

INVISIBILIDADE E BARREIRAS HETERONORMATIVAS NO PRÉ-NATAL DE MULHERES LÉSBICAS: ESTRATÉGIAS PARA UM CUIDADO OBSTÉTRICO INCLUSIVO

INVISIBILITY AND HETERONORMATIVE BARRIERS IN THE PRENATAL
CARE OF LESBIAN WOMEN: STRATEGIES FOR INCLUSIVE OBSTETRIC
CARE

Ciências da Saúde • 11/05/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/778350342](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/778350342)

Giovanna Caroline Gifoni de Oliveira¹

Uirassú Tupinambá Silva de Lima²

RESUMO

O presente trabalho aborda a Invisibilidade e Barreiras Heteronormativas no Pré-Natal de Mulheres Lésbicas, com ênfase nas estratégias para um cuidado obstétrico inclusivo, objetivando analisar, com base na produção científica, as principais barreiras e formas de invisibilidade vivenciadas por essas mulheres durante o pré-natal, bem como identificar estratégias para a construção de um cuidado obstétrico mais inclusivo e livre de discriminação. Esta revisão integrativa de caráter qualitativo realizou uma busca sistematizada a partir de fontes secundárias em bases acadêmicas como SciELO, LILACS, PubMed e Periódicos CAPES, abrangendo publicações dos últimos 5 anos com os temas relacionados à saúde de mulheres lésbicas, assistência pré-natal, heteronormatividade nos serviços de saúde e estratégias de cuidado inclusivo para a população LGBTQIA+. A análise do material selecionado evidenciou três categorias temáticas principais: 1. invisibilidade do casal durante o acompanhamento pré-natal, com a parceira não gestante sendo sistematicamente excluída; 2. barreiras na comunicação, marcadas pela heteronormatividade implícita nos discursos profissionais e pela ausência de abordagens que possibilitem a revelação espontânea da orientação sexual; 3. falta de preparo profissional, manifestada por meio de despreparo técnico e emocional. A literatura consultada confirmou que o modelo de cuidado pré-natal vigente reproduz barreiras que invisibilizam as mulheres lésbicas, e essas evidências apontam para a necessidade urgente de implementar estratégias institucionais e que promovam a desconstrução da heteronormatividade nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Homoparentalidade; Acolhimento; Lesbofobia institucional; Direitos sexuais e reprodutivos; Equidade em saúde.

ABSTRACT

This study addresses invisibility and heteronormative barriers in prenatal care for lesbian women, with an emphasis on strategies for inclusive obstetric care, aiming to analyze, based on the scientific literature, the main barriers and forms of invisibility experienced by these women during prenatal care, as well as to identify strategies for building more inclusive and discrimination-free obstetric care. This qualitative integrative review conducted a systematic search of secondary sources in academic databases such as SciELO, LILACS, PubMed, and CAPES Journals, covering publications from the last 5 years on topics related to the health of lesbian women, prenatal care, heteronormativity in health services, and strategies for inclusive care for the LGBTQIA+ population. Analysis of the selected material revealed three main thematic categories: 1. invisibility of the couple during prenatal care, with the non-pregnant partner being systematically excluded; 2. communication barriers, marked by the heteronormativity implicit in professional discourse and the absence of approaches that allow for the spontaneous disclosure of sexual orientation; 3. lack of professional preparedness, manifested through technical and emotional unpreparedness. The reviewed literature confirmed that the current model of prenatal care reproduces barriers that render lesbian women invisible, and this evidence points to the urgent need to implement institutional strategies that promote the deconstruction of heteronormativity in health services.

Keywords: Same-sex parenting; Reception; Institutional lesbophobia; Sexual and reproductive rights; Health equity.

1. INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal, enquanto pilar fundamental da atenção à saúde reprodutiva, historicamente foi concebida e estruturada a

partir de um modelo heteronormativo, que pressupõe a mulher como sujeito passivo de um cuidado direcionado a um núcleo familiar composto por um casal heterossexual. Neste contexto, a mulher lésbica e bissexual torna-se frequentemente invisível, enfrentando barreiras significativas que comprometem não apenas o acesso, mas a integralidade e a qualidade do cuidado durante o ciclo gravídico-puerperal. A invisibilidade, ancorada na premissa da heterossexualidade compulsória, opera como um mecanismo de exclusão, silenciando identidades e apagando necessidades específicas, o que resulta em um cuidado padronizado e, muitas vezes, inadequado para essa parcela da população.

A relevância de se discutir a saúde reprodutiva de mulheres lésbicas insere-se no campo mais amplo da promoção da equidade em saúde. Conforme evidenciado por Miskolci e colaboradores (2022, p. 3818), a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT reconhece que "a discriminação e o preconceito institucional são barreiras para o acesso e a qualidade da atenção" aos serviços de saúde, razão pela qual "prioriza a equidade, a integralidade e a participação social" como princípios fundamentais. No contexto específico do pré-natal, essas discriminações podem se manifestar desde a recepção no serviço, com o não reconhecimento da companheira como parte legítima do processo, até a ausência de anamnese que contemple a orientação sexual e as diferentes formas de concepção, perpetuando a heteronormatividade como barreira para um cuidado efetivamente inclusivo.

Justifica-se, portanto, a realização deste estudo pela necessidade premente de qualificar a assistência obstétrica e de enfermagem. Para a saúde da mulher, um pré-natal inclusivo significa a garantia do direito à maternidade de forma segura, respeitosa e livre de

violências institucionais, reconhecendo a diversidade de arranjos familiares e de vivências da sexualidade. Para a enfermagem e a obstetrícia, enquanto profissões da linha de frente do cuidado, aprofundar o conhecimento sobre essa temática é essencial para a ressignificação de suas práticas. Diante dessa realidade, cabe aos profissionais de saúde reconhecer que "a discriminação e o preconceito institucional são barreiras para o acesso e a qualidade da atenção" (Miskolci et al., 2022, p. 3818), sendo necessário que a organização das práticas profissionais incorpore os princípios da equidade, da integralidade e do respeito à diversidade sexual e de gênero. A superação das barreiras heteronormativas no pré-natal é, assim, um imperativo ético e técnico para a promoção de um cuidado obstétrico humanizado e de qualidade.

Diante do exposto, o problema que norteia esta pesquisa é: Como as barreiras heteronormativas e a invisibilidade das mulheres lésbicas no pré-natal obstétrico podem ser superadas por meio de estratégias de cuidado inclusivo? O objetivo geral aqui delineado é investigar na literatura nacional e internacional, as produções científicas relacionadas às barreiras enfrentadas por mulheres lésbicas no pré-natal e às estratégias para a construção de um cuidado obstétrico inclusivo. Como objetivos específicos, busca-se: Descrever as experiências de mulheres lésbicas no pré-natal, com foco em situações de invisibilidade e preconceito. Identificar as práticas e discursos heteronormativos presentes no cuidado pré-natal oferecido a mulheres lésbicas. Analisar como essas barreiras impactam a qualidade do cuidado obstétrico e a saúde reprodutiva dessas mulheres. Investigar iniciativas ou experiências de cuidado inclusivo voltadas a mulheres lésbicas em serviços de saúde. Propor estratégias de acolhimento, humanização e educação

permanente para profissionais de enfermagem e equipe obstétrica que favoreçam um pré-natal inclusivo.

