


MULHERES LÉSBICAS: CONFRONTANDO ESTEREÓTIPOS, BARREIRAS E INTERSECCIONALIDADES

 <https://doi.org/10.56238/arev7n1-189>

Data de submissão: 23/12/2024

Data de publicação: 23/01/2025

Luzana Mackevicius Bernardes

Profa. Dra. em Saúde Coletiva

Universidade Católica de Santos

Docente do Curso de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva

Email: luzana.bernardes@unisantos.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2226-9484>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5990070307102003>

Nicoli Cantanhede Barbosa

Enfermeira

Secretaria Municipal de Saúde de Santos

Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde

Email: nicolibarbosa@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-4585-8430>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0951538579074351>

Victória Mackevicius Bernardes

Médica

Programa de Residência Médica em Infectologia

Hospital Heliópolis

Email: mackevicius123@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-6259-1143>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8295230022401437>

Simone Jardim Aoki

Enfermeira

Universidade Católica de Santos

Doutoranda do Curso de Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva

Secretaria Municipal de Saúde de Santos

Email: simoneaoki@unisantos.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-7606-1965>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0314343259129895>

RESUMO

Este ensaio analisa as barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas no acesso ao sistema de saúde brasileiro. Sob a perspectiva de Pierre Bourdieu, explora-se como os conceitos de habitus e violência simbólica contribuem para a marginalização dessa população. O estudo evidencia que a construção social da heteronormatividade leva à deslegitimação das relações não heterossexuais, resultando em um sistema de saúde que não atende adequadamente às necessidades das mulheres lésbicas. Apesar da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, persiste um distanciamento entre as diretrizes e a prática dos serviços. A ausência de protocolos específicos e o despreparo dos profissionais comprometem um cuidado integral e equânime.

Palavras-chave: Lésbicas. Acesso aos Serviços de Saúde. Interseccionalidades.

1 INTRODUÇÃO

A saúde das mulheres lésbicas é impactada negativamente pelo contexto histórico, social e cultural, que revela dinâmicas de poder e perpetua ações em diversas áreas, levando à marginalização e invisibilidade de suas especificidades. Para ancorar essa discussão, é relevante mencionar a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como um direito de todos, garantindo acesso universal e equânime aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Adicionalmente, mulheres lésbicas enfrentam cenários de discriminação potencializados pela interseção de fatores como raça, classe, idade e orientação sexual. Essas discriminações não ocorrem isoladamente, mas se sobrepõem, criando barreiras adicionais ao acesso à saúde (Silva; Gomes, 2021).

Nesse contexto, torna-se pertinente trazer à luz as barreiras e desafios enfrentados por essas mulheres no que se refere ao atendimento integral e equânime. Essa discussão deve ser ampliada com vistas à construção de cenários mais inclusivos e justos. A violação dos direitos das mulheres lésbicas reduz a busca por serviços de saúde, aumentando sua vulnerabilidade a agravos em saúde (Belém *et al.*, 2018).

Embora certos avanços no campo das políticas de saúde tenham ocorrido, como a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ainda há um distanciamento entre as diretrizes políticas e a realidade prática dos serviços de saúde (Silva; Gomes, 2021). As evidências apontam a persistência de problemas relacionados ao acesso e a qualidade da atenção à saúde de mulheres lésbicas (Brasil, 2013).

Para fundamentar a discussão sobre as barreiras no acesso à saúde dessas mulheres, dialoga-se com as contribuições teóricas de Pierre Bourdieu. Ele descreve o mundo social como um espaço constituído por relações sociais e processos de diferenciação entre agentes e instituições, que ocupam diferentes posições conforme a distribuição de capitais econômico, cultural, social e político (Bourdieu, 1984).

É necessário compreender como essas estruturas sociais moldam o comportamento individual. O conceito de *habitus*, segundo Bourdieu, refere-se às disposições internalizadas que os indivíduos adquirem ao longo da vida por meio de suas experiências sociais. O *habitus* representa um capital adquirido que orienta comportamentos incorporados (Bourdieu, 2007).

