



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA

**“A GENTE NÃO É FABRICADA NUMA LINHA DE PRODUÇÃO PRA SER
TUDO IGUAL”: DESAFIOS, POTENCIALIDADES E RESISTÊNCIAS NA
SAÚDE DE MULHERES BISEXUAIS EM MANAUS/AM**

**MANAUS – AM
2025**

MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA

**“A GENTE NÃO É FABRICADA NUMA LINHA DE PRODUÇÃO PRA SER
TUDO IGUAL”: DESAFIOS, POTENCIALIDADES E RESISTÊNCIAS NA
SAÚDE DE MULHERES BISSEXUAIS EM MANAUS/AM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Psicológicos e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira.

Coorientador: Prof. Dr. Fábio Henrique Almeida Dantas.

**MANAUS – AM
2025**

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

- P436g Pereira, Maria Eduarda Delduque
 “A gente não é fabricada numa linha de produção pra ser tudo igual”:
 desafios, potencialidades e resistências na saúde de mulheres bissexuais
 em Manaus/AM. / Maria Eduarda Delduque Pereira. - 2025.
 136 f. : il., color. ; 31 cm.
- Orientador(a): Breno de Oliveira Ferreira.
 Coorientador(a): Fábio Henrique Almeida Dantas.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa
 de Pós-Graduação em Psicologia, Manaus, 2025.
1. Mulheres. 2. Bissexualidade. 3. Saúde. 4. Amazonas. I. Ferreira, Breno
 de Oliveira. II. Dantas, Fábio Henrique Almeida. III. Universidade Federal
 do Amazonas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título
-

PEREIRA, MED. **“A gente não é fabricada numa linha de produção pra ser tudo igual”**: desafios, potencialidades e resistências na saúde de mulheres bissexuais em Manaus/AM. 136f. Dissertação. Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Manaus – Amazonas.

Aprovado em 01/07/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira (Presidente)
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. Fábio Henrique Almeida Dantas (Coorientador)
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dr. André Luiz Machado das Neves (Membro interno)
Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dra. Regina Facchini (Membro externo)
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

DEDICATÓRIA

À minha mãe, que, muito antes das teorias, me ensinou que as diferenças e o afeto não são uma antítese, mas uma condição necessária para um amor real, humano e capaz de se reconstruir a cada dia.

Às colaboradoras desta pesquisa, mulheres que ao compartilharem comigo suas histórias, forneceram-me mais do que dados, mas inspiraram-me com suas resistências, afetos e esperanças de um mundo melhor para todas nós.

A todas as pessoas bissexuais que um dia também se sentiram inadequadas ao tentar caber na caixinha da cisheteronormatividade.

AGRADECIMENTOS

Com muita gratidão, escrevo esses agradecimentos a todas as pessoas que fizeram a minha caminhada no mestrado possível.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira, que foi muito mais que um orientador no sentido acadêmico. Seu carinho, paciência e os momentos em que acreditou em mim muito mais do que eu mesma fizemos toda a diferença. Digo de peito aberto e com muito orgulho que sou “cria de Breno”, pois você representa afeto, potência e esperança nesse caminhar. Sempre serei grata pelo nosso encontro nesse plano.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Fábio Henrique Almeida Dantas, quem eu gentilmente agradeço por ter cruzado o país e chegado até a UFAM para ser a “cereja do bolo” que tanto precisávamos. Apesar da expressão popular, Fábio é muito mais do que isso: é uma pessoa e um pesquisador completo, que me inspira com seu conhecimento acadêmico e político e, ainda, com toda a sua vida e a sua cor. Obrigada por tanto.

Aos professores doutores Regina e André, por suas contribuições tão valiosas na qualificação desta pesquisa e por aceitarem compor a banca de defesa.

A todo o corpo docente e técnico-administrativo do PPGPSI, por cada momento.

Às pessoas pesquisadoras da REBIM, pelas trocas que me ensinaram e fortaleceram tanto.

Ao Núcleo de Saúde, Sexualidade e Sociedade (NÓS), nosso grupo de pesquisa, por todos os encontros engrandecedores.

Ao meu filho felino, Floki, que veio para as nossas vidas em 2020 e me salvou incondicionalmente com sua companhia nas noites em frente ao computador, seus lambeijos e cheirinhos.