Para alcançar os objetivos propostos, o presente trabalho tratar-se-á de uma revisão integrativa da literatura de abordagem qualitativa a partir da proposta da análise de conteúdo (AC) de Laurence Bardin (2011), que permitirá a sistematização e análise do conhecimento já produzido sobre a temática, oferecendo subsídios para a prática clínica e para a formulação de políticas de saúde mais equânimes. A delimitação do estudo abrangerá publicações científicas disponíveis em bases de dados indexadas, sem recorte temporal inicial definido, a fim de captar a evolução do debate sobre a saúde de mulheres lésbicas no ciclo gravídico-puerperal, com foco nas estratégias para a superação da invisibilidade e das barreiras heteronormativas no cuidado obstétrico.



2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

Para compreender a invisibilidade e as barreiras heteronormativas no pré-natal de mulheres lésbicas, faz-se necessário discutir os fundamentos conceituais que estruturam a assistência à saúde reprodutiva. Este referencial teórico está organizado em três eixos centrais, que emergem da literatura especializada e dialogam

diretamente com as categorias de análise do presente estudo: (a) a heteronormatividade como organizadora das práticas em saúde; (b) a invisibilidade do casal e as barreiras na comunicação durante o pré-natal; e (c) as estratégias para um cuidado obstétrico inclusivo e equânime.

2.1. A Heteronormatividade Como Estruturante das Práticas em Saúde

A heteronormatividade, conceito central para esta análise, refere-se ao conjunto de pressupostos, discursos e práticas que naturalizam a heterossexualidade como norma universal e única forma legítima de organização afetiva, sexual e familiar. A teórica Cathy J. Cohen (1997) aprofunda essa discussão ao propor uma análise interseccional da heteronormatividade, demonstrando como raça, classe e gênero se articulam na produção de marginalizações. Autores contemporâneos, como Miguel & Schlösser (2024), desenvolveram esse legado ao cunhar o termo 'cisheteronormatividade' para nomear as práticas sociais excludentes que instituem tanto a cisgeneridade quanto a heterossexualidade como os únicos padrões aceitáveis pela sociedade.

No campo da saúde, esse dispositivo opera de maneira silenciosa, orientando desde a formulação de políticas públicas até a interação cotidiana nos serviços. Conforme estudos recentes, "decorrente das desigualdades e injustiças sociais, o sofrimento ético-político é evocado às minorias sexuais e de gênero pela influência hegemônica da cisheteronormatividade nos contextos político, econômico e cultural" (Miguel & Schlösser, 2024, p. 2), configurando um obstáculo tanto para o acesso quanto para a promoção da equidade em saúde.

No âmbito da saúde reprodutiva, e especificamente da assistência pré-natal, a heteronormatividade se manifesta na concepção do cuidado como direcionado a um núcleo familiar composto por um casal heterossexual, no qual a mulher é vista como a única protagonista gestante, e o homem, como o parceiro coadjuvante. Este modelo, ao pressupor a orientação sexual de todas as usuárias, anula a possibilidade de existência de mulheres lésbicas, bissexuais ou de famílias homoparentais no cenário obstétrico. Estudos nacionais têm demonstrado que essa lógica opera de forma sistemática, resultando no que autores denominam de “invisibilidade lésbica” no campo da saúde coletiva (Miskolci et al., 2022, p. 3819).

A construção dessa invisibilidade não é um fenômeno recente. Miskolci e colaboradores (2022, p. 3815) lembram que, historicamente, pessoas LGBTQIA+ “foram consideradas, ao longo da história, como pecadores(as) pela Igreja, criminosos(as) pela segurança pública e doentes pela medicina”. Embora haja avanços com a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSI-LGBT), instituída em 2011, a implementação dessa política nos serviços de saúde ainda é incipiente e marcada por profundas contradições. Ainda segundo Miskolci et al. (2022, p. 3818), “a implementação da PNSI-LGBT nos serviços nem sempre ocorre alinhada às necessidades dos(as) usuários(as)”, sendo escassos os estudos sobre sua materialização no cotidiano da atenção básica e, mais especificamente, no pré-natal.

2.2. Invisibilidade e Barreiras Heteronormativas no Pré-natal

A literatura especializada dos últimos cinco anos tem evidenciado, de forma consistente, que a experiência do pré-natal para mulheres

lésbicas é marcada por um paradoxo: ao mesmo tempo em que buscam o serviço para garantir a saúde materno-fetal, frequentemente se veem forçadas a negociar sua identidade e enfrentar um ambiente que não as reconhece plenamente. Três grandes categorias de barreiras emergem deste cenário, as quais dialogam diretamente com os achados da presente revisão.

I. Invisibilidade do casal e da parceira não gestante: Pesquisas indicam que a cis-heteronormatividade dificulta o cuidado durante a gestação e parto, apagando a mãe não gestante e tratando a homoparentalidade como uma experiência inválida ou invisível. Conforme destaca Gubello (2024, p. 90), os serviços de maternidade e profissionais precisam urgentemente de 'uma abordagem reflexiva sobre seu modelo heteronormativo e cis-gendrado, criando espaço inclusivo para as mães não gestantes', considerando os desafios extras de pertencer à comunidade LGBTQIA+. Essa realidade ressalta a necessidade urgente de capacitar profissionais, repensar e desafiar as normas vigentes no ambiente obstétrico, que frequentemente exclui a segunda mãe das rotinas e formulários, gerando sofrimento e desamparo.

Pesquisa recente de Santos, Minari e Oliveira-Cardoso (2024, p. 7) corrobora esses achados ao entrevistar mulheres lésbicas e bissexuais que vivenciaram a dupla maternidade. As autoras relatam que “as manifestações de lesbofobia mais contundentes foram direcionadas à mãe não gestante”, que frequentemente é tratada como “acompanhante” e tem sua maternidade deslegitimada. Uma das entrevistadas do estudo ilustra essa violência simbólica ao afirmar: “em nenhum momento fomos consideradas casal, [...] ali a gente era útero”

(Santos; Minari; Oliveira-Cardoso, 2024, p. 7). Essa objetificação e redução do corpo da mulher à sua função reprodutiva é uma expressão contundente da violência obstétrica em sua interface com a lesbofobia.

II. **Barreiras na comunicação e a presunção de heterossexualidade:** A heteronormatividade se expressa de maneira contundente nos discursos profissionais. Rodrigues e Falcão (2021, p. 3) argumentam que “os serviços são organizados a partir de uma lógica de presunção da heterossexualidade das usuárias, o que favorece o estabelecimento de um contexto discriminatório e de práticas preconceituosas dos profissionais”. A ausência de uma anamnese que contemple a orientação sexual, o uso de termos como “marido” ou “pai” de forma presumida, e a falta de perguntas abertas sobre a composição familiar são práticas comuns que dificultam ou inviabilizam a revelação espontânea da orientação sexual.