Ao aplicar o conceito de *habitus* à saúde das mulheres lésbicas, é possível entender como ocorrem suas experiências de marginalização e exclusão dentro do campo da saúde. Assim, o *habitus* explica como tanto as mulheres lésbicas quanto os profissionais de saúde são moldados por suas

experiências sociais, contribuindo para a perpetuação de desigualdades no acesso à saúde (Bourdieu, 2007).

No contexto do poder, Bourdieu argumenta que o *habitus* e a violência simbólica estão interligados, sendo a heteronormatividade uma forma de oposição à homossexualidade. Aqueles que detêm capital simbólico podem exercer violência simbólica, que se manifesta em muitas áreas da vida social, como na política, na educação e na saúde (Bourdieu, 2007).

A justificativa para este ensaio reside na necessidade de discutir a invisibilidade das mulheres lésbicas e as interseccionalidades como desafios ao acesso à saúde. O objetivo deste ensaio é evidenciar as barreiras e os atravessamentos enfrentados por essas mulheres, assim como os tensionamentos vividos por elas.

2 A DESLEGITIMAÇÃO DAS RELAÇÕES NÃO HETERONORMATIVAS

A deslegitimação das relações não heteronormativas no sistema de saúde está profundamente enraizada em uma estrutura social que privilegia a heterossexualidade como norma. Esse fenômeno manifesta-se em diversos aspectos do atendimento, particularmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva. As mulheres, ao buscarem assistência, frequentemente se deparam com um sistema que ignora as especificidades de sua sexualidade, legitimando assim sua invisibilidade (Santos, 2024).

Nesse sentido, Silva e Gomes (2021) ressaltam que essa deslegitimação está ancorada na suposição equivocada de que a ausência de relações sexuais com homens elimina o risco de diversas doenças, incluindo infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Tal crença perpetua a invisibilidade dessas mulheres e resulta na falta de cuidados preventivos adequados.

De acordo com Souza; Abirached e Leite (2022), a saúde sexual das mulheres lésbicas não é abordada conforme preconizado nos protocolos de atendimento, e muitos profissionais de saúde encontram-se despreparados para lidar com as especificidades dessa população. Fernandes; Soler e Leite (2018) destacam a urgência de ampliar e divulgar os protocolos específicos. Lima e Saldanha (2020) corroboram essa afirmação ao apontar a deficiência de informações sobre a prevalência de ISTs entre mulheres lésbicas.

A falta de dados precisos sobre a saúde das mulheres lésbicas constitui outro grande obstáculo. Os levantamentos epidemiológicos não coletam informações adequadas sobre essa população, o que faz com que suas demandas permaneçam ocultas nas estatísticas. A coleta limitada de dados sobre a prevalência de ISTs entre mulheres lésbicas dificulta a formulação de políticas públicas eficazes. Para enfrentar esse problema, é necessário que o sistema de vigilância em saúde inclua marcadores

específicos de orientação sexual e identidade de gênero em suas fichas de notificação (Lima; Saldanha, 2020).

A promoção da equidade no acesso à saúde sexual implica o reconhecimento de que as mulheres lésbicas têm direito ao mesmo nível de cuidado que outras populações. Lima e Saldanha (2020) afirmam que a prevalência de ISTs entre mulheres lésbicas está diretamente relacionada à falta de uma abordagem adequada no atendimento a essa população e ao desconhecimento acerca de suas práticas sexuais. Para que as ações preventivas sejam eficazes, é fundamental atender às necessidades específicas dessas mulheres de maneira inclusiva e sensível às suas vivências.