À minha mãe, Auxiliadora, que nunca deixou de acreditar em mim, me inspirando com sua força e fazendo de mim igualmente forte, mas nunca me negando o seu colo quando precisei. Obrigada por todo o amor e pelos chás de hortelã quentinhos nas noites em que eu estava perdida entre leituras e escritas.

Ao meu pai, Valdir Júnior, pelas horas de estudo comigo na infância e por sempre ter acreditado na minha capacidade.

Ao meu irmão, Pedro Henrique, pelo afeto.

À família, que do Norte ao Nordeste se fez presente na minha formação, pelo apoio financeiro e afetivo que sempre tive.

Às minhas amigas, a família que escolhi. Especialmente à Manuela, Mayara, Nicole, Beatriz, Natália e Izabel, as irmãs que a vida tão gentilmente me deu. Sou grata por viver no mesmo plano que vocês, pela força e pelo amor. À Carol Stefany, amiga-irmã que o mestrado me deu, nosso encontro foi um presente. A todas as amigas e amigos da turma de mestrado pelas trocas.

Ao Igor, meu companheiro de vida. Obrigada por esse amor lindo e leve que compartilhamos, por voar comigo nas minhas aventuras e tornar os meus sonhos os nossos. Pelo carinho, pelo colo e pela louça lavada, sobretudo enquanto eu estava imersa na escrita desta dissertação.

A Deus e aos meus mentores espirituais, pela luz em meu caminho.

Às interlocutoras desta pesquisa, mulheres protagonistas que gentilmente compartilharam comigo suas histórias. Foi um prazer conhecê-las.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro e o incentivo a essa pesquisa. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI-UFAM).

*Esse crime, o crime sagrado de ser divergente,
Nós o cometeremos sempre*

Pagu

PEREIRA, MED. **“A gente não é fabricada numa linha de produção pra ser tudo igual”**: desafios, potencialidades e resistências na saúde de mulheres bissexuais em Manaus/AM. 136f. Dissertação. Universidade Federal do Amazonas. Orientador: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Manaus – Amazonas.

RESUMO

A bissexualidade é atravessada e construída pelo contexto histórico e social, e as concepções de marginalização e o apagamento de pessoas bissexuais das áreas acadêmicas, médicas, sociais e políticas reforçaram estereótipos que ocasionam prejuízo à saúde bissexual, como a alegação de ser ilegítima, a ligação à promiscuidade, confusão, indecisão e a associação a infecções sexualmente transmissíveis. Quanto às mulheres, a fetichização e a hipersexualização também levam a vulnerabilidades em saúde mental, sexual e reprodutiva, além de violências. Mesmo diante desse cenário, é comum que o debate da saúde bi seja ignorado ou apenas mencionado como parte de uma lista em cartilhas, políticas e práticas de saúde, o que configura uma lacuna entre o que preconizam os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a realidade concreta. No contexto do Amazonas, a despeito de conquistas como a Política Estadual de Saúde Integral LGBTI+, persistem desafios no acesso à saúde por parte dos grupos que compõem a sigla, incluindo as bissexuais. Nesse sentido, esta dissertação tem como objetivo geral analisar as experiências de cuidado em saúde de mulheres que se identificam como bissexuais e/ou pansexuais e/ou que se relacionam com pessoas de mais de um gênero e residem na cidade de Manaus/AM. Ao pensar as experiências de cuidado, partimos da concepção de que a saúde pode tanto ser produzida por profissionais e serviços de saúde quanto pelas próprias sujeitas. Utilizamos do método narrativo proposto por Jovchelovitch e Bauer para as entrevistas narrativas individuais e analisamos os discursos das doze interlocutoras da pesquisa à luz de concepções do feminismo pós-estruturalista, do conceito de saúde ampliada da Saúde Coletiva e de contribuições teóricas sobre bissexualidades. Os resultados foram analisados a partir das etapas propostas por Fritz Schütze para a análise de narrativas e foram construídos três grandes temas de discussão: 1) necessidades em saúde – o que demandam; 2) desafios e potencialidades no acesso à saúde – o que encontram; e 3) reconhecimentos, subjetividades e produção de saúde – como (r)existem. As narrativas demonstraram a recorrência de sofrimento psíquico, violências sexuais e psicológicas na infância, na adolescência e por parceria íntima e uma saúde sexual e reprodutiva impactada pela associação da bissexualidade às infecções sexualmente transmissíveis. Os desafios contemplaram problemas estruturais e geográficos do SUS amazônico, bem como profissionais despreparados para lidar com as demandas e a revelação da (bis)sexualidade. Ao mesmo tempo, profissionais e serviços interessados nos históricos sexuais e afetivos das mulheres ofereceram assistência adequada e foram importantes para a continuidade do cuidado. O reconhecimento como mulher bissexual/pansexual possibilitou novos significados subjetivos e a participação em movimentos sociais feministas e LGBTI+, bem como as redes de apoio, formaram estratégias para resistir e produzir saúde. As trajetórias demonstraram a importância do olhar atento às singularidades das mulheres bissexuais amazônicas para a construção de políticas e práticas de cuidado que verdadeiramente as atendam de maneira integral e equânime.