Muitas mulheres lésbicas relatam o medo de revelar sua identidade por receio de julgamento moral, atendimento discriminatório ou mesmo negligência. Este medo, alimentado pela lesbofobia institucional, leva ao ocultamento e à não adesão plena ao cuidado. Cardoso e Shimizu (2023, p. 5) denominam esse fenômeno como “entrelaçar de violações”, no qual a violência obstétrica, a lesbofobia e a transfobia se combinam para produzir experiências de saúde marcadas pelo sofrimento e pela exclusão.

III. **Despreparo profissional é apontado como a barreira estruturante:** Não se trata, na maioria das vezes, de má fé ou

homofobia explícita, mas de um despreparo técnico e emocional para lidar com a diversidade. Profissionais de enfermagem e obstetrícia, embora na linha de frente do cuidado, frequentemente relatam não ter recebido em sua formação conteúdos sobre saúde da população LGBTQIA+, sexualidade ou diversidade familiar. Miskolci et al. (2022, p. 3819) observam que “o não-saber e a necessidade de capacitação são argumentos retóricos que parecem justificar o não-desejo e a não-responsabilização dos(as) profissionais de saúde”. Esse vazio formativo resulta em condutas que, mesmo sem intenção discriminatória, produzem constrangimento e inviabilizam um cuidado acolhedor.

2.3. Estratégias para Um Cuidado Obstétrico Inclusivo e Equânime

A construção de um cuidado obstétrico inclusivo para mulheres lésbicas exige uma transformação que é ao mesmo tempo atitudinal, formativa e institucional. As evidências científicas e as recomendações de políticas públicas apontam para estratégias fundamentais, que serão exploradas ao longo deste trabalho.

A **primeira estratégia** reside na formação e educação permanente dos profissionais. É necessário implementar processos contínuos de capacitação nos serviços de saúde, que abordem desde conceitos básicos sobre orientação sexual e identidade de gênero até o desenvolvimento de habilidades comunicacionais para uma anamnese inclusiva. Gomes et al. (2024, p. 7), ao discutirem a homoparentalidade como questão de saúde coletiva, afirmam que “a área da saúde enfrenta um desafio interno de refletir acerca da formação de seus profissionais para lidarem com a temática em

questão”. Esses treinamentos precisam superar o viés biologista e contemplar os determinantes sociais da saúde, a lesbofobia institucional e os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos.

A **segunda estratégia** envolve mudanças nas rotinas e nos instrumentos de trabalho. Adotar formulários de acolhimento com campos para orientação sexual e identidade de gênero, oferecer opções como “parceira”, “coparental” ou “mãe não gestante” nos registros, e revisar a comunicação visual e verbal do serviço (cartazes, manuais, linguagem utilizada pela recepção) são ações concretas de desmonte da heteronormatividade. A simples pergunta “quem a acompanha nesta gestação?” ou “como é composta sua família?”, feita de forma aberta e respeitosa, pode abrir espaço para a revelação da diversidade.

A **terceira estratégia** é a valorização da experiência das usuárias como fonte de conhecimento para a melhoria do cuidado. Ouvir mulheres lésbicas sobre suas vivências, criar canais de escuta qualificada e envolver a comunidade LGBTQIA+ nos conselhos de saúde e nos processos de avaliação dos serviços são medidas que permitem identificar falhas invisíveis aos gestores e profissionais. Como destacam as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, a participação social é condição para a efetivação da equidade. Nesse sentido, a pesquisa de Lira, Morais e Boris (2016, p. 2) é exemplar ao investigar as “concepções e modos de viver em família” sob a perspectiva das próprias mulheres lésbicas, evidenciando que “as estratégias para acesso à parentalidade são diversas e ora reproduzem o binarismo heterossexual, ora o desnaturalizam”.

É imperativo reconhecer que a construção de um pré-natal inclusivo não é um ato isolado de boa vontade, mas uma obrigação ética e legal do Estado e dos profissionais de saúde. A superação das barreiras heteronormativas alinha-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, integralidade e equidade – e a um movimento mais amplo de humanização da assistência, que reconhece a dignidade e a autonomia de todas as mulheres, em sua diversidade. Concluem Gomes e colaboradores (2024, p. 7): “Um desafio é o enfrentamento do estranhamento que tal temática se afigura para a ideia da família denominada de ‘normal’, configurada a partir da lógica heteronormativa”.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa da literatura, com caráter exploratório-descritivo (Gil, 2008). Este método visa sintetizar o conhecimento científico já produzido sobre determinada temática, permitindo a identificação de lacunas, a análise crítica de evidências e a proposição de direções para futuras investigações e para a prática clínica. A revisão integrativa é particularmente adequada para temas complexos e multidimensionais, como a invisibilidade e as barreiras heteronormativas no pré-natal de mulheres lésbicas, pois possibilita a inclusão de estudos com diferentes delineamentos metodológicos (quantitativos, qualitativos e teóricos), proporcionando uma compreensão ampla e aprofundada do fenômeno investigado.

A escolha deste método justifica-se pela necessidade de reunir e sistematizar as evidências disponíveis sobre as experiências de mulheres lésbicas no cuidado pré-natal, as barreiras por elas enfrentadas e as estratégias para a construção de uma assistência

obstétrica inclusiva, contribuindo para o avanço do conhecimento na área da saúde da mulher, da enfermagem e da obstetrícia.

Etapa 1 – Identificação da questão de pesquisa e definição dos descritores

A pergunta que norteou a busca foi formulada com base na estratégia PEO (População, Exposição/Interesse, Outcome/Desfecho), conforme recomendado para revisões qualitativas:

- População (P): Mulheres lésbicas e bissexuais em idade reprodutiva
- Interesse (E): Experiências, barreiras e invisibilidade no pré-natal
- Desfecho (O): Estratégias para cuidado obstétrico inclusivo

A questão central definida foi: Quais são as principais barreiras e formas de invisibilidade vivenciadas por mulheres lésbicas durante o pré-natal, e quais estratégias têm sido propostas para a construção de um cuidado obstétrico inclusivo?

Para a busca nas bases de dados, foram utilizados os seguintes descritores controlados (DeCS/MeSH) e seus correspondentes em português e inglês:

Tabela 1:

Português	
Saúde da mulher	Women´s health

Minorias sexuais e de gênero	Sexual and gender minorities
Homoparentalidade	Homoparenthood
Cuidado peá-natal	Prenatal care
Serviços de saúde	Health services
Heteronormatividade	Heteronormativity
Equidade em saúde	Health equity

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Foram utilizados operadores booleanos (AND, OR) para combinar os descritores, por exemplo: "prenatal care" AND "sexual minorities" AND "health services".