Destaca-se que um sistema de saúde estruturado a partir de uma visão heteronormativa prioriza métodos de prevenção e contracepção voltados quase exclusivamente para relações heterossexuais. Marques, Oliveira e Nogueira (2013) ressaltam que, ao privilegiar métodos direcionados à prevenção da gravidez uma preocupação que não afeta diretamente as mulheres lésbicas o mercado e os serviços de saúde negligenciam a criação e oferta de métodos preventivos específicos para mulheres que se relacionam com outras mulheres.

A deslegitimação das relações não heteronormativas reflete uma sociedade patriarcal e heteronormativa, que permeia não apenas o sistema de saúde, mas diversas outras esferas sociais (Sousa *et al.*, 2014). No campo da saúde, essa estrutura se traduz em um atendimento excludente, que ignora a diversidade sexual e falha em oferecer cuidados adequados para mulheres fora do padrão heterossexual. Santos; Parreira e Pan (2022) discutem a necessidade de mudanças estruturais nos serviços de saúde, para que as mulheres lésbicas possam acessar cuidados adequados, livres de preconceitos e estigmas, assegurando, assim, uma maior equidade no cuidado à saúde.

Carvalho; Calderaro e Souza (2013) fazem uma crítica à heteronormatividade presente nas políticas públicas de saúde, sugerindo que essa estrutura perpetua a exclusão das mulheres lésbicas e dificulta o pleno reconhecimento de seus direitos. Ao negligenciar as especificidades das experiências dessas mulheres, as políticas públicas acabam reforçando mecanismos de invisibilização e marginalização.

Nesse sentido, é fundamental fortalecer os coletivos que defendem a visibilidade das mulheres lésbicas e promovem a inclusão de suas demandas nas políticas de saúde. A construção de um atendimento equitativo depende de uma conscientização mais ampla e da desconstrução dos estigmas relacionados à sexualidade não heteronormativa (Milanez *et al.*, 2022).

Para mitigar essa realidade, é necessário que o sistema de saúde reconheça as necessidades específicas das mulheres lésbicas e adote medidas inclusivas que promovam a equidade no

atendimento. Isso garantirá que todas as mulheres tenham acesso a cuidados que considerem suas realidades e necessidades individuais (Marques; Oliveira; Nogueira, 2011).

A dominação simbólica é uma ferramenta fundamental na teoria de Bourdieu para analisar o contexto descrito. Ela ocorre quando uma forma de poder é exercida de maneira invisível e tácita, por meio da imposição de normas e valores sociais que parecem naturais ou inquestionáveis (Bourdieu, 1998).

No campo da saúde, a dominação simbólica da heteronormatividade faz com que a exclusão das mulheres lésbicas seja vista como natural ou inevitável, ocultando a natureza arbitrária e socialmente construída dessa exclusão. Ao seguir normas heteronormativas, o sistema de saúde perpetua essa dominação simbólica ao não reconhecer as relações lésbicas como legítimas e dignas de atenção e cuidados adequados. Essa dinâmica é refletida nas críticas à ausência de políticas públicas específicas e à marginalização das mulheres lésbicas no atendimento à saúde.

A desconstrução desses estigmas e a promoção de políticas de saúde mais inclusivas e equitativas dependem de mudanças estruturais no campo da saúde. Para Bourdieu, essas transformações exigem a reconfiguração das estruturas simbólicas e materiais que organizam o campo. Isso inclui a revisão das práticas e disposições dos profissionais de saúde, bem como a redistribuição do capital simbólico, de modo a incluir e legitimar as experiências e demandas das mulheres lésbicas (Bourdieu, 2007).

3 ESTEREÓTIPOS DE GÊNERO SOCIALMENTE CONSTRUÍDOS E SUA INFLUÊNCIA NA ATENÇÃO À SAÚDE

Os estereótipos de gênero, construídos socialmente, influenciam não apenas a percepção dos profissionais de saúde sobre as mulheres lésbicas, mas também impactam diretamente a qualidade do atendimento, criando barreiras ao acesso a cuidados de saúde. Souza; Abirached e Leite (2022) apontam que uma abordagem mais inclusiva e sensível ao gênero e à orientação sexual poderia romper com esses estereótipos, promovendo um atendimento equânime e inclusivo, que considere a diversidade das práticas sexuais e das identidades de gênero.