Palavras-chave: Mulheres; Bissexualidade; Saúde; Amazonas.

PEREIRA, MED. **“We are not manufactured on a production line to be all the same”:** challenges, potentialities and resistance in the health of bisexual women in Manaus/AM. 135f. Dissertation. Federal University of Amazonas. Advisor: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Manaus – Amazonas.

ABSTRACT

Bisexuality is shaped and constructed by historical and social contexts, and the marginalization and erasure of bisexual people from academic, medical, social, and political spheres has reinforced stereotypes that are harmful to bisexual health, such as claims of illegitimacy, links to promiscuity, confusion, indecision, and association with sexually transmitted infections. As for women, fetishization and hypersexualization also lead to vulnerabilities in mental, sexual, and reproductive health, as well as violence. Even in this scenario, it is common for the debate on bisexual health to be ignored or only mentioned as part of a list in health booklets, policies, and practices, which creates a gap between the doctrinal principles of the Unified Health System (SUS) and the concrete reality. In the context of Amazonas, despite achievements such as the State Policy for Comprehensive LGBTI+ Health, challenges persist in access to health care for the groups that make up the acronym, including bisexuals. In this sense, the general objective of this dissertation is to analyze the health care experiences of women who identify as bisexual and/or pansexual and/or who relate to people of more than one gender and reside in the city of Manaus/AM. When thinking about care experiences, we start from the conception that health can be produced both by health professionals and services and by the subjects themselves. We used the narrative method proposed by Jovchelovitch and Bauer for individual narrative interviews and analyzed the discourses of the twelve research participants in light of post-structuralist feminist concepts, the expanded concept of health in Public Health, and theoretical contributions on bisexuality. The results were analyzed based on the stages proposed by Fritz Schütze for narrative analysis, and three major themes of discussion were constructed: 1) health needs – what they demand; 2) challenges and potentialities in accessing health – what they encounter; and 3) recognition, subjectivities, and health production – how they (re)exist. The narratives demonstrated the recurrence of psychological suffering, sexual and psychological violence in childhood, adolescence, and intimate partnerships, and sexual and reproductive health impacted by the association of bisexuality with sexually transmitted infections. The challenges included structural and geographical problems of the Amazonian SUS, as well as professionals unprepared to deal with the demands and disclosure of (bi)sexuality. At the same time, professionals and services interested in women's sexual and emotional histories offered adequate assistance and were important for the continuity of care. Recognition as a bisexual/pansexual woman enabled new subjective meanings and participation in feminist and LGBTI+ social movements, as well as support networks, formed strategies to resist and produce health. The trajectories demonstrated the importance of paying close attention to the singularities of bisexual women in the Amazon for the construction of care policies and practices that truly serve them in a comprehensive and equitable manner.

Keywords: Women; Bisexuality; Health; Amazon.

PEREIRA, MED. **“No somos fabricadas en una cadena de producción para ser todas iguales”**: desafíos, potencialidades y resistencias en la salud de las mujeres bisexuales en Manaus/AM. 135f. Disertación. Universidad Federal del Amazonas. Supervisor: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira. Manaus – Amazonas.

