhadoras diante de demandas que escapam dos roteiros normativos de cuidado.

Os núcleos de sentido construídos: a. Percepções acerca das necessidades de saúde; b. Dificuldades técnico-assistenciais, morais e éticas na prestação da assistência e por fim, c. Desafios formativos e sociopolíticos na atenção à saúde lésbica e bissexual, visaram compreender as entrelinhas e os circuitos que se fazem presente na unidade estudada, construído desde os consultórios e corredores até os limites do território de abrangência da estratégia de saúde da família. Essa construção permitiu situar as diferentes categorias profissionais no contexto da oferta de uma assistência integral a essa população.

Observou-se, também, que as necessidades específicas de mulheres lésbicas e bissexuais, quando reconhecidas pelas trabalhadoras, costumam emergir sob a forma de surpresa, dúvida ou deslocamento ético. Entre essas fissuras, despontam possibilidades de reconfiguração no cuidado; no entanto, tais movimentos ainda dependem, em grande medida, da trajetória individual de cada profissional - e não de uma política institucional consolidada. A ausência de planos de cuidado voltados às demandas específicas desse grupo faz com que a lógica do cuidado integral, preconizada pelo SUS, raramente se concretize na experiência cotidiana da maioria dessas usuárias.

Quanto às dificuldades técnico-assistenciais relatadas pelas entrevistadas reforçam que a heteronormatividade continua operando como critério de inteligibilidade do cuidado, e que o despreparo técnico e simbólico das equipes está diretamente ligado à ausência de formação crítica em gênero e sexualidade. A dificuldade de vínculo também se faz presente nos relatos, já que falar ou perguntar sobre sexualidade é considerado um tabu. Em paralelo, as narrativas apontam que o julgamento moral ainda estrutura parte do olhar sobre mulheres que fogem às

normas de feminilidade, conjugalidade ou maternidade, como nos casos em que a sexualidade é lida com base na aparência, na condição social ou em rumores da comunidade.

Por fim, as trajetórias formativas, temática muito presente ao se falar de cuidado a sexualidades dissidentes, validam o que há na literatura, também se demonstraram frágeis, descontínuas e desiguais. A especialização/capacitação é trazida pelas trabalhadoras como uma solução para a pouca ou falta de assistência. A PNSI-LGBTI, embora citada pontualmente, não se mostrou apropriada como instrumento concreto de transformação da prática. Embora outras políticas se façam presente nos vocabulários das trabalhadoras, como: a política de humanização, política de saúde da mulher e ainda as diretrizes da atenção básica, pouco se faz relação com as necessidades de mulheres lés/bi, mesmo que, estas outras normativas, também discutam boas práticas de acesso. As exceções apareceram nos relatos de trabalhadoras que, por interesse pessoal, sensibilidade ética ou inserção em espaços formativos críticos, buscaram conhecer e reconhecer essas experiências. Isso demonstra que a existência da política, por si só, não garante sua implementação: é preciso transformar também os discursos, os saberes e as relações que produzem o cuidado.

Diante disso, esta pesquisa aponta que a escuta das trabalhadoras é um dispositivo potente para revelar os limites e as possibilidades do cuidado. Suas narrativas expressam tanto a reprodução de normas quanto os gestos de ruptura, dúvida e reinvenção. É no cotidiano da assistência, nos encontros com a diferença, que se pode promover deslocamentos, construir vínculos mais abertos e politizar o silêncio.

Reconheço, no entanto, como limitação deste estudo, o fato de não ter realizado uma análise comparativa entre as diferentes categorias profissionais entrevistadas, o que poderia ter aprofundado a compreensão sobre as especificidades de cada campo de atuação, e suas diferentes perspectivas dentro da estratégia de saúde da família. Além disso, percebi que, em diversas falas mobilizadas dentro do campo do estudo, as identidades lésbica e bissexual foram tratadas de forma aglutinada pelas trabalhadoras, o que evidencia um apagamento das experiências específicas de mulheres bissexuais. Questões como estas, apontam para a necessidade de pesquisas futuras que se dediquem, com mais profundidade, à escuta e ao reconhecimento das singularidades dessas vivências, principalmente dando fulgor as bissexualidades.

Concluo que o cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais ainda é atravessado por limites estruturais, simbólicos e formativos. Mas que há, também, evidências de possibilidades e mudança nas práticas profissionais, especialmente quando há abertura para o diálogo, a escuta e o reconhecimento da diversidade. Como contribuição, proponho que os