A imposição de normas heteronormativas no sistema de saúde resulta em um atendimento que assume que todas as mulheres têm as mesmas necessidades, baseadas exclusivamente em uma narrativa de gênero focada na reprodução e no cuidado familiar. Mulheres lésbicas, que não se encaixam nesse paradigma, são invisibilizadas pelos profissionais de saúde, que frequentemente minimizam suas preocupações relacionadas à saúde sexual. Fernandes, Soler e Leite (2018) destacam

que essa suposição de heterossexualidade padrão contribui para um atendimento ineficaz, pois negligencia as práticas sexuais dessas mulheres.

Marques; Oliveira e Nogueira (2013) afirmam que os cuidados de saúde ainda são predominantemente voltados para relações heterossexuais, excluindo alternativas para a prevenção de doenças entre mulheres lésbicas. Silva e Gomes (2021) reforçam que essa visão heteronormativa associa sexo seguro apenas à penetração vaginal ou anal com preservativo masculino, ignorando as especificidades das relações entre mulheres.

A ideia equivocada de que o sexo entre mulheres é "menos arriscado" reflete a falta de informação e a perpetuação de estereótipos que enxergam o sexo como algo centrado no pênis, desconsiderando outras formas de intimidade e troca de fluidos. Promover a visibilidade das necessidades dessas mulheres e superar estigmas e preconceitos que ainda permeiam o sistema de saúde (Farias *et al.*, 2023).

Ademais, os estereótipos de gênero reforçam a ideia de que o corpo feminino só necessita de atenção à saúde quando está ligado à maternidade e à reprodução. Souza; Abirached e Leite (2022) apontam que essa visão marginaliza as mulheres lésbicas, cujas preocupações de saúde vão além da gravidez, sendo excluídas dos programas de saúde reprodutiva e sexual voltados para mulheres em geral.

A percepção e o comportamento inadequados dos profissionais de saúde em relação às mulheres lésbicas são consequências diretas da deficiência na formação específica para o atendimento dessa população. Lima e Saldanha (2020) destacam que muitos profissionais de saúde desconhecem aspectos essenciais da diversidade sexual e de gênero, resultando em falta de preparo e empatia no cuidado oferecido.

Como resultado, muitas mulheres lésbicas evitam procurar atendimento de saúde devido a experiências anteriores de discriminação, ou por sentirem que suas necessidades não serão compreendidas pelos profissionais. A ausência de diálogo sobre saúde sexual específica, bem como a falta de protocolos direcionados, agravam essa situação (Nogueira, Sá Junior; Carvalho, 2024).

A construção de um vínculo de confiança entre mulheres lésbicas e profissionais de saúde é essencial para que essas mulheres se sintam seguras ao compartilhar suas questões de saúde e busquem assistência quando necessário. Esse vínculo facilita a comunicação e permite aos profissionais uma compreensão mais profunda das dificuldades enfrentadas por essas mulheres no acesso aos cuidados de saúde adequados (Borges *et al.*, 2023).

No entanto, muitos profissionais acabam projetando suas próprias crenças e preconceitos, o que afeta negativamente a forma como conduzem o atendimento. Quando os estereótipos de gênero

são internalizados, os profissionais podem interpretar a orientação sexual das mulheres lésbicas como irrelevante para sua saúde sexual, negligenciando condutas importantes no aconselhamento sobre práticas sexuais seguras. Mendes *et al.* (2023) apontam que a transformação das práticas de saúde, com a inclusão efetiva das demandas dessas mulheres, pode contribuir significativamente para a redução de desigualdades e a promoção de uma saúde mais equitativa e inclusiva.