RESUMEN

La bisexualidad está atravesada y construida por el contexto histórico y social, y las concepciones de marginación y borrado de las personas bisexuales de los ámbitos académico, médico, social y político han reforzado estereotipos que perjudican la salud bisexual, como la afirmación de que es ilegítima, la vinculación con la promiscuidad, la confusión, la indecisión y la asociación con infecciones de transmisión sexual. En cuanto a las mujeres, la fetichización y la hipersexualización también conducen a vulnerabilidades en la salud mental, sexual y reproductiva, además de a la violencia. A pesar de este panorama, es habitual que el debate sobre la salud bisexual se ignore o solo se mencione como parte de una lista en folletos, políticas y prácticas de salud, lo que configura una brecha entre lo que preconizan los principios doctrinales del Sistema Único de Salud (SUS) y la realidad concreta. En el contexto de Amazonas, a pesar de logros como la Política Estatal de Salud Integral LGBTI+, persisten los retos en el acceso a la salud por parte de los grupos que componen el acrónimo, incluidas las bisexuales. En este sentido, el objetivo general de esta tesis es analizar las experiencias de atención sanitaria de las mujeres que se identifican como bisexuales y/o pansexuales y/o que se relacionan con personas de más de un género y residen en la ciudad de Manaus/AM. Al pensar en las experiencias de atención, partimos de la concepción de que la salud puede ser producida tanto por los profesionales y los servicios de salud como por las propias personas. Utilizamos el método narrativo propuesto por Jovchelovitch y Bauer para las entrevistas narrativas individuales y analizamos los discursos de las doce interlocutoras de la investigación a la luz de las concepciones del feminismo posestructuralista, del concepto de salud ampliada de la Salud Colectiva y de las contribuciones teóricas sobre las bisexualidades. Los resultados se analizaron a partir de las etapas propuestas por Fritz Schütze para el análisis de narrativas y se construyeron tres grandes temas de discusión: 1) necesidades en salud: lo que demandan; 2) desafíos y potencialidades en el acceso a la salud: lo que encuentran; y 3) reconocimientos, subjetividades y producción de salud: cómo (r)existen. Las narrativas demostraron la recurrencia del sufrimiento psíquico, la violencia sexual y psicológica en la infancia, la adolescencia y por parte de la pareja íntima, y una salud sexual y reproductiva afectada por la asociación de la bisexualidad con las infecciones de transmisión sexual. Los desafíos abarcaban problemas estructurales y geográficos del SUS amazónico, así como profesionales poco preparados para lidiar con las demandas y la revelación de la (bi)sexualidad. Al mismo tiempo, los profesionales y servicios interesados en los antecedentes sexuales y afectivos de las mujeres ofrecieron una asistencia adecuada y fueron importantes para la continuidad de la atención. El reconocimiento como mujer bisexual/pansexual permitió nuevos significados subjetivos y la participación en movimientos sociales feministas y LGBTI+, así como las redes de apoyo, formaron estrategias para resistir y producir salud. Las trayectorias demostraron la importancia de prestar atención a las singularidades de las mujeres bisexuales amazónicas para la construcción de políticas y prácticas de atención que realmente las atiendan de manera integral y equitativa.

Palabras clave: Mujeres; Bisexualidad; Salud; Amazonas.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AM	Amazonas
BIL	Bissexuais e Lésbicas de Minas Gerais
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CBB	Coletivo Brasileiro de Bissexuais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
EM	Estresse de Minoria
ES	Espírito Santo
EUA	Estados Unidos da América
FIV	Fertilização In Vitro
GAEBI	Grupo Amazônica de Estudos sobre Bissexualidade
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Intersexo e demais identidades
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PA	Pará
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCCU	Preventivo do Câncer de Colo de Útero
PePSIC	Periódicos Eletrônicos em Psicologia
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSI-LGBT	Política Nacional de Saúde Integral LGBT
REBIM	Rede Brasileira de Estudos sobre Bissexualidade e Monodissidências
RS	Rio Grande do Sul
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SENALE	Seminário Nacional de Lésbicas
SENALESBI	Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos.....	23
Figura 2. Convite para participação na pesquisa – pré qualificação.....	60
Figura 3. Convite para participação na pesquisa – pós qualificação.....	62
Figura 4. Convite para o Projeto TRANSELUS (Instagram).....	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Sumarização dos artigos selecionados.....	25
Tabela 2. Perfil das interlocutoras.....	58