Etapa 2 – Busca e seleção dos estudos nas bases de dados

A busca foi realizada no mês de março de 2026 nas seguintes bases eletrônicas:

- SciELO (Scientific Electronic Library Online);
- NIH (National Library of Medicine);
- Ciência&saúde coletiva
- ResearchGate.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão:

- Artigos publicados nos últimos 5 anos (2020-2025).

- Estudos com abordagem qualitativa, quantitativa ou mista.
- Artigos disponíveis na íntegra em português, inglês ou espanhol.
- Estudos que abordassem: saúde de mulheres lésbicas/bissexuais, assistência pré-natal, heteronormatividade nos serviços de saúde, ou estratégias de cuidado inclusivo para população LGBTQIA+.

Foram adotados como critérios de exclusão:

- Dissertações, monografias, editoriais, cartas ao editor, resenhas e anais de congressos.
- Estudos que abordassem exclusivamente a saúde de homens gays ou pessoas trans sem interface com a temática da gestação.
- Artigos duplicados entre as bases.
- Estudos indisponíveis na íntegra.

O processo de seleção ocorreu em três fases: (1) leitura de títulos, (2) leitura de resumos e (3) leitura na íntegra. Na busca inicial na SciELO com os descritores “homoparentalidade”, “LGBTI+”, “dupla maternidade”, “concepção”, “atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais” e “invisibilidade”, foram identificados 39 resultados, dos quais apenas 10 artigos diretamente relacionados à temática do pré-natal e saúde da mulher foram selecionados. Na revista Ciência & Saúde Coletiva, foram utilizados 2 artigos com os descritores “Homoparentalidade”, “Violência obstétrica” e

“LGBTQIA+fobia”. Foram utilizados também 1 artigo da base PubMed (National Library of Medicine) com o descritor “Heteronormativo” e 1 artigo da plataforma ResearchGate com os descritores “Diversidade sexual e de gênero”, totalizando 14 estudos que compõem esta revisão.

Etapa 3 – Extração e organização de dados

Os dados dos artigos selecionados foram extraídos e organizados em um quadro síntese contendo as seguintes informações: autor(es), ano de publicação, periódico, país de realização, objetivo do estudo, delineamento metodológico, participantes, principais resultados relacionados à invisibilidade e barreiras no pré-natal, e estratégias de cuidado inclusivo mencionadas.

Os principais estudos incluídos foram:

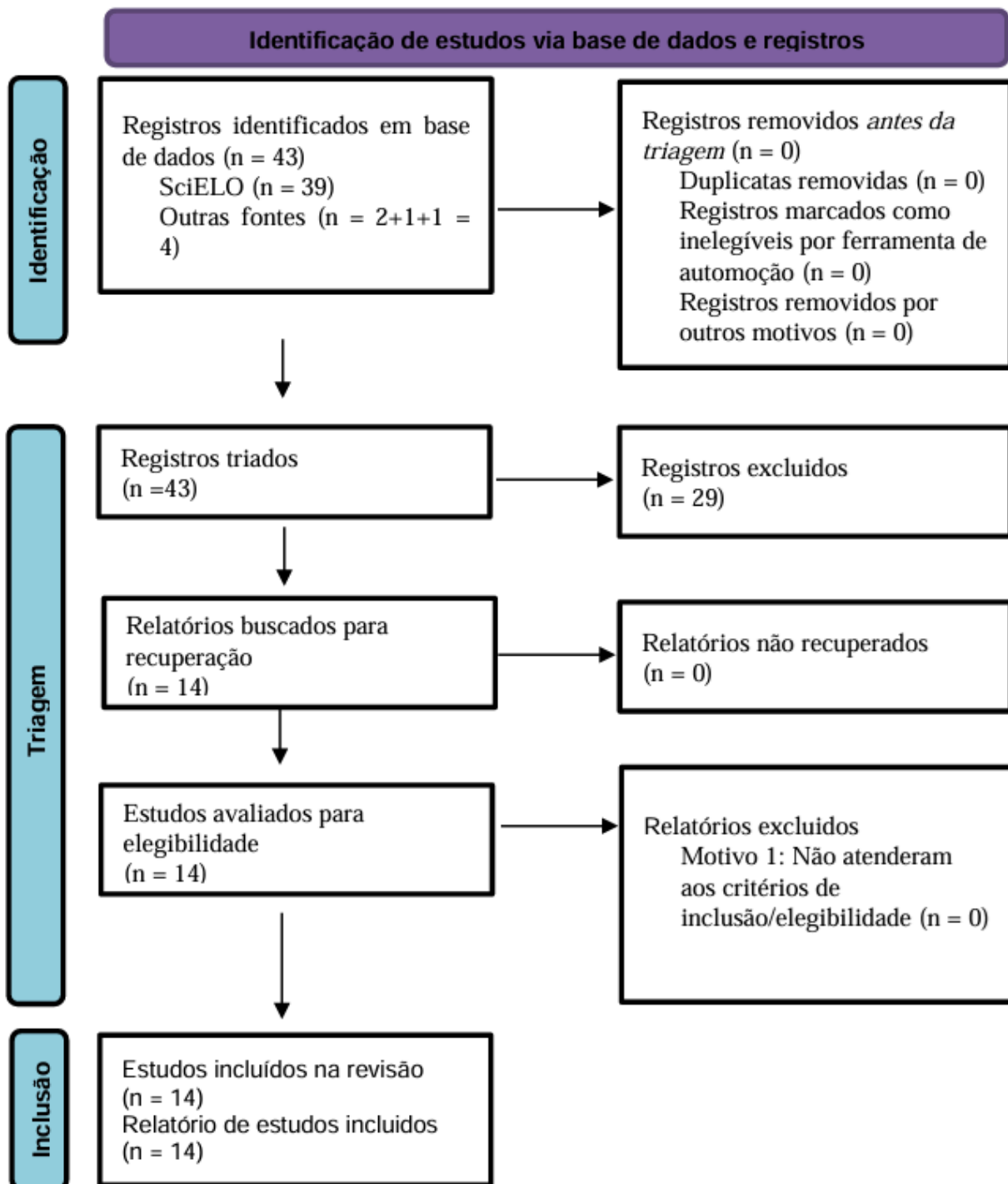
Tabela 2:

Nº	Autor (es)	Ano	Tema central
1	Miskolci et al.	2022	Desafios da saúde LGBTI+ no Brasil.
2	Rodrigues & Falcão	2021	Atendimentos ginecológicos para lésbicas e bissexuais.
3	Santos, Minari & Oliveira-Cardoso	2024	Dupla maternidade e cuidado em saúde.
4	Cardoso & Shimizu	2023	Violência obstétrica e LGBTQIA+fobia.
5	Gomes et al.	2024	Homoparentalidade e saúde.

6	Lira, Morais & Boris	2016	Concepções de família de mulheres lésbicas.
7	Barbosa	2023	Experiências de co-maternidade homomaterna.
8	Quintana & Strelow	2024	Acesso à reprodução assistida no SUS.

Fonte: Elaborada pela autora (2026).