serviços de saúde incorporem a escuta como parte fundamental do cuidado, e que os processos de formação incluam, de forma contínua, debates sobre sexualidade, gênero e direitos humanos. Mais do que oferecer conteúdo sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, é preciso construir modos de cuidar que legitimem o que foi historicamente excluído e que garantam o direito de existir, amar e cuidar-se para todas as mulheres, inclusive aquelas que não se encaixam nas normas. Ampliar a formação, fortalecer as políticas públicas e transformar as relações que produzem o cuidado são caminhos possíveis e urgentes para a construção de um SUS verdadeiramente inclusivo.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Grayce Alencar. et al. Planejamento reprodutivo em casais homossexuais na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 21, n. 1, 17 dez. 2018.
- ALVES, Isabela Guimarães; MOREIRA, Lisandra Espíndola; PRADO, Marco Aurélio Máximo. Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: política, movimento e heteronormatividade. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 145–161, set. 2020.
- ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**/ Michael Angrosino; Tradução José Fonseca; consultoria, supervisão e revisão desta edição Bernardo Lewgoy. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2009. 138 p.
- ARAUJO, Carlos Romualdo de Carvalho e et al. Contribuição das Ligas Acadêmicas para Formação em Enfermagem. **Enferm. foco** (Brasília), p. 137–142, 2019b.
- ARAUJO, Luciane Marques de et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e34262–e34262, 21 maio 2019a.
- ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; TEIXEIRA, Carmen Fontes. “De técnico a profissional da saúde”: análise do processo de (re)construção da identidade profissional no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e210386, 11 mar. 2022.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, p. 73–92, fev. 2004.
- AZEVEDO, Cláudio Roberto Freire de; GOMES, Romeu. O uso da narrativa na educação permanente em Saúde: sentidos, êxitos e limites educacionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170957, 30 maio 2019.
- AZEVEDO, Gabriela Rith Beltrão de et al. Saúde sexual e acesso aos serviços para mulheres lésbicas em Manaus, Amazonas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e03512023, 13 maio 2024.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s291–s300, 2009.
- BASTOS, Liliana Cabral; BIAR, Liana de Andrade. Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. **DELTA: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, v. 31, p. 97–126, ago. 2015.
- BEZERRA, Marcos Vinicius da Rocha et al. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 305–323, 7 ago. 2020.
- BEZERRA, Thalia Albuquerque et al. Cuidados em saúde às mulheres homossexuais: discursos de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Mundo saúde (Impr.)**, p. e14572022–e14572022, 2023.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia para oferta de prevenção combinada ao HIV, com foco em PrEP e PEP, para pessoas trans, travestis e não binárias [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia para implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) oral à infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

Brasil. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 17 set.

Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, p. 561, 15 jan 1996

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática I. Ministério da Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6).

Brasil. Ministério da Saúde. Chegou a Hora de Cuidar da Saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais. Brasília, Distrito Federal, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. [1, 2, 3]

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. [1, 2, 3]

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004/2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica. 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 6).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 26)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da

- Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Relatório da Oficina Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais, realizada em Brasília, de 23 a 25 de abril de 2014. 113
- BROWN, Josefina Leonor et al. Atención ginecológica de lesbianas y bissexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 673–684, 26 set. 2014.
- BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.
- BUTLER, Judith. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. Tradução. Andreas Lieber. Belo Horizonte: Autêntica. 2019. 189 p
- BUTLER, Judith. **Corpos que importam: os limites discursivos do “sexo”**. São Paulo: N-1 edições, 2019.
- CABRAL, Kalline Trajano Feitoza et al. Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 13, n. 1, p. 79–85, 3 jan. 2019.
- CACERES, Billy. et al. A scoping review of sexual minority women’s health in Latin America and the Caribbean. **International journal of nursing studies**, v. 94, p. 85–97, jun. 2019.
- CAMPOS, Célia Maria Sivali; BATAIERO, Marcel Oliveira. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 605–618, dez. 2007.
- CARRARA, Sérgio. MORALIDADES, RACIONALIDADES E POLÍTICAS SEXUAIS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO. *Mana*, v. 21, p. 323–345, ago. 2015.
- CARVALHO, Cintia Sousa; CALDERARO, Fernanda; SOUZA, Solange Jobin e. O dispositivo “saúde de mulheres lésbicas”: (in)visibilidade e direitos. **Revista Psicologia Política**, v. 13, n. 26, p. 111–127, abr. 2013.
- CECCON, Roger Flores et al. **Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso**. Editora FIOCRUZ, 2022.
- CECÍLIO, Mariana Silva; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Produção científica sobre adoção por casais homossexuais no contexto brasileiro. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 18, p. 507–516, set. 2013.
- CHAPMAN, R. et al. A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 7–8, p. 1128–1135, abr. 2012.
- COLLINS, Patricia Hill. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.
- CONTATORE, Octávio Augusto; MALFITANO, Ana Paula Serrata; BARROS, Nelson Filice de. CUIDADOS EM SAÚDE: SOCIABILIDADES CUIDADORAS E

SUBJETIVIDADES EMANCIPADORAS. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, p. e177179, 14 nov. 2018.

COSTA-VAL, Alexandre. et al. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320207, 6 jul. 2022.

COSTA-VAL, Alexandre et al. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320207, 6 jul. 2022.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 514–524, jun. 2015.

CRESWELL, John. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens**. Porto Alegre: Penso, 2014.

CRUZ, Beatriz Fragoso; LIMA, Maria Lúcia Campos; CARNEIRO, Larissa Raiza Costa. Faces da bifobia dentro (e fora) da comunidade LGBTQIAP+: reflexões a partir de narrativas de pessoas bissexuais. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. e22207, 4 nov. 2022.

DAHER, Donizete Vago; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do; ESCUDEIRO, Cristina Lavoyer. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, p. 145–150, abr. 2002.

FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins. **Direitos em disputa: LGBTI+, poder e diferença no Brasil contemporâneo**. [S.l.]: Editora da Unicamp, 2020.