Essa construção social impacta negativamente a saúde das mulheres lésbicas, reforçando a falsa ideia de que elas estão menos expostas a riscos, o que compromete a busca por cuidados preventivos. Silva e Gomes (2021) ressaltam que a desconstrução desse mito deve ser promovida por meio da educação permanente dos profissionais de saúde e da criação de campanhas que abordem a diversidade sexual.

Segundo Bourdieu (2007), o enfrentamento do *habitus* heteronormativo não se limita apenas às rupturas simbólicas promovidas pelos movimentos sociais, embora essas sejam importantes. Para uma mudança efetiva do *habitus*, é fundamental impor transformações nas categorias incorporadas, por meio da educação.

O conceito de dominação simbólica, outro pilar central em Bourdieu, é essencial para entender como essas práticas heteronormativas se tornam naturalizadas e invisíveis no sistema de saúde. A dominação simbólica refere-se ao poder de impor significados sociais que são aceitos como legítimos e naturais, mesmo quando perpetuam desigualdades (Bourdieu, 1998). No contexto da saúde das mulheres lésbicas, a dominação simbólica se manifesta através da suposição de que o atendimento de saúde deve seguir normas heterossexuais e ser voltado para a reprodução. Isso marginaliza outras práticas sexuais e identidades, tornando as mulheres lésbicas "invisíveis" no sistema de saúde e resultando em um atendimento inadequado.

A reflexão de Bourdieu (2007) sobre a necessidade de transformar as categorias incorporadas por meio da educação reforça a importância de enfrentar o *habitus* heteronormativo que permeia o sistema de saúde. A formação inadequada dos profissionais em relação à diversidade sexual e de gênero perpetua estereótipos que comprometem a qualidade do atendimento. De acordo com Bourdieu, o *habitus* dos profissionais de saúde pode ser transformado por meio da educação, permitindo a desconstrução de normas heteronormativas e o reconhecimento das necessidades de grupos marginalizados, como as mulheres lésbicas.

4 INTERSECCIONALIDADES E A SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS

O olhar para as interseccionalidades é fundamental para compreender as diversas formas de opressão que impactam mulheres lésbicas e outros grupos vulneráveis. Nos anos 1980, consolidou-se

a percepção de que as desigualdades nas sociedades contemporâneas não podem ser compreendidas apenas a partir de um único eixo, como gênero, raça ou classe social, de forma isolada. Esses fatores estão interligados, e seus efeitos combinados ampliam as barreiras enfrentadas por indivíduos que vivenciam múltiplas formas de discriminação. A análise interseccional permite, portanto, uma visão mais completa e abrangente sobre como essas opressões estruturais se sobrepõem e intensificam as desigualdades sociais (Pereira, 2021).

Além disso, a análise interseccional permite entender como as políticas públicas e os sistemas de saúde frequentemente falham em abordar as necessidades de populações que se encontram na intersecção de múltiplas vulnerabilidades. Sem uma abordagem interseccional, as estratégias de cuidado em saúde tendem a ser generalistas, ignorando a complexidade das experiências vividas por essas mulheres. É nesse contexto que a interseccionalidade se torna não apenas uma ferramenta analítica, mas um guia essencial para a formulação de políticas que promovam a equidade no acesso à saúde.

Embora a interseccionalidade apresente desafios práticos de implementação, suas possibilidades como instrumento analítico são vastas. Pereira (2021) ressalta a importância de continuar explorando o conceito para compreender as dinâmicas de poder que afetam grupos vulneráveis, promovendo uma abordagem mais abrangente para enfrentar as desigualdades sociais.

A promoção de uma saúde inclusiva requer a consideração das diversas identidades e realidades vividas pelas mulheres lésbicas. Políticas que abordem especificamente as necessidades de saúde de mulheres lésbicas de diferentes raças e classes sociais são fundamentais para garantir que essas mulheres tenham acesso a cuidados de saúde que respeitem suas singularidades (Borges et al., 2023).