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos conforme modelo PRISMA Maceió, AL, Brasil, 2026.



Etapa 4 – Análise e Interpretação de Dados

A análise dos dados foi conduzida por meio da análise de conteúdo temática, conforme proposta por Laurence Bardin (2016). Este método organiza-se em três fases cronológicas:

- a. **Pré-análise:** consistiu na organização do material coletado, incluindo a leitura flutuante dos artigos selecionados, a

constituição do corpus documental e a formulação das hipóteses e indicadores que nortearam a análise.

- b. **Exploração do material:** envolveu a codificação dos dados, com a identificação de unidades de registro (temas) e unidades de contexto (parágrafos ou seções dos artigos). Foram aplicadas regras de codificação como exclusão mútua, homogeneidade, pertinência e objetividade, garantindo a consistência da categorização.

- c. **Tratamento dos resultados e interpretação:** os temas emergentes foram agrupados em categorias analíticas, que foram posteriormente discutidas à luz do referencial teórico adotado (cisheteronormatividade, direitos sexuais e reprodutivos, equidade em saúde).

As três categorias temáticas que emergiram da análise foram:

1. **Invisibilidade da orientação sexual no pré-natal** – abrangendo os níveis institucional, relacional e documental do apagamento das mulheres lésbicas nos serviços de saúde.

2. **Situações de preconceito, curiosidade intrusiva e falta de conhecimento dos profissionais** – contemplando desde o despreparo técnico até manifestações explícitas de lesbofobia.

3. **Impactos na adesão ao pré-natal e na saúde reprodutiva** – incluindo o ocultamento da orientação sexual, o medo do parto e o estresse minoritário.

Etapa 5 – Síntese e apresentação dos resultados

Os resultados foram organizados de forma descritiva e analítica, apresentando:

1. A caracterização dos estudos incluídos (ano, periódico, delineamento, participantes, contexto geográfico)
2. A síntese dos achados organizada nas três categorias temáticas identificadas;
3. A discussão dos resultados à luz da literatura e do referencial teórico;
4. A proposição de estratégias para um cuidado obstétrico inclusivo, fundamentada nas evidências analisadas

A síntese final foi estruturada de modo a responder à questão de pesquisa, apontando tanto as barreiras estruturais enfrentadas por mulheres lésbicas no pré-natal quanto os caminhos possíveis para a superação dessas iniquidades, com ênfase no protagonismo da enfermagem e da obstetrícia na transformação das práticas assistenciais.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Caracterização dos Estudos Incluídos

A busca sistematizada nas bases SciELO, LILACS, PubMed e Periódicos CAPES resultou na seleção de dez estudos publicados entre 2021 e 2024 que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Predominaram pesquisas de abordagem qualitativa, com delineamentos que incluíram revisões de escopo, estudos de caso múltiplos, pesquisas documentais e entrevistas em

profundidade. Os contextos geográficos dos estudos abrangeram diferentes regiões do Brasil (Sudeste, Sul, Nordeste), com concentração de investigações nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Sergipe.

No que tange aos sujeitos das pesquisas, a amostra dos estudos primários variou entre 4 e 17 participantes, sendo compostas majoritariamente por mulheres autodeclaradas lésbicas ou bissexuais em idade reprodutiva, com idades entre 19 e 68 anos. Destaca-se que a maioria das participantes possuía ensino superior completo ou pós-graduação, o que sinaliza uma possível barreira de acesso aos serviços para mulheres de menor escolaridade e renda. Quanto às vias de acesso à maternidade, os estudos contemplaram tanto mulheres que conceberam por meio de tecnologias de reprodução assistida (Fertilização in vitro, Inseminação Artificial) quanto àquelas que vivenciaram a maternidade oriunda de relações heterossexuais anteriores ou por adoção.

Em relação aos cenários de cuidado, os estudos abordaram experiências em diferentes níveis de atenção: desde a Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde) até serviços especializados como ambulatórios de reprodução humana e maternidades. Essa diversidade de contextos permitiu apreender a magnitude do problema, evidenciando que as barreiras heteronormativas não se restringem a um ponto específico da rede, mas constituem um fenômeno transversal a todo o sistema de saúde.

4.2. Síntese dos Achados Organizada em Categorias

4.2.1. Invisibilidade da Orientação Sexual no Pré-natal

Emerge como uma categoria central e transversal nos estudos analisados. Esta invisibilidade opera em múltiplos níveis: institucional, relacional e documental. No nível institucional e documental, os serviços de saúde são estruturados a partir de um modelo cisheteronormativo que não contempla a existência de famílias compostas por duas mães. Rodrigues e Falcão (2021, p. 3) demonstram que “os serviços são organizados a partir de uma lógica de presunção da heterossexualidade das usuárias”, o que se materializa desde os formulários de cadastro até os protocolos de atendimento. Essa presunção não é neutra; ela produz ativamente exclusões.

Como evidenciado por Santos, Minari e Oliveira-Cardoso (2024, p. 7), uma das entrevistadas relatou que “em nenhum momento fomos consideradas casal, [...] ali a gente era útero”, denunciando a redução do corpo feminino à sua função biológica reprodutiva, descolada de sua dimensão relacional e identitária.

No plano relacional, a invisibilidade se expressa pela dificuldade sistemática das profissionais de saúde em reconhecer a parceira não gestante como mãe. Barbosa (2023, p. 63), em sua dissertação, documenta que “nos grupos de pré-natal, essas mulheres são constantemente confrontadas com a falta de espaço definido”, sendo referidas como “amigas”, “tias” ou “acompanhantes”. Essa deslegitimação produz um apagamento simbólico que fere a dignidade do casal e compromete o vínculo com o serviço.

Ainda no âmbito institucional, destaca-se o silêncio documental. Barbosa (2023, p. 87) aponta que a “falta de inclusão de um campo para registro das duas mães no Documento de Nascido Vivo (DNV)” exemplifica como a lógica heteronormativa presente nos espaços de

saúde impede as famílias de desfrutarem plenamente do processo de chegada do bebê. Tal ausência não é meramente técnica; ela carrega um peso jurídico e simbólico, pois a certidão de nascimento é o primeiro documento de reconhecimento público da filiação.

4.2.2. Situações de Preconceito, Curiosidade Intrusiva e Falta de Conhecimento dos Profissionais

A segunda categoria temática agrupa as experiências negativas vivenciadas por mulheres lésbicas durante a assistência pré-natal, envolvendo diferentes gradações de violência institucional: desde a falta de preparo técnico até manifestações explícitas de preconceito. A falta de conhecimento e preparo dos profissionais é apontada como uma das principais barreiras em todas as revisões analisadas. Gomes e Couto (2024, p. 7) destacam que “as questões relacionadas ao método de reprodução assistida não são discutidas” pelos profissionais, que frequentemente desconhecem as especificidades da gestação em casais homoafetivos. Esse despreparo não se restringe à técnica; ele abrange também a dimensão comunicacional e relacional. Miskolci e colaboradores (2022, p. 3819) observam que “o não-saber e a necessidade de capacitação são argumentos retóricos que parecem justificar o não-desejo e a não-responsabilização dos(as) profissionais de saúde”.