FALU, Nesselte. Vivência Negra: Black Lesbians Affective Experiences in Brazilian Gynecology. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 8, p. 695–709, 2019.

FERREIRA, Breno de Oliveira; NASCIMENTO, Marcos. Construction of LGBT health policies in Brazil: a historical perspective and contemporary challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3825–3834, out. 2022.

FERREIRA, Breno de Oliveira; BONAN, Claudia. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTB). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200327, 16 abr. 2021.

FERREIRA, Breno de Oliveira; NASCIMENTO, Marcos. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3825–3834, 16 set. 2022.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869–1878, jun. 2015.

FIGUEIREDO, Eurídice. Desfazendo o gênero: a teoria queer de Judith Butler. **Revista Criação & Crítica**, n. 20, p. 40–55, 20 abr. 2018.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996

FRAGA, Priscilla Victória Rodrigues; MODENA, Celina Maria; SILVA, Paloma Ferreira Coelho. Barreiras de acesso: uma análise a partir da percepção das trabalhadoras do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 48, p. e8963, 22 nov. 2024.

- FRANCO, Túlio Batista; HUBNER, Luiz Carlos Moreira. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde em Debate**, v. 43, p. 93–103, 10 jul. 2020.
- FREITAS, Gabriele Carvalho de; FLORES, Joyce Andrade das; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. “Necessidades de saúde”: reflexões acerca da (in)definição de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e200983, 17 dez. 2021.
- Gergen, Kenneth. & Gergen, Mary. (2010). **Construcionismo Social: um convite ao diálogo**. Tradução Gabriel Fairman. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- GERGEN, Kenneth J. **O eu saturado: dilemas da identidade num mundo pós-moderno**. Rio de Janeiro: Artmed, 2009.
- GERGEN, Kenneth. **Realities and relationships: soundings in social construction**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997.
- GOMES, R. Narratives of the Brazilian homosexual movement on the health of gays and lesbians. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 555–565, 2 fev. 2022.
- Governo do Estado do Amazonas. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM). BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas; maio de 2024. Disponível em:  
[https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim\\_n.05\\_Boletim\\_Epidemiol%C3%B3gico\\_da\\_Viol%C3%Aancia\\_Sexual\\_contra\\_Crian%C3%A7as\\_e\\_Ado\\_PuQgi0Y.pdf](https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_n.05_Boletim_Epidemiol%C3%B3gico_da_Viol%C3%Aancia_Sexual_contra_Crian%C3%A7as_e_Ado_PuQgi0Y.pdf)
- GREGG, Isabel. The Health Care Experiences of Lesbian Women Becoming Mothers. **Nursing for Women’s Health**, v. 22, n. 1, p. 40–50, 1 fev. 2018.
- GUIMARÃES, Rita de Cássia Passos; LORENZO, Claudio Fortes Garcia; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Sexualidade e estigma na saúde: uma análise da patologização da diversidade sexual nos discursos de profissionais da rede básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310128, 15 nov. 2021.
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 7–41, 1995.
- HINO, Paula et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1156–1167, dez. 2009.
- HORT, Evelayne. Rumo à universalização da ética do cuidado: uma perspectiva feminista com base nos conceitos de Nel Noddings. **Controvérsia (UNISINOS)** - ISSN 1808-5253, v. 20, n. 2, p. 45–60, 26 jul. 2024.
- JUNGES, José Roque et al. Construção e validação do instrumento “Inventário de problemas éticos na atenção primária em saúde”. **Revista Bioética**, v. 22, p. 309–317, ago. 2014.
- JUNQUEIRA, Maria de Fátima Pinheiro da Silva. Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 784–785, set. 2005.
- KERKER, Bonnie; MOSTASHARI, Farzad; THORPE, Lorna. Health Care Access and Utilization among Women Who Have Sex with Women: Sexual Behavior and Identity. **Journal of Urban Health**, v. 83, n. 5, p. 970–979, 1 set. 2006.
- LAPLANTINE, F. **A descrição etnográfica**. [tradução João Manuel Ribeiro Coelho e Sérgio Coelho]. São Paulo : Terceira Margem, 2004
- LEWIS, Elizabeth Sara. “NÃO É UMA FASE”: **CONSTRUÇÕES IDENTITÁRIAS EM NARRATIVAS DE ATIVISTAS LGBT QUE SE IDENTIFICAM COMO BISSEXUAIS** (dissertação de mestrado). 2012.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 18–37, set. 2018.

MARIANI, Fábio; MATTOS, Magda. CLANDININ, D. Jean; CONNELLY, F. Michael. Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa. Uberlândia: 2011. 250 p. **Revista de Educação Pública**, v. 21, n. 47, p. 663–667, 10 jul. 2012.

MASSONI, Neusa Teresinha; PAZETTO, Maurício Marçal Gonçalves. Por uma educação científica mais reflexiva e humanista: a contribuição da visão crítica da ciência de Sandra Harding. Voces y Silencios. **Revista Latinoamericana de Educación**, v. 15, n. 1, p. 160–182, 28 fev. 2024.

MATTIONI, Fernanda Carlise et al. Práticas de promoção da saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3273–3281, 22 jul. 2022.