Por exemplo, mulheres negras enfrentam tanto discriminação por sua orientação sexual quanto os efeitos do racismo estrutural, o que agrava sua vulnerabilidade e o risco de marginalização no acesso à saúde sexual. As opressões se sobrepõem: mulheres de classes sociais mais baixas enfrentam, adicionalmente, dificuldades financeiras e falta de apoio social, o que dificulta ainda mais o acesso aos cuidados de saúde.

Assim, sob a perspectiva de Bourdieu (2007) explora-se como os conceitos de *habitus* e violência simbólica contribuem para a marginalização das mulheres lésbicas que enfrentam discriminações pela interseção de fatores como raça, classe, idade e orientação sexual. Essas discriminações não ocorrem de forma isolada, mas se sobrepõem, criando barreiras adicionais ao acesso à saúde e ao bem-estar. Souza *et al.* (2021) destacam que, para mulheres lésbicas negras ou de

classes mais baixas, o preconceito racial, sexual e econômico resulta em tratamentos desiguais e diagnósticos errôneos (Farias *et al.*, 2023).

Essas barreiras estruturais dificultam o acesso regular aos serviços de saúde, exacerbando o risco de doenças e comprometendo a saúde mental das mulheres lésbicas, que frequentemente sofrem com estigmas e preconceitos. A falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com a diversidade sexual e racial agrava essa situação, perpetuando as vulnerabilidades.

A promoção de políticas de saúde com uma abordagem interseccional é essencial para enfrentar as vulnerabilidades amplificadas pela discriminação múltipla, especialmente no caso das mulheres lésbicas. Isso inclui a criação de serviços de saúde inclusivos e acessíveis, além da capacitação contínua dos profissionais de saúde. Considerar as diferentes identidades e realidades vividas por essas mulheres é o caminho para criar intervenções eficazes, reduzir desigualdades e promover equidade na saúde.

A implementação de fóruns regulares de consulta com grupos representativos de mulheres lésbicas, com ênfase nas interseccionalidades, é necessária para garantir que as políticas públicas de saúde reflitam suas necessidades reais. A participação ativa dessas mulheres na formulação de políticas garante que suas vozes sejam ouvidas e que suas demandas sejam priorizadas. Soares *et al.* (2021) reforçam que a visibilidade e a luta por direitos das mulheres lésbicas são cruciais para a garantia de cuidados de saúde adequados, diretamente relacionados ao reconhecimento de suas existências e demandas no campo da saúde pública.

A necessidade de incluir mulheres lésbicas na criação de políticas públicas e em espaços de consulta também pode ser analisada à luz do conceito de campo de Bourdieu. O campo da saúde pública é um espaço onde diferentes capitais estão em jogo, e mulheres lésbicas, especialmente as mais marginalizadas, possuem menos poder de influência nesse campo. Promover fóruns regulares e inclusivos é uma tentativa de redistribuir o capital simbólico e dar voz a essas mulheres, promovendo maior equidade dentro do sistema de saúde (Bourdieu, 2007).

A abordagem interseccional pode ser enriquecida pela perspectiva bourdieusiana, especialmente em relação aos conceitos de *habitus*, capital simbólico e dominação simbólica. Bourdieu propôs que as estruturas sociais e as dinâmicas de poder são mantidas e reproduzidas através de disposições internalizadas, denominadas *habitus* (Bourdieu, 2007). O *habitus* molda como os indivíduos percebem o mundo, agem e interagem com as instituições sociais, incluindo o sistema de saúde. No caso das mulheres lésbicas, o *habitus* é moldado por suas experiências de discriminação, exclusão e marginalização com base em fatores como orientação sexual, raça e classe social, o que

afeta suas interações com os serviços de saúde e a percepção da qualidade do atendimento que recebem.