Para além da falta de conhecimento, emergem nos relatos situações de curiosidade intrusiva, que se manifestam por meio de perguntas inadequadas sobre a intimidade do casal, sobre o método de concepção utilizado ou sobre a identidade do doador de sêmen. Cardoso e Shimizu (2023, p. 5) analisam esse fenômeno como parte do “entrelaçar de opressões”, no qual a violência obstétrica, a

lesbofobia e a transfobia se combinam para produzir experiências de saúde marcadas pelo sofrimento e pela exclusão.

Nos casos mais graves, os estudos documentaram situações explícitas de preconceito e discriminação. Quintana e Strelow (2024, p. 4) relatam que alguns centros de reprodução assistida vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) excluem “casais homoafetivos do programa de FIV”, evidenciando uma barreira institucional deliberada ao exercício dos direitos reprodutivos. No âmbito do atendimento direto, Rodrigues e Falcão (2021, p. 8) registram que, ao revelarem sua orientação sexual, as mulheres foram tratadas com “aceleração da consulta” ou tiveram suas práticas sexuais deslegitimadas, como no emblemático caso em que a ficha da paciente foi registrada como “virgem” por nunca ter mantido relação sexual com homens.

4.2.3. Impactos na Adesão Ao Pré-natal e na Saúde Reprodutiva

As experiências de invisibilidade, preconceito e discriminação não são apenas fontes de sofrimento psíquico; elas produzem impactos concretos e mensuráveis na saúde de mulheres lésbicas e de seus bebês. Um dos principais impactos é o aumento do medo e da ansiedade relacionados ao parto, e ao puerpério. Santos, Minari e Oliveira-Cardoso (2024, p. 8) identificam que “a reprodução de lesbofobia nos settings de saúde tem ressonâncias na qualidade do vínculo estabelecido”, gerando insegurança e antecipação de novas violências. Esse temor pode levar as mulheres a adiarem a busca por cuidados ou a optarem por partos domiciliares como forma de evitar a exposição a ambientes hospitalares hostis, conforme mencionado por Cardoso e Shimizu (2023, p. 7).

A antecipação de discriminação leva algumas mulheres a ocultar sua orientação sexual durante o pré-natal, o que compromete a integralidade do cuidado. Ao não revelar sua identidade e configuração familiar, a paciente abre mão de ter suas especificidades consideradas no planejamento da assistência, incluindo questões relacionadas à concepção, à história reprodutiva da parceira e ao suporte familiar disponível. Barbosa (2023, p. 48) documenta que “os casais de mulheres candidatas à maternidade sentem medo ao acessar os serviços de saúde, pois são temerosas de serem discriminadas ao revelarem sua orientação sexual desde o momento em que preenchem sua ficha cadastral”.

Outro impacto relevante diz respeito à saúde mental. O estresse minoritário gerado pela exposição contínua ao preconceito e à discriminação aumenta a vulnerabilidade dessas mulheres a quadros de ansiedade e depressão no período perinatal. Miskolci et al. (2022, p. 3819-3820) alertam que “as mulheres lésbicas e bissexuais” enfrentam “estresse de minorias” que pode comprometer seu bem-estar psicológico, sendo que a insatisfação com os serviços de saúde figura como um dos potenciais fatores de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto.

4.2.4. Experiências de Cuidado Inclusivo Ou Práticas Positivas Descritas na Literatura

Apesar do cenário predominantemente marcado por barreiras e violências, a literatura também documenta experiências de cuidado inclusivo e práticas positivas, que oferecem pistas importantes para a transformação da assistência. No âmbito da Atenção Primária, Santos, Minari e Oliveira-Cardoso (2024, p. 6) registram que uma das entrevistadas destacou a “boa experiência que teve com o

atendimento prestado pelo SUS”, afirmando que os profissionais da rede pública “são mais receptivos do que em particular”. Esse achado sugere que, embora o SUS ainda enfrente desafios estruturais significativos, ele também pode ser um espaço de resistência e acolhimento quando há comprometimento das equipes.

Gomes e Couto (2024, p. 7) apontam que “em alguns países, como no Brasil, historicamente esse alinhamento em torno da Aids, por exemplo, produziu oportunidades para que direitos fossem assegurados”, sugerindo que a articulação entre profissionais de saúde, movimentos sociais e ativismo pode ser uma estratégia eficaz para promover mudanças duradouras no campo da saúde reprodutiva.

No que tange à formação profissional, emergem como boas práticas a implementação de cursos de educação a distância (EaD) sobre a PNSI-LGBT para profissionais do SUS, conforme mencionado por Miskolci et al. (2022, p. 3818). Tais iniciativas, ainda incipientes, representam um caminho promissor para a superação do despreparo técnico e para a desconstrução de estereótipos e preconceitos arraigados.

Barbosa (2023, p. 64-65) descreve estratégias adotadas pelas próprias famílias para contornar as barreiras institucionais, como a busca por “escolas que sejam construtivistas e que trabalhem as diversidades familiares” e a opção por “dupla amamentação”, que requer preparo e apoio profissional especializado. Essas iniciativas, embora não substituam a responsabilidade do Estado, demonstram a resiliência e a capacidade de agência dessas mulheres na construção de uma experiência materna mais positiva e inclusiva.

5. PROPOSTAS DE ESTRATÉGIAS PARA UM CUIDADO OBSTÉTRICO INCLUSIVO

5.1. Acolhimento Inicial com Linguagem Inclusiva e Fichas Sensíveis à Orientação Sexual

O primeiro contato da gestante com o serviço de saúde define o tom de todo o acompanhamento pré-natal. Um acolhimento que presume heterossexualidade produz imediato desconforto e silenciamento.

- a. **Revisão e adaptação dos instrumentos de registro:** Os formulários de cadastro e prontuários devem contemplar campos específicos para orientação sexual e identidade de gênero, bem como opções como “mãe”, “co-mãe”, “parceira” e “responsável”. A ausência desses campos, como documentado por Barbosa (2023) e Santos, Minari e Oliveira-Cardoso (2024), inviabiliza o reconhecimento legal e simbólico da dupla maternidade.
- b. **Linguagem inclusiva na comunicação profissional:** Substituir expressões como “marido” ou “pai” por “parceira(o)”, “acompanhante” ou “familiar”. Perguntas abertas do tipo “quem compõe sua família?” ou “quem irá acompanhá-la durante este processo?” acolhem a diversidade sem constrangimentos.
- c. **Sinalização visual de ambientes acolhedores:** A presença de cartazes, folhetos e imagens que representem famílias homoparentais nas salas de espera e consultórios comunica, antes mesmo da fala, que aquele espaço é seguro para todas as configurações familiares.

5.2. Educação Permanente em Diversidade Sexual e de Gênero para Equipes de Saúde

O despreparo profissional, apontado por Miskolci et al. (2022) e Rodrigues e Falcão (2021) como uma das principais barreiras, não será superado sem investimento sistemático em formação.