MELLO, Luiz; AVELAR, Rezende Bruno de; MAROJA, Daniela. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Sociedade e Estado**, v. 27, p. 289–312, ago. 2012.

MENDES, Stéffane Costa et al. Ações dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde da mulher lésbica e bissexual. **Rev Rene (Online)**, p. e83147–e83147, 2023.

MILANEZ, Letícia de Sousa et al. Experiências de mulheres lésbicas e atitudes de profissionais de enfermagem nos serviços de saúde: Notas científicas. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 8, n. 2, p. 204–233, 1 jul. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1103–1112, abr. 2014.

MISKOLCI, Richard et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 3815–3824, 16 set. 2022.

MUYLAERT, Camila Junqueira. et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 184–189, dez. 2014.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158–164, set. 2013.

OLIVEIRA, Magali Gláucia Fávaro de; BUSSINGUER, Elda. Infertilidade: Sistema Único de Saúde e o direito fundamental ao planejamento familiar. **Revista Bioética**, v. 32, p. e3777PT, 13 jan. 2025.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. [S.l.]: Editora FIOCRUZ, 2009.

PARANHOS, William Roslindo; WILLERDING, Inara Antunes Vieira; LAPOLLI, Édis Mafra. Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200684, 17 maio 2021.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu, Online)**, p. e180279–e180279, 2019.

PEIXOTO, Myllena Ferreira et al. Hermeneutic comprehensions on female vulnerabilities belonging to the collective of lesbians, bisexuals, and transexuals. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. e20200133, 21 maio 2021.

PEREIRA, Amanda Gomes; NASSER, Mariana Arantes; CHIORO, Arthur. “Sapatão” é só para os íntimos: vínculo no cuidado de mulheres lésbicas e bissexuais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e220161, 14 nov. 2022.

PINTO, Janaina Janini et al. Formação Profissional e o Impacto no Cuidado em Saúde na Perspectiva da População Lgbtqiapn+. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 15, n. 93, p. 14630–14637, 21 fev. 2025.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1509–1520, maio 2017.

Portaria nº 221/2023-DAP/SEMSA, de 13 de abril de 2023, que constituiu o Grupo de Trabalho Intrainstitucional - GTI para elaboração da Política Municipal de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexuais e outras expressões da sexualidade (LGBTI+) no âmbito do município de Manaus.

Portaria nº 239/2021 – SEAPS/SES AM, de 17 de maio de 2021, que institui a Política Estadual de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexuais e outras expressões da sexualidade (LGBTI+) no âmbito do Estado do Amazonas

RAU STEUERNAGEL, Carolina. et al. Ethnography of texts: a literature review of health and female homosexuality in Brazil. **Medical Humanities**, v. 46, n. 3, p. 204–213, set. 2020.

RAVAGNOLI, Neiva Cristina da Silva Rego. A entrevista narrativa como instrumento na investigação de fenômenos sociais na Linguística Aplicada. **The ESpecialist**, v. 39, n. 3, 28 dez. 2018.

RICH, Adrienne. **Heterossexualidade compulsória e existência lésbica**. Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades, v. 4, n. 05, 2010.

RICHTERS, Juliet; CLAYTON, Stevie. The practical and symbolic purpose of dental dams in lesbian safer sex promotion. **Sexual Health**, v. 7, n. 2, p. 103–106, jun. 2010.

ROCHA, Felipe Coura et al. Percepções de LGBTs sobre o Acesso à Atenção Primária de Saúde na Cidade de Guaiúba, CE. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 99–115, jun. 2022.

RODRIGUES, Julliana 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**, v. 30, p. e181062, 5 maio 2021.

ROSA, Karina Rodrigues Matavelli; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Afetividade e a politização da dor em territórios de vulnerabilidade social: micropolítica e a produção do cuidado. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. 1–14, mar. 2020.

RUFINO, Andréa Cronemberger et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017499, 8 nov. 2018.

SANTOS, Ronaldo Adriano Alves dos; MEZZARI, Danielly Christina de Souza; TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva. A narrativa de histórias de vida como recurso metodológico na

pesquisa em psicologia. **ACENO - Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, v. 8, n. 16, p. 171–184, 26 nov. 2021.

SCHÜTZE, Fritz. Pressure and guilt: war experiences of a young German soldier and their biographical implications', Parts 1 and 2, **International Sociology**, 7. p. 187-208, 347-67. 2010

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, 1995.

SILVA, A. DAS N.; GOMES, R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 3, p. 5351–5360, out. 2021.

SILVA, Adriane das Neves; GOMES, Romeu. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. suppl 3, p. 5351–5360, out. 2021.

SILVA, Matheus Estevão Ferreira da; BRABO, Tânia Suely Antonelli Marcelino. **Direitos humanos, diversidade, gênero e sexualidade: reflexões, diagnósticos e intervenções na pesquisa em educação**. [S.l.]: Editora UNESP, 2020.

SILVA, Ursula Rosa da. A experiência e o pensar em Dewey e Freire: relações e influências apontando para a prática da liberdade. **Revista Educação Pública**, v. 9, n. 26, 21 jul. 2009.

SILVEIRA, Aline Pompeu; CERQUEIRA-SANTOS, Elder. Fatores Associados à Prevenção Sexual e Reprodutiva de Mulheres Lésbicas. **Revista Subjetividades**, v. 21, n. 3, p. e11404–e11404, 2021.