Essas disposições internalizadas interagem com o conceito de capital simbólico, outro pilar central na teoria de Bourdieu. O capital simbólico refere-se ao prestígio, honra ou legitimidade que um indivíduo ou grupo acumula e que, no contexto da saúde, pode influenciar profundamente o acesso aos recursos e cuidados (Bourdieu, 1998). Mulheres lésbicas, especialmente negras ou de classes mais baixas, possuem menor capital simbólico no campo da saúde, uma vez que suas identidades e necessidades não são valorizadas socialmente da mesma forma que as de grupos majoritários. Isso as coloca em desvantagem, tornando suas demandas menos visíveis ou priorizadas nas políticas públicas de saúde.

A dominação simbólica, por sua vez, manifesta-se através da naturalização das desigualdades que afetam essas mulheres, de forma que as opressões baseadas em raça, classe e orientação sexual parecem "normais" ou invisíveis dentro do campo médico e institucional. A exclusão dessas mulheres ocorre não apenas por discriminação direta, mas também pela omissão de suas demandas e pela ausência de políticas que considerem suas especificidades. Bourdieu (1998) argumenta que o poder simbólico opera por meio da legitimação de certas formas de ser e viver, marginalizando outras, o que no caso das mulheres lésbicas significa o apagamento de suas necessidades de saúde.

Ao aplicar as teorias de Bourdieu ao debate sobre a saúde de mulheres lésbicas no contexto interseccional, percebe-se que a acumulação de opressões, seja pela raça, orientação sexual ou classe social, resulta em uma forma particular de vulnerabilidade à saúde. Esse processo ocorre por meio da exclusão simbólica dessas mulheres das principais discussões de políticas públicas, agravando ainda mais as desigualdades no acesso ao cuidado. Bourdieu (1998) sustenta que a intersecção de diferentes tipos de dominação cria um efeito cumulativo que, no campo da saúde, resulta em práticas de atendimento desigual, diagnósticos equivocados e estigmatização.

Dessa forma, o conceito de interseccionalidade pode ser enriquecido pela perspectiva bourdieusiana, ao destacar como diferentes formas de opressão estruturadas por capitais desiguais contribuem para a perpetuação de barreiras simbólicas e materiais ao acesso à saúde para mulheres lésbicas. As políticas de saúde, portanto, precisam não apenas reconhecer a pluralidade dessas identidades e realidades, mas também enfrentar ativamente as estruturas de poder que mantêm esses grupos em situação de vulnerabilidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde das mulheres lésbicas é uma questão que exige atenção especial, principalmente quando se considera o contexto histórico, social e cultural que molda as práticas de atendimento no sistema de saúde. Ao longo do tempo, essas mulheres têm sido frequentemente invisibilizadas, tanto em relação à sua sexualidade quanto às suas necessidades de saúde. Este ensaio busca analisar os desafios enfrentados por mulheres lésbicas no acesso aos cuidados de saúde.

Os principais pontos discutidos ressaltam que a invisibilidade dessas mulheres é agravada pela interseção de fatores como raça, classe, idade e orientação sexual. Essas discriminações não ocorrem de maneira isolada, mas se sobrepõem, criando barreiras adicionais ao acesso à saúde. Além disso, a falta de capacitação adequada dos profissionais de saúde transforma-se em um obstáculo significativo para essas mulheres no acesso aos serviços de saúde.

Essas barreiras não são apenas problemas individuais, mas estão profundamente enraizadas em uma estrutura social que perpetua a discriminação e a deslegitimação das relações não heteronormativas. Esses fatores não apenas comprometem a qualidade do atendimento, mas também têm impactos negativos na saúde física e mental das mulheres lésbicas.

Recomenda-se, portanto, a implementação de programas de capacitação contínua voltados para a diversidade sexual e as necessidades específicas de saúde das mulheres lésbicas. Paralelamente, campanhas de conscientização dirigidas ao público em geral e, especialmente, aos profissionais de saúde, são fundamentais para desmistificar estereótipos e preconceitos sobre a sexualidade dessas mulheres.