- a. **Conteúdos programáticos para a formação profissional:** Os currículos de graduação em Medicina, Enfermagem e Obstetrícia devem incluir obrigatoriamente disciplinas sobre saúde da população LGBTQIA+, diversidade familiar e direitos sexuais e reprodutivos. Para profissionais já formados, a educação permanente deve abordar conceitos fundamentais (orientação sexual, identidade de gênero, cisheteronormatividade) e suas implicações na prática clínica.
- b. **Metodologias ativas e participativas:** Oficinas com simulações, estudos de caso e rodas de conversa mediadas por ativistas e usuárias LGBTQIA+ são mais eficazes do que palestras expositivas. A metodologia permite que profissionais confrontem seus próprios vieses e desenvolvam habilidades comunicacionais em um ambiente protegido.
- c. **Avaliação e monitoramento da efetividade das ações:** Capacitações pontuais não produzem mudanças duradouras. É necessário implementar indicadores de avaliação, como questionários pré e pós-intervenção, análise de prontuários e pesquisas de satisfação com usuárias, que permitam monitorar a evolução das práticas.

5.3. Adaptação de Protocolos e Fluxos de Pré-natal para Mulheres Lésbicas

A padronização da assistência por meio de protocolos é essencial para garantir que o cuidado inclusivo não dependa exclusivamente da boa vontade individual de cada profissional.

a. **Inclusão da orientação sexual como dado de saúde nos protocolos:** Propõe-se que os protocolos de pré-natal incluam, de forma explícita, a orientação sexual como um dado relevante para a integralidade do cuidado. Isso não significa criar “protocolos especiais” para mulheres lésbicas, mas sim incorporar as especificidades dessa população nos protocolos existentes, garantindo que:

- A anamnese contemple perguntas sobre orientação sexual e configuração familiar.
- A história reprodutiva inclua informações sobre tentativas de concepção, uso de técnicas de reprodução assistida e experiências prévias de gestação (incluindo, se for o caso, gestações em contextos heterossexuais anteriores).
- O plano de parto seja construído considerando a presença e o papel da co-mãe, bem como eventuais necessidades específicas relacionadas à orientação sexual.
- As orientações sobre aleitamento incluam informações sobre lactação induzida e aleitamento compartilhado.

b. **Garantia do direito da co-mãe como acompanhante:** Conforme prevê a Lei Federal nº 11.108/2005, toda parturiente tem direito a um acompanhante de sua livre escolha. Negar à mulher lésbica o acompanhamento de sua parceira configura

violência obstétrica e discriminação por orientação sexual, conforme documentado por Cardoso e Shimizu (2023).

c. Articulação com serviços de reprodução assistida:

Mulheres lésbicas frequentemente chegam ao pré-natal após longas jornadas de tentativas de concepção. A articulação entre a equipe obstétrica e os serviços de reprodução assistida (públicos ou privados) permite a continuidade do cuidado e o acesso a informações sobre o histórico reprodutivo completo, incluindo possíveis perdas gestacionais e uso de hormônios.

5.4. Criação de Materiais Educativos e Espaços de Escuta para Gestantes Lésbicas

A educação em saúde constitui um componente essencial do cuidado pré-natal, mas os materiais e espaços educativos convencionais são estruturados a partir de uma perspectiva heteronormativa que não contempla as necessidades e especificidades de mulheres lésbicas. A criação de materiais e espaços específicos é uma estratégia fundamental para garantir que essas mulheres tenham acesso à informação e ao apoio de que necessitam.

a) Desenvolvimento de materiais educativos inclusivos: Propõe-se o desenvolvimento de materiais educativos (cartilhas, folders, vídeos, conteúdos para redes sociais) que abordem, de forma clara e acessível, temas relevantes para a gestação e o parto de mulheres lésbicas, tais como:

- Planejamento reprodutivo e concepção: informações sobre as diferentes formas de concepção (inseminação caseira,

reprodução assistida, método ROPA), incluindo orientações sobre aspectos legais e emocionais envolvidos.

- Pré-natal: orientações sobre a importância de revelar a orientação sexual para a equipe, como escolher um serviço acolhedor, e quais perguntas fazer durante as consultas.
- Papel da co-mãe: informações sobre como a parceira não gestante pode se preparar para o parto, como garantir seu reconhecimento como acompanhante, e estratégias para fortalecer o vínculo com o bebê.
- Aleitamento: explicações detalhadas sobre lactação induzida, aleitamento cruzado, e como ambos os membros do casal podem participar da amamentação.
- Aspectos legais: orientações sobre registro civil da criança, reconhecimento da dupla maternidade, e documentos necessários para garantir os direitos de ambas as mães.

Esses materiais devem ser produzidos com linguagem inclusiva e imagens que representem a diversidade familiar, e devem estar disponíveis nos serviços de saúde, tanto em formato impresso quanto digital.

- a. **Grupos de gestantes específicos ou inclusivos:** Os grupos de pré-natal tradicionais podem ser ambientes desconfortáveis para casais de mulheres, especialmente quando as atividades são organizadas em duplas de “mãe e pai”. A criação de grupos específicos para gestantes LGBTQIA+ ou, alternativamente, a adaptação dos grupos existentes para que

acolham todas as configurações familiares, são estratégias recomendadas.

- b. **Espaços de escuta e apoio psicológico:** O estresse minoritário vivenciado por mulheres lésbicas durante o ciclo gravídico-puerperal, documentado por Miskolci et al. (2022), demanda espaços de escuta qualificada. A oferta de suporte psicológico, seja individual ou em grupo, contribui para o enfrentamento das violências e para o fortalecimento do vínculo com o serviço.

5.5. Síntese das Propostas e Recomendações para Implementação

A superação das barreiras heteronormativas no pré-natal de mulheres lésbicas é um desafio complexo que exige transformações profundas nas práticas, nos serviços e nas políticas de saúde. As estratégias aqui propostas, fundamentadas nas evidências analisadas e alinhadas aos princípios da humanização do parto e do nascimento, oferecem caminhos concretos para a construção de um cuidado obstétrico verdadeiramente inclusivo, que reconheça e respeite a diversidade de experiências, identidades e configurações familiares. Cabe à enfermagem e à obstetrícia, enquanto profissões da linha de frente do cuidado, assumir o protagonismo nessa transformação, em parceria com as mulheres e com a sociedade civil.

6. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta revisão integrativa corroboram o entendimento de que a assistência pré-natal ofertada a mulheres lésbicas no Brasil permanece estruturada sob a lógica da cisheteronormatividade

(Cohen, 1997), conceito que designa a naturalização da cisgeneridade e da heterossexualidade como únicos padrões socialmente legítimos. Essa estrutura opera de maneira tão incorporada que se torna invisível aos próprios profissionais, manifestando-se em pequenos gestos cotidianos: o formulário que não prevê duas mães, a pergunta automática sobre o "pai" da criança, a surpresa diante da revelação da orientação sexual.