SIONEK, Luiza; ASSIS, Dafne Thaissa Mineguel; FREITAS, Joanneliese de Lucas. “SE EU SOUBESSE, NÃO TERIA VINDO”: IMPLICAÇÕES E DESAFIOS DA ENTREVISTA QUALITATIVA. **Psicologia em Estudo**, v. 25, p. e44987, 16 mar. 2020.

SOUSA JÚNIOR, Carlos Augusto Alves de; MENDES, Diego Costa. Políticas públicas para a população LGBT: uma revisão de estudos sobre o tema. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 19, p. 642–655, 20 dez. 2021.

SOUSA, Josueida de Carvalho et al. Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 108–113, dez. 2014.

SPINK, Mary Jane. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

SWAIN, Tania Navarro. Feminismo e representações sociais: A INVENÇÃO DAS MULHERES NAS REVISTAS “FEMININAS”. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 34, p. 11-44, 2001.

TESSER JUNIOR, Zeno Carlos et al. A invisibilidade das pessoas LGBT no acesso à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 22, p. e2743254, 16 ago. 2024.

VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1451–1467, dez. 2011.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira et al. Das experiências do regime contemporâneo do eu sob a perspectiva da antropologia pós-moderna. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, p. 149–156, mar. 2007.

WELLER, Wivian; OTTE, Janete. Análise de narrativas segundo o método documentário. Exemplificação a partir de um estudo com gestoras de instituições públicas. **Civitas**, Porto Alegre, v.1, 2011.

WITTIG, Monique. **El pensamiento heterosexual y otros ensayos**. Barcelona. Madri: Editorial EGALES, 2006.

WITTIG, Monique. **Ninguém nasce mulher**. 1970. Trad. Hurrah, um grupelho eco anarquista e Coletivo Bonnot: Departamento de Terrorismo Performático de Gênero, p.1-20, 2012.

WITTIG, Monique. **O Corpo Lésbico**. Rio de Janeiro: A Bolha Editora, 2019.


**APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1. IDENTIFICAÇÃO			
<b>Pseudônimo</b>		<b>Idade</b>	
<b>Orientação sexual</b>	<input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual (Gay/Lésbica) <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Não desejo informar		
<b>Identidade de gênero</b>	<input type="checkbox"/> Homem Cis <input type="checkbox"/> Homem Trans <input type="checkbox"/> Mulher Cis <input type="checkbox"/> Mulher Trans <input type="checkbox"/> Outro _____ <input type="checkbox"/> Não desejo informar		
<b>Raça/Cor</b>	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena		
<b>Estado civil</b>		<b>Religião</b>	
2. DADOS PROFISSIONAIS			
<b>Profissão</b>	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Cirurgião-dentista <input type="checkbox"/> Técnico de higiene dental <input type="checkbox"/> Técnicos de enfermagem <input type="checkbox"/> Agente comunitário de saúde <input type="checkbox"/> Profissional de apoio administrativo <input type="checkbox"/> Outro _____		
<b>Tempo de exercício da profissão</b>			
<b>Tempo na atenção básica</b>			
<b>Tempo de exercício nesta estratégia de saúde da família</b>			
<b>Formações após a graduação</b>			



## APÊNDICE B: QUESTÕES ESTRUTURANTES

TÓPICO-GUIA
Gostaria que você me narrasse qual a sua compreensão acerca do atendimento em saúde para mulheres lésbicas e bissexuais, e como você acredita que ele acontece na atenção básica, dentro da estratégia de saúde da família, tendo como principal parâmetro para a(s) sua(s) resposta(s) a sua própria experiência profissional

QUESTÕES ORGÂNICAS
Como acontece o atendimento a mulheres lésbicas e bissexuais?
Você sente que tem recursos para receber essas mulheres nesta instituição?
Você considera importante que os profissionais de saúde conheçam a orientação sexual de suas pacientes? Vocês costumam perguntar sobre a orientação sexual das pacientes?
Você já ouviu falar de leis, políticas, resoluções e documentos legais relacionados aos direitos LGBTI ou voltados especificamente para mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil, no Amazonas, em Manaus ou especificamente na área da saúde?
Você consegue visualizar a presença de mulheres lésbicas e bissexuais em programas preventivos de câncer de colo de útero e mama ou corriqueiramente nas demandas de rastreio a Infecções sexualmente transmissíveis? Como descreveria esses acessos?