SUMÁRIO

1. NOTAS INTRODUTÓRIAS	15
2. O QUE TEMOS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES BISSEXUAIS?.....	20
3. COSTURAS POSSÍVEIS ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS E A SAÚDE DAS MULHERES BISSEXUAIS.....	38
4. OBJETIVOS	55
5. INCURSÃO METODOLÓGICA	56
5.1 Breve apresentação do estudo	56
5.2 Conhecendo as interlocutoras	57
5.3 Produção dos dados (e um dedo de prosa).....	59
5.4 Análise dos dados	65
5.5 Cuidados éticos.....	66
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
6.1 NECESSIDADES EM SAÚDE: O QUE DEMANDAM?.....	70
6.1.1 Saúde mental e sofrimento psíquico	71
6.1.2 Violência sexual e violência por parceria íntima.....	76
6.1.3 Saúde sexual e reprodutiva.....	80
6.2 DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO ACESSO: O QUE ENCONTRAM?.....	84
6.2.1 (Des)encontros e desafios.....	87
6.2.2 Encontros e potências	93
6.3 RECONHECIMENTOS, SUBJETIVIDADES E PRODUÇÃO DE SAÚDE – COMO (R)EXISTEM?	99
6.3.1 O encontrar-se em si mesma	100
6.3.2 O encontrar-se em outra(s).....	102
7. CONSIDERAÇÕES (NADA) FINAIS	105
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES	120
ANEXOS	129

1. NOTAS INTRODUTÓRIAS

Bissexualidades, diferenças e saúdes, no plural

Algumas das principais características associadas à bissexualidade centralizam-se nas ideias de ilegitimidade, falsidade, confusão, indecisão, hipersexualização e presunção de promiscuidade e infidelidade. A marginalização e o apagamento são reiterados, sobretudo, por concepções presentes nos espaços acadêmicos, sociais e da saúde, reproduzidos por pessoas heterossexuais e, por vezes, pelo próprio movimento LGBTI+¹. Assim, nesta pesquisa, parto do pressuposto de que o debate da saúde bissexual é quase sempre ignorado ou apenas mencionado como “parte de uma lista” dos estudos LGBTI+ e da Teoria *Queer* (Lewis, 2012, p. 20). E embora haja mais trabalhos sobre bissexualidade do que é reconhecido – o que revela mais um dos efeitos do apagamento – o número de produções sobre a saúde bi² segue sendo inferior às dedicadas às homossexualidades, por exemplo (Lewis, 2012; Monaco, 2021).

Para adentrar na bissexualidade enquanto objeto, compreendo-a neste trabalho a partir de três eixos: como sexualidade, como política (possível) e como epistemologia. Como sexualidade, ela apreende práticas e desejos afetivos e sexuais por pessoas de mais de um gênero, em um mesmo momento ou em distintas fases da vida, sendo também um termo “guarda-chuva” que inclui outras identidades não-monossexuais (aquelas que direcionam práticas e desejos sexuais e afetivos a apenas um sexo/gênero), como a pansexualidade, a polisssexualidade e a sexualidade fluida (Cavalcanti, 2007; Jaeger et al., 2019). Essa definição também busca romper com classificações simplistas de que o “bi” se restringiria a apenas “feminino” e “masculino”, e de que a bissexualidade excluiria pessoas trans e não-binárias, sendo por isso a mais utilizada pelo movimento bissexual atualmente. Compreendo, entretanto, que por traduzir experiências, ela pode não ser significada dessa maneira por todas as pessoas, sendo importante considerar as diferenças

¹Adotamos, na maior parte do texto, o acrônimo “LGBTI+” para designar as pessoas e/ou grupos identificados como lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, intersexuais, assexuais e demais orientações, identidades e expressões sexuais não-normativas. Seguindo a perspectiva de Facchini (2019), a diferença entre os acrônimos - LGBT, LGBTI+, LGBTQIA+ e LGBNTQIAP+ e as novas combinações - trata da adição de categorias que direcionam para um detalhamento e agenciamento de *experiências* e suas complexidades. Em um movimento pendular, a sigla reflete a construção de *identidades coletivas e políticas* ao longo do tempo, marcando a luta por direitos, gerando novos repertórios e enquadramentos do ativismo, mas também, considerando que a dinâmica dessas articulações tem existido a partir de uma relação ineludível com os tensionamentos da própria *experiência*.

²Em alguns momentos do texto, me referirei à bissexualidade a partir do termo “bi”, apenas para maior conformidade estética, evitando a repetição de palavras.

que também compõem as sujeitas para além dela, questão que tratarei em parágrafos próximos. Nesse bojo, Cruz, Lima e Carneiro (2022) sugerem conceber esse termo também no plural, *bissexualidades*, como forma de abarcar a fluidez existente.