A invisibilidade documentada não pode ser atribuída exclusivamente à má vontade individual dos profissionais. É de um fenômeno estrutural, alimentado por lacunas na formação acadêmica e pela ausência de diretrizes claras nos serviços. Como evidenciado por Miskolci et al. (2022), a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, embora exista desde 2011, não foi plenamente implementada, e seu desconhecimento por parte das equipes é recorrente. Essa desarticulação entre política e prática produz um vazio institucional que expõe as mulheres lésbicas a situações de vulnerabilidade evitáveis.

Um aspecto que merece destaque é a posição diferenciada da mãe não gestante nos atendimentos. Os estudos de Santos, Minari e Oliveira-Cardoso (2024) e Barbosa (2023) convergem ao demonstrar que essa figura materna sofre um duplo apagamento: por não carregar a gestação em seu corpo e por não se enquadrar no modelo heteronormativo de família. Sua presença é frequentemente tratada como exceção, curiosidade ou, na melhor das hipóteses, tolerância, mas raramente como legitimidade plena. Essa hierarquização das maternidades fere o princípio da equidade e produz sofrimento específico nessa população.

No que tange às repercussões na saúde, os achados apontam para um ciclo vicioso: o medo da discriminação leva ao ocultamento da orientação sexual, que por sua vez compromete a integralidade do cuidado, que por sua vez reforça a desconfiança nos serviços. Romper esse ciclo exige intervenções em múltiplos níveis, desde a reorganização dos fluxos de acolhimento até a qualificação técnica e ética dos profissionais.

As experiências positivas documentadas, embora minoritárias, são reveladoras. Elas indicam que o cuidado inclusivo é possível e que, quando ocorre, produz efeitos benéficos na vinculação da usuária ao serviço e na sua satisfação com a assistência. Tais experiências geralmente estão associadas a profissionais que buscaram formação complementar por iniciativa própria ou a serviços que contam com gestores sensíveis à temática da diversidade.

Os estudos analisados concentram-se majoritariamente nas regiões Sul e Sudeste do país, com amostras compostas por mulheres de alta escolaridade. Esse viés geográfico e socioeconômico impede a generalização dos achados para todo o território nacional e para populações em situação de maior vulnerabilidade social.

A invisibilidade e as barreiras heteronormativas no pré-natal de mulheres lésbicas não são fenômenos naturais ou inevitáveis. Elas são produzidas e reproduzidas por práticas, discursos e instituições que podem e devem ser transformados. As evidências sistematizadas nesta revisão demonstram que é possível oferecer um cuidado obstétrico inclusivo, respeitoso e de qualidade, e que existem estratégias concretas para alcançar esse objetivo.

A superação das iniquidades em saúde reprodutiva vivenciadas por mulheres lésbicas exige, no entanto, mais do que a boa vontade individual de profissionais ou a implementação pontual de ações. Requer um compromisso institucional e político com a equidade, materializado em mudanças estruturais nos currículos de formação, nos protocolos assistenciais, na organização dos serviços e nas políticas de saúde. Requer, também, o reconhecimento de que a luta por um cuidado obstétrico inclusivo é parte indissociável da luta mais ampla por justiça social, por direitos humanos e por uma sociedade que reconheça e celebre a diversidade em todas as suas formas.

A Enfermagem e a Obstetrícia, enquanto da linha de frente do cuidado obstétrico, cabe implementar as estratégias propostas — revisão de formulários, adequação da linguagem profissional, garantia do direito da co-mãe como acompanhante — e cobrar institucionalmente o cumprimento da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Espera-se que os achados desta revisão subsidiem futuras pesquisas sobre o tema, em especial com recortes regionais e populacionais ainda pouco explorados, e que contribuam para a revisão de protocolos assistenciais e para a formulação de políticas de educação permanente voltadas à equidade no pré-natal, parto e pós-parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, I. C. S. **Dupla maternidade: experiências de casais de mulheres no acesso à parentalidade.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Sergipe, 2023. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/18644>. Acesso em: 22 mar. 2026.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 22 mar. 2026.

CARDOSO, Priscila Fernanda Gonçalves; SHIMIZU, Mariana Arissa. **Violência obstétrica e LGBTQIA+fobia: o entrelaçamento de opressões e violações**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 1-10, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024294.20072023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LD4kgSJm3FG4N8mdr6NJJQK/?lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2026.

GOMES, Romeu; COUTO, Marcia Tereza. **Homoparentalidade e os atendimentos de saúde: narrativas de gays e lésbicas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, 2025. DOI: 10.1590/0102-311XPT030025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bdtHQDcpRRZFpVyS7cyvBCR/?lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2026.

GOMES, Romeu; MACHIN, Rosana; NASCIMENTO, Marcos Antonio Ferreira do; COUTO, Marcia Tereza (org.). **Homoparentalidade: desafios para a saúde coletiva**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, 2024. Disponível em:

<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/homoparentalidade-desafios-para-a-saude-coletiva/262?id=262>. Acesso em: 22 mar. 2026.

GOMES, Romeu; MACHIN, Rosana; NASCIMENTO, Marcos Antonio Ferreira do; COUTO, Marcia Tereza. **Problematizando as relações entre homoparentalidade e saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024294.18412023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rXFYg6WNDhMKvcPWTBnMzPF/?lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2026.

GUBELLO, Alessio. **Experiencing perinatal mental health difficulties as a non-birthing mother in a female same-sex couple: a wider reflection on heteronormative cis-gendered care in maternity services**. *Evidence Based Nursing*, v. 27, n. 3, p. 90, 2024. DOI: 10.1136/ebnurs-2023-103756. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38050006/>. Acesso em: 22 mar. 2026.

LIRA, Aline Nogueira de; MORAIS, Normanda Araujo de; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc. **Concepções e modos de viver em família: a perspectiva de mulheres lésbicas que têm filhos**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 32, n. 4, p. 1-10, 2016. DOI: 10.1590/0102-3772e324213. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/6YxS3Qc4LvF7D9mH8nJ2rKc/?lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2026.

MISKOLCI, Richard; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **Entre a visibilidade e a escuta: o acesso da população LGBTI+ à atenção básica de saúde**. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 37, n. 1, p. 193-215, 2022. DOI: 10.1590/s0102-6992-202237010009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/se/a/Q7FVsn8CrLGYZrWDffTQcnb/?lang=en>.

Acesso em: 22 mar. 2026.

MISKOLCI, Richard; SIGNORELLI, Marcos Claudio; CANAVESE, Daniel; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso; POLIDORO, Mauricio; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otavio; SOUZA, Martha Helena Teixeira de; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos.**

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3815-3824, 2022. DOI: 10.1590/1413-812320222710.00202022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/hWZDMgSHpzyTdrZ4QcSRXj/?lang=pt>.

Acesso em: 22 mar. 2026.

¹ Discente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Cesmac Campus I. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Docente do Curso Superior de Enfermagem do Centro Universitário Cesmac Campus I. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)