**UNIVERSIDADE O ESTADO DO AMAZONAS**  
**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**PARA AS TRABALHADORAS DA SAÚDE**

Prezado (a) Sr (a) Convidamos você para participar da pesquisa intitulada: **NARRATIVAS DE TRABALHADORAS/ES PERTENCENTES A UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO EM SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS NA CIDADE DE MANAUS, AMAZONAS**, sob a responsabilidade da pesquisadora CAMILA FREIRE ALBUQUERQUE, telefone: (92) 98448-2378, Email: cfa.msc23@uea.edu.br, residente no Bairro Petrópolis, nº77, Manaus (AM), sob orientação do Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira, telefone: (92) 99159-3991, e-mail: breno@ufam.edu.br. Esta pesquisa possui como objetivo geral: Compreender as experiências de trabalhadoras/es pertencentes a Unidades de Saúde da Família (USF) na cidade de Manaus, Amazonas acerca das questões de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, sua participação nos permitirá compreender os entrelaçadas por trás desta problemática de pesquisa e nos ajudará no fortalecimento de políticas públicas voltadas a saúde da mulher e da população LGBTI.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, cabendo ao (o) senhor (a) a decisão de participar ou não. Portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou ajudar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Vale ressaltar que o aceite em participar do estudo, lhe permite desistir a qualquer momento. Caso aceite participar, sua contribuição consiste primeiramente em preencher um questionário sociodemográfico objetivando a caracterização dos participantes do estudo. Os itens incluídos abordarão aspectos como idade, tempo de exercício da profissão, período de atuação na atenção básica, formações após a graduação, identidade de gênero, orientação sexual, estado civil, raça/cor e religião. Em um segundo momento, o (a) senhor (a) será direcionado para uma sala privativa afim de desenvolver a entrevista, que se pautará a partir de uma pergunta central, denominada

metodologicamente como tópico-guia, essa entrevista objetiva ser gravada e deve servir para o propósito prático de compreender suas experiências inseridas na realidade social das unidades básicas de saúde, privilegiando assim, sua introspecção, linguagem e atribuindo significado às suas experiências. Antes de iniciar a entrevista propriamente dita o (a) senhor (a) será apresentado a todo os instrumentos, a fim de conhecer as questões e motivações da pesquisa.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) são possíveis danos na dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural, espiritual, assim como desconfortos e/ou constrangimentos no decorrer do processo ou dele decorrente. Caso haja necessidade de assistência em decorrência da pesquisa, pode-se entrar em contato com a pesquisadora para a realização de acompanhamento psicológico com o psicólogo Vítor César Bentes da Costa Ferreira (CRP 20/ 11.718), sem qualquer ônus.

Neste sentido, para minimizar os riscos da pesquisa, serão adotadas medidas rigorosas de confidencialidade e privacidade, garantindo que todas as informações pessoais sejam anonimizadas e armazenadas de forma segura. Você pode desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo e o suporte psicológico gratuito estará disponível para quaisquer desconforto ou dano psíquico, com fácil acesso ao psicólogo responsável. A equipe de pesquisa está treinada em ética e sensibilidade para conduzir as entrevistas de maneira respeitosa e empática, tendo a possibilidade de ajuste do roteiro de pesquisa, e conforme necessário, com sessões de feedback para identificar e resolver problemas, de forma a lhe assegurar um ambiente seguro e confortável. Se julgar imperativo, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se preciso, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Como benefício, esta pesquisa contribuirá para dar visibilidade a uma população frequentemente marginalizada e negligenciada nos sistemas de saúde, buscando sensibilizar sobre as questões de saúde específicas enfrentadas por mulheres lésbicas e bissexuais, subsidiando uma maior compreensão e competência cultural entre os profissionais de saúde, de forma a contribuir para o desenvolvimento de intervenções e programas de saúde mais eficazes e culturalmente sensíveis, além de facilitar o diálogo e a colaboração entre profissionais de saúde, ativistas LGBTI e formuladores de políticas.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme a resolução N°466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e orientações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), e com o fim deste prazo, será descartado. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o

Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sendo a pesquisadora Camila Freire Albuquerque, a pessoa física responsável pela indenização, em caso de uma ação judicial movida por um trabalhador da saúde que tenha participado da pesquisa, como entrevistado.

Solicitamos a sua colaboração para participar da entrevista, com duração aproximada de uma hora, não envolvendo qualquer tipo de remuneração ou custo. Por fim, reiteramos que a entrevista só será gravada se houver seu consentimento.

Este termo está redigido em duas vias com igual teor, ficando uma delas com o (a) participante. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo (a) pesquisador e (a) participante. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas situado na Av. Carvalho Leal, n.1777, Bairro Cachoeirinha, CEP: 69065-001, Manaus, por meio do Telefone (92) 99225-6612 ou e-mail: [cep@uea.edu.br](mailto:cep@uea.edu.br).

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um.

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Assinatura do Participante**

---

**Assinatura do Pesquisador Responsável**



## APÊNDICE D: DECLARAÇÃO DE VOLUNTARIADO

Segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados e quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes. Com isso, as entrevistas realizadas dentro do escopo metodológico da pesquisa intitulada “*Narrativas de trabalhadoras/es pertencentes a Unidades de Saúde da Família no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de Manaus, Amazonas*”, de autoria de Camila Freire Albuquerque, pesquisadora vinculada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas (PPGSC - UEA), podem trazer riscos de desconforto emocional, constrangimento, e outros de ordem psicológica ou psicossocial.

Por isso mesmo que a Resolução 466/2012 ainda estabelece que o pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizar-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa. Assim, eu, Vitor César Bentes da Costa Ferreira, psicólogo, me responsabilizo em prestar assistência integral e acompanhamento psicológico em quaisquer situações de risco psicológico ou emocional envolvendo os sujeitos entrevistados na pesquisa em questão.