Em segundo, a bissexualidade pode ser também uma categoria política, a depender do uso que se quer fazer dela (Monaco, 2020). Com efeito, ela desestabiliza a lógica do binarismo homo/hétero e feminino/masculino, uma vez que bissexuais costumam se relacionar de maneira fluida ao longo da vida e rompem assim com a suposta linearidade sexo-gênero que é premissa da matriz heterossexual (Butler, 1990; Callis, 2009; Lewis, 2012). April Callis (2009) e Helena Monaco (2021) lembram ainda que, assim como o *queer*, as políticas bissexuais surgem com os movimentos gays, lésbicos e feministas que se fortalecem nos anos 70 no contexto internacional, e a partir de insatisfações com as políticas identitárias no interior desses movimentos, fazendo a construção da bissexualidade enquanto autônoma (Van Alphen, 2016 citado por Monaco, 2021).

Especialmente no contexto brasileiro, Regina Facchini (2005, 2020) destaca que uma das particularidades do movimento bi foi a luta primeira por legitimação dentro do próprio movimento LGBTI+, e a demanda de reconhecimento da bissexualidade como legítima dentro da “sopa de letrinhas”³ foi um grande exemplo das tensões que permearam o movimento, dadas as dificuldades em reivindicar uma categoria que remetia à fluidez em um momento em que a preocupação com a afirmação de uma identidade mais fixa – como ser gay ou lésbica – era fundamental para o diálogo com a esfera estatal e a criação de políticas. Assim, Facchini conclui que “menos que reivindicações específicas a serem dirigidas ao Estado, a disputa pela inclusão do B remete a algo da ordem do que temos chamado de **experiência** [ênfase minha] (Facchini, 2020, p. 50).

A partir disso, depreendo as bissexualidades também como epistemologias, que “bebem” das fontes da Teoria *Queer*, mas utilizam especificamente essa sexualidade como ponto de partida para subverter os binarismos ancorados na heterossexualidade compulsória⁴. Nesse sentido, Monaco (2021) cita as contribuições de Clare Hemmings para explicitar que a virada de chave das epistemologias bissexuais se deu, no contexto

³Ao tratar sobre a proliferação de siglas e a multiplicação de categorias que se destinam a nomear os sujeitos do movimento que aqui optamos por nomear como LGBTI+, conforme a nota de rodapé anterior, Facchini (2005) utiliza a metáfora da “sopa de letrinhas”, com os acrônimos que refletem a presença das orientações, identidades e expressões não normativas pertencentes à sigla.

⁴ Presente no pensamento butleriano e discutida por autoras do feminismo lésbico como Adrienne Rich e Monique Wittig, a partir dessa perspectiva, a heterossexualidade é vista como uma instituição política que retira o poder social das mulheres, uma vez que a experiência lésbica – ou bissexual – é percebida como desviante, odiosa ou simplesmente colocada como invisível (Rich, 2012).

internacional, no fim dos anos 1980 e início dos anos 1990, em que ativistas e teóricas bissexuais passaram a escrever cada vez mais sobre si mesmas, suas experiências, ativismos e políticas bissexuais. Com o aumento das campanhas de visibilidade bissexual nos EUA, desenvolveu-se um campo teórico sobre esse tema e emergiram, então, as chamadas epistemologias bissexuais (Hemmings, 2002 citada por Monaco, 2021).

Para Sara Lewis (2012), as epistemologias bissexuais possibilitaram problematizar a bissexualidade e pensar nas suas possibilidades de subverter as normas cristalizadas de gênero e sexualidade. Ao mesmo tempo, existe a preocupação por parte do movimento bi de que essa perspectiva, na verdade, crie novos binários rígidos e excludentes, como bissexual/monossexual, e que na busca por definir uma identidade bissexual, possamos cair nas redes do essencialismo. Na seção de Incursão Metodológica, compartilho mais detalhadamente como, ao longo da pesquisa, essa linha tênue também foi cruzada por mim, o que produziu novas afetações importantes para os caminhos da dissertação. Nesse bojo, passou a ser importante ficar alerta para o que Camila Cavalcanti (2007) chamou de perigo iminente na bissexualidade: o de, ao considerá-la como identidade, nos desatrelarmos dela a partir das *diferenças* – e enquanto uma.