Por fim, para garantir o acesso à saúde de forma integral e equânime, é necessário um conjunto de esforços multidimensionais, que envolvem não apenas a formação dos profissionais de saúde, mas também a efetivação de políticas públicas inclusivas e a participação social ativa. Somente por meio dessa abordagem abrangente será possível promover um cuidado em saúde que respeite a diversidade e atenda às necessidades de todas as mulheres, independentemente de sua orientação sexual.

REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, Pierre. *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. Cambridge: Harvard University Press, 1984.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BOURDIEU, Pierre. *Esboço de uma teoria da prática*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BELÉM, Jameson Moreira *et al.* Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na estratégia saúde da família. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 32, 2018.
- BORGES, Flávio Adriano *et al.* Conhecimentos e estratégias utilizados pela enfermagem na atenção à lésbicas, gays, bissexuais e transexuais. *Enfermagem em Foco*, v. 14, p. [número de páginas não indicado], 2023.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção – artigos 196-200.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: MS, 2013.
- CARVALHO, C. S.; CALDERARO, F.; SOUZA, S. J. O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas": (in)visibilidade e direitos. *Revista Psicologia Política*, v. 13, n. 26, p. 111-127, 2013.
- FARIAS, Gesiany Miranda *et al.* A atenção básica e a saúde de mulheres lésbicas. *Saúde Coletiva* (Barueri), v. 13, n. 85, p. 12552-12563, 2023.
- FERNANDES, Marisa; SOLER, Luiza Dantas; LEITE, Maria Cecília Burgos Paiva. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. *Boletim do Instituto de Saúde-BIS*, v. 19, n. 2, p. 37-46, 2018.
- LIMA, Michael Augusto Souza de; SALDANHA, Ana Alayde Werba. (In)visibilidade lésbica na saúde: análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 40, p. e202845, 2020.
- MARQUES, António Manuel; OLIVEIRA, João Manuel de; NOGUEIRA, Conceição. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2037-2047, 2013.
- MENDES, Stéffane Costa *et al.* Ações dos enfermeiros na Atenção Primária à mulher lésbica e bissexual. *Revista Rene* (Online), p. e83147, 2023.
- MILANEZ, Letícia de Sousa *et al.* Saúde de lésbicas: experiências do cuidado das enfermeiras da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 3891-3900, 2022.
- NOGUEIRA, Thalia Lima; DE SÁ JUNIOR, Edigar Mendes; DE CARVALHO, Mendes Marcos Vinicius. Assistência à saúde prestada às mulheres lésbicas: uma revisão integrativa. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 12, n. 1, 2024.

PEREIRA, B. C. J. Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, v. 21, n. 3, p. 445-454, set. 2021.

ROCON, Pablo Cardozo; WANDEKOKEN, Kallen Dettmann; REIS, Dominique da Silva. Acesso de mulheres bissexuais e lésbicas em serviços públicos de saúde. *Revista Katálýsis*, v. 27, p. e95176, 2024.

SANTOS, Flávia Hermano Rodrigues; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; PAN, Raquel. Saúde da mulher: um estudo com universitárias lésbicas. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, p. e414111436448, 2022.

SANTOS, Marília Gabriela Costa. Saúde de mulheres lésbicas na atenção primária: revisão narrativa. *Revista Enfermagem e Saúde*, v. 4, n. 1, p. 0106-0115, 2024.

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

SOARES, Suane Felipe et al. Saúde e sobrevivência lésbica: uma questão de saúde pública. In: *Temas da diversidade: experiências e práticas de pesquisa*. São Paulo: Científica Digital, 2021. p. 564-581.

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

SOUZA, Carolina de *et al.* Violência contra mulheres lésbicas/bissexuais e vulnerabilidade em saúde: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 22, n. 2, p. 437-453, 2021.

SOUZA, Suzany Estelina de; ABIRACHED, Hercília Maria Tassi; LEITE, Ethelanny Panteleão. Saúde das mulheres lésbicas na atenção primária. *Revista de Trabalhos Acadêmicos Centro Universo Juiz de Fora*, v. 1, n. 10, 2022.