Vitor Cesar B. da C. Ferreira  
CRP 20 11.718

Vitor César Bentes da Costa Ferreira

---

Vitor César Bentes da Costa Ferreira

Psicólogo

CRP- 20 11.718



**PPGSC** Programa de  
Pós-graduação em  
Saúde Coletiva - UEA

**UEA** UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DO  
AMAZONAS

## APÊNDICE E: TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS

ANUÊNCIA nº 054/2024 – ESAP/SEMSA

Manaus, 13 de junho de 2024.

### TERMO DE ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Declaramos para os devidos fins junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, que a Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, está de acordo com a condução da pesquisa abaixo especificada:

**TÍTULO:** Narrativas de trabalhadoras/es pertencentes a Unidades de Saúde da Família no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de Manaus, Amazonas


**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Camila Freire Albuquerque

**INSTITUIÇÃO:** Universidade do Estado do Amazonas

**LOCAL(IS) DA PESQUISA:** USF Theomário Pinto, USF Meguno Kado, USF Japiim, USF Luiz Montenegro, USF Leonor de Freitas, USF Alfredo Campso; USF ENFª Ivone Lima dos Santos; USF Clínica da Família Carlson Gracie e USF Fátima Andrade.

O(a) Pesquisador(a) está devidamente orientado(a):

1. Que os objetivos e a metodologia desenvolvida por essa pesquisa, não deverão interferir no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
2. Que o desenvolvimento do projeto deverá ocorrer sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
3. Que se compromete em apresentar os resultados da sua pesquisa na Mostra Científica promovida, anualmente, pela ESAP/SEMSA e em submeter o resumo de seu trabalho de pesquisa para os anais do referido evento.
4. Que deve fazer referência, nos agradecimentos, ao apoio prestado pela Secretaria Municipal de Saúde em todas as formas de divulgação, como nas publicações científicas e nos trabalhos apresentados em eventos de qualquer natureza e meio de comunicação.
5. Que a execução do projeto terá seu início somente após **APROVAÇÃO** por um CEP, mediante a apresentação do parecer ético consubstanciado à SEMSA assegurando que os resultados obtidos da presente pesquisa serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
6. Que após parecer consubstanciado do CEP deverá enviar cópia digitalizada para o e-mail: [nupes.semsa@manaus.am.gov.br](mailto:nupes.semsa@manaus.am.gov.br), solicitar **AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA** e aguardar a emissão do Termo de Autorização pela Escola de Saúde Pública de Manaus/SEMSA para início da pesquisa de campo.

  
Márcia Poinho Encarnação de Moraes  
Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde.  
NUPES/DETEC/ESAP/SEMSA

  
Camila Freire Albuquerque  
Pesquisador(a) Responsável

042.540.022.03

CPF

13/06/2024

DATA

## ANEXO I - PARECER DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Narrativas de trabalhadoras/es pertencentes a Unidades de Saúde da Família no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de Manaus, Amazonas

**Pesquisador:** Camila Freire Albuquerque

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 81437224.6.0000.5016

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.967.914

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

Narrativas de trabalhadoras/es pertencentes a Unidades de Saúde da Família no cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de Manaus, Amazonas

Desenho:

Trata-se de um estudo de narrativas, com abordagem qualitativa, que se baseia em compreender as experiências dos trabalhadores das Unidades de Saúde da Família (USF) na cidade de Manaus, Amazonas, em relação às questões de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. A pesquisa será realizada em pelo menos duas USF por zona distrital de Manaus, totalizando nove locais de pesquisa. Os participantes serão médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de higiene dental, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais de apoio administrativo das unidades de saúde selecionadas, que concordem em participar do estudo. A seleção dos participantes será feita por meio de visitas presenciais às unidades de saúde, onde os objetivos da pesquisa e os critérios de inclusão serão detalhadamente explicados. A coleta de dados ocorrerá em duas etapas principais. Primeiro, os participantes que aceitarem participar preencherão um questionário sociodemográfico para caracterizar o perfil dos participantes. Este questionário abordará idade, tempo de exercício da

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

Continuação do Parecer: 6.967.914

estereótipos prejudiciais que podem influenciar a disponibilidade de serviços e recursos voltados para essa população. A construção de uma cultura de cuidado que respeite a diversidade sexual e de gênero é fundamental para superar as barreiras existentes e garantir que todas as mulheres recebam assistência de saúde de forma digna, inclusiva e livre de discriminação. Deste modo, a presente pesquisa buscará narrar experiências de trabalhadoras de USF acerca das questões de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais na cidade de Manaus (AM) visando a elucidação das seguintes questões: Qual é o entendimento dessas profissionais sobre o cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais nas USFs da cidade de Manaus, Amazonas? Como lidam com as demandas específicas dessas mulheres e como elas percebem a importância da inclusão de aspectos relacionados à sexualidade e identidade de gênero no cuidado em saúde? E por fim, o quão capacitadas e dispostas estas trabalhadoras estão para a inclusão de temáticas de gênero e sexualidade em sua prática profissional? Para tanto, propõe-se caracterizar e conhecer as visões dessas trabalhadoras sobre as necessidades e demandas de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, a partir de suas narrativas sobre as dificuldades que se apresentam às mesmas seja no plano técnico-assistencial ou no plano moral e ético para a prestação da assistência a essas mulheres, investigando suas interpretações, opiniões e apropriações de políticas, trajetórias e oportunidades para apropriação dos debates sobre diversidade sexual, gênero e direitos humanos.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender as experiências de trabalhadoras/es pertencentes a Unidades de Saúde da Família (USF) na cidade de Manaus, Amazonas acerca das questões de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