Nesta empreitada, utilizo de algumas das contribuições dos feminismos pós-estruturalistas, conforme Claudia Costa (2002), bem como das conceituações da diferença discutidas pela socióloga Avtar Brah, sobretudo considerando que esse estudo trata de experiências, e as experiências não traduzem uma realidade pré-determinada, mas uma construção cultural (Brah, 2006). Trata-se então, ainda conforme a autora, de compreender as experiências a partir do sentido atribuído a elas, que é situado e historicamente variável, e sofre a ação de múltiplas determinações, ainda que em um grupo com características em comum. Para Claudia Costa (2002), a negação da categoria unificada de “mulher” não impede a formação de construções de ação comum ou fragiliza as pautas políticas coletivas das mulheres, uma vez que expor a heterogeneidade desse grupo não significa parar de enxergar que existem pontos nodais: realidades em que essas sujeitas, de diferentes pontos de partida, possuem semelhanças que participam da formação de suas identidades - sem, contudo, defini-las completamente. A partir disso, considero igualmente importante considerar que, também a partir das diferenças, produzimos diferentes modos de fazer saúde, ou, melhor, diferentes *saúdes*, a depender de nossas localizações e modos de vida. Assim, reitero aqui uma perspectiva de saúde muito mais ampla do que aquela encontrada em uma concepção tradicional e biomédica, a partir do esforço, sobretudo por parte da Saúde Coletiva, de substituir a ideia de uma

identidade permanente de sujeitos na saúde pela de contínua reconstrução de identidades, bem como do caráter relacional e contingente de nossas historicidades como indivíduos e grupos (Ayres, 2004).

No Brasil, em que a saúde é um direito constitucional e as práticas de saúde são orientadas pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sinalizo a importância dos avanços das políticas públicas de saúde que derivam principalmente dos ativismos feministas e LGBTI+, possibilitando a inclusão de mulheres bis nas pautas de saúde, sob diálogos e disputas. Contudo, corroborando a problemática tratada anteriormente, muitas dessas inclusões não passam de mera menção ao termo bissexual. Nesse sentido, tem-se uma lacuna para a efetivação da equidade, uma vez que esse princípio significa justamente incluir as diferenças e as necessidades diversas dos grupos sociais na garantia de direitos (Barros & Sousa, 2016).

Durante o percurso desta pesquisa, ao realizar um primeiro estudo de revisão de literatura, verifiquei que os estudos internacionais – que ainda são maioria - e nacionais já apontam vulnerabilidades em saúde das mulheres bissexuais. Já na realização de um ensaio teórico, em que me aprofundei nos textos de algumas das movimentações políticas brasileiras envolvendo a saúde das mulheres (algumas), constatei que majoritariamente o que se tem são quase ou inexistentes discursos sobre a saúde de mulheres bis em planos de ação e cartilhas de saúde. Quando essas demandas são ignoradas nas políticas e nas práticas de cuidado, a equidade não se perfaz na realidade.

Sobre o contexto amazônico, especificamente, a primeira Política Estadual de Saúde Integral LGBTI+ do Amazonas foi instituída em 2021, mas persistem dificuldades significativas e barreiras materiais e subjetivas para o acesso efetivo dessas populações – que, reitero, não são homogêneas - ao cuidado em saúde (Neves & Sívori, 2024). Do mesmo modo, conforme será possível verificar na seção de Resultados e Discussão, os desafios perpassam também questões estruturais e geográficas do SUS amazônico, como as que tratam da concentração da maior parte dos serviços de saúde em Manaus, em detrimento dos municípios do interior do Amazonas (Garnelo, Sousa & Silva, 2017).

Assim, acessei as narrativas das doze mulheres interlocutoras desta pesquisa em busca de encontrar *bissexualidades, diferenças e saúdes*, no plural, com vistas a interpretar as diferentes formas como essas sujeitas organizam suas experiências, sendo mulheres amazônicas⁵. Realizei as entrevistas com cada interlocutora de forma

⁵Conforme as observações de Silva et al. (2024), utilizo neste trabalho o termo amazônica para me referir a quem nasceu ou vive no Amazonas, enquanto o termo amazônico está relacionado ao território de

presencial, utilizando do método narrativo proposto por Jovchelovitch e Bauer (2002). Nesse ínterim, reforço que este trabalho não tem a intenção de ser neutro ou de ignorar que meu próprio ponto de vista também abriga uma localização, da qual eu não me destitui ao longo da pesquisa. Para além da implicação já necessária entre pesquisadora e campo, especialmente na pesquisa qualitativa, minha trajetória como mulher bissexual, parda e nordestina-nortista também foi tecendo e sendo tecida no percurso deste estudo, de modo que, a cada nova inquietação minha, a pesquisa também se reconfigurava. Assumi, então, a reflexividade como *éthos* (Minayo & Guerriero, 2014), em uma posição dialética com o campo: afetei e também me permiti ser afetada por ele. Conforme o que pontua Donna Haraway (1995), toda produção de conhecimento é posicionada e situada, inclusive a que envolve esta pesquisa.