**Objetivo Secundário:**

1. Conhecer as visões dessas trabalhadoras/es sobre as necessidades e demandas de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.
2. Identificar as dificuldades que se apresentam às trabalhadoras/es seja no plano técnico-assistencial ou no plano moral e ético para a prestação da assistência a essas mulheres.
3. Identificar conhecimentos, interpretações, opiniões e apropriações de políticas ou programas de saúde referentes às mulheres lésbicas e bissexuais.
4. Investigar na trajetória dessas trabalhadoras/es as oportunidades para apropriação dos

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

Continuação do Parecer: 6.967.914

debates sobre diversidade sexual, gênero e direitos humanos (formações, capacitações, experiências junto a movimentos sociais e outras).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Esta pesquisa pode apresentar riscos de possíveis danos na dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural, espiritual, assim como desconfortos e/ou constrangimentos no decorrer do processo ou dele decorrente. Como forma de reduzi-los, é assegurado ao participante a liberdade de interromper, adiar ou cancelar sua participação em qualquer momento na pesquisa. Caso haja necessidade de assistência em decorrência da pesquisa, pode-se entrar em contato com a pesquisadora para a realização de acompanhamento psicológico com o psicólogo Vítor César Bentes da Costa Ferreira (CRP 20/ 11.718), sem qualquer ônus. Para minimizar os riscos da pesquisa, serão adotadas medidas rigorosas de confidencialidade e privacidade, garantindo que todas as informações pessoais sejam anonimizadas e armazenadas de forma segura. Será possível desistir da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo, e o suporte psicológico gratuito estará disponível para quaisquer desconfortos ou danos psíquicos, com fácil acesso ao psicólogo responsável. A equipe de pesquisa, treinada em ética e sensibilidade, conduzirá as entrevistas de maneira respeitosa e empática, ajustando o roteiro da pesquisa conforme necessário e realizando sessões de feedback para identificar e resolver problemas, assegurando um ambiente seguro e confortável. Será permitido o tempo necessário para reflexão sobre a participação, consultando familiares ou outras pessoas, se necessário, para uma tomada de decisão livre e esclarecida.

**Benefícios:**

Como benefício esta pesquisa contribuirá para a visibilidade a uma população frequentemente marginalizada e negligenciada nos sistemas de saúde, buscando sensibilizar sobre as questões de saúde específicas enfrentadas por mulheres lésbicas e bissexuais, subsidiando uma maior compreensão e competência cultural entre os profissionais de saúde, de forma a contribuir para o desenvolvimento de intervenções e programas de saúde mais eficazes e culturalmente sensíveis, além de facilitar o diálogo e a colaboração entre profissionais de saúde, ativistas LGBTI+ e formuladores de políticas.

**Metodologia Proposta:**

Tipo de Estudo: Trata-se de um estudo de narrativas, pautada numa abordagem de pesquisa qualitativa, entendida como um conjunto de práticas interpretativas que buscam compreender as narrativas e conjunto de relações em que eles se inserem, entendido como um estudo sobre a problematização da "relação entre as formas culturais ou simbólicas e a experiência". Local de Estudo: As Unidades Básicas de Saúde, são as principais estruturas físicas da Atenção Básica, cujos processos de trabalho estão em processo de adequação ao modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF). Desenvolvida descentralizadamente, próxima à vida das pessoas, a Estratégia Saúde da Família é a principal porta de entrada e centro de comunicação na rede pública de saúde, orientando-se por princípios como universalidade, acessibilidade, vínculo,

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.967.914

Tópico-Guia composto por uma única questão central relevante para os objetivos da pesquisa, voltado a identificar as narrativas e perspectivas sobre o atendimento em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- cronograma ok
- folha de rosto
- tcle - ok
- anuência - ok

**Recomendações:**

n/a

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de um protocolo de pesquisa com seres humanos, o mesmo atende os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Pelo exposto somos pela aprovação.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2354907.pdf	04/07/2024 16:03:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/07/2024 16:00:27	Camila Freire Albuquerque	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_BROCHURA.pdf	04/07/2024 16:00:11	Camila Freire Albuquerque	Aceito
Outros	Roteiro_de_entrevistas.pdf	04/07/2024 02:53:27	Camila Freire Albuquerque	Aceito
Outros	Termo_de_Anuência.pdf	04/07/2024 02:47:15	Camila Freire Albuquerque	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2354907.pdf	01/07/2024 23:38:58		Aceito
Orçamento	ORcAMENTO.pdf	01/07/2024	Camila Freire	Aceito

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.967.914

Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	13/06/2024 21:21:12	Camila Freire Albuquerque	Postado
----------------	--------------------------	------------------------	------------------------------	---------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 26 de Julho de 2024

Assinado por:

**ELIELZA GUERREIRO MENEZES**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Cachoeirinha

**CEP:** 69.065-001

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)99225-6612

**Fax:** (92)99225-6612

**E-mail:** cep@uea.edu.br