A partir disso, a dissertação conta com dois capítulos teóricos. Em “O que temos sobre a saúde das mulheres bissexuais?”, apresento os dados oriundos de uma revisão de literatura, que buscou mapear como a saúde das mulheres bissexuais é abordada nas produções científicas nacionais e internacionais; em “Costuras possíveis entre as políticas de saúde brasileiras e a saúde das mulheres bissexuais”, trago as reflexões feitas em um ensaio, em que analisei a posição da saúde das mulheres bis em três documentos oficiais de políticas de saúde brasileiras. Nos capítulos posteriores, “Incurso Metodológica” aborda o percurso para fazer existir a pesquisa – com alguns dedos de prosa sobre esse caminhar –, em “Resultados e Discussão”, apresento as sujeitas-protagonistas da pesquisa e inicio a interpretação de suas narrativas a partir de três grandes temas, elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa: 1) necessidades de saúde – o que demandam; 2) desafios e potencialidades no acesso à saúde – o que encontram; e 3) reconhecimentos, subjetividades e produção de saúde – como (r)existem. Por último, em “Considerações (nada) Finais”, faço alguns apontamentos que refletem o meu desejo de que a finalização desta pesquisa seja, na realidade, um preâmbulo de mais por vir.

maneira mais geral. Essa compreensão entende que as experiências de vida no território amazônico estão imbricadas aos aspectos sociais, históricos, políticos, culturais e geográficos próprios dessa região.

2. O QUE TEMOS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES BISSEXUAIS?⁶

Problematizações sobre os modos pelos quais a cisheteronormatividade produz vulnerabilidades nos processos de saúde-doença-cuidado de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais, *queers*, intersexuais, assexuais e outras orientações sexuais e identidades de gênero não normativas (LGBTI+) têm levado à produção de profícuas análises na saúde. Mesmo que a realidade de preconceito, discriminações e estigmas seja comum à maioria dessas pessoas – por compartilharem características de insurgência, subversão e dissidência – é importante destacar que considerar esse grupo como homogêneo acaba por contribuir para o apagamento da própria diversidade. Cada um desses grupos carrega uma vivência específica, composta por marcadores interseccionais que os atravessam de maneira complexa e imbricada (Ferreira & Bonan, 2020).

Partindo do pressuposto de que o debate da bissexualidade de mulheres é comumente visto de modo conjunto às lesbianidades, quase como uma forma única e acoplada de considerar as experiências homoafetivas femininas, o artigo considerou especificamente a discussão em torno de mulheres bissexuais e cisgêneras. Essa orientação sexual é permeada por estereótipos e preconceitos típicos da fuga ao monossexismo, termo usado para referir-se à crença social de que as monossexualidades (heterossexualidade, homossexualidade e lesbianidade) são mais legítimas do que outras sexualidades não-monossexuais, como a bissexualidade (Jaeger et al., 2019). 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, destacam-se a alegação de promiscuidade, a tendência à infidelidade e a hipersexualização, além da premissa de que seja uma orientação sexual transitória. Dessa maneira, o termo “bifobia” tem sido cunhado para descrever o movimento de violências, apagamentos, invisibilidades e deslegitimações da bissexualidade (Cruz, Lima & Carneiro, 2022; Lewis, 2012; Cavalcanti, 2007).

O ativista e pesquisador Dani Vas propôs o conceito de monodissidência como uma ferramenta político-comunitária que contempla pessoas que se atraem sexual e/ou romanticamente por mais de um gênero, como acontece na bissexualidade. A principal

⁶Os dados desta seção são fragmentos de uma revisão de escopo, produzida como primeiro estudo da pesquisadora no mestrado. Aqui posicionamos os principais achados, com o objetivo de “dar fôlego” à nossa discussão. O artigo é intitulado “Análise da Produção Científica sobre a Saúde de Mulheres Bissexuais” e pode ser lido na íntegra no link: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350105pt>.

característica da monodissidência é a luta contra o binarismo de gênero e suas implicações sociais e políticas (Vas, 2021). Devido a bissexualidade ser uma orientação sexual inserida na monodissidência, pessoas que se identificam como bissexuais são frequentemente entendidas como “enrustidas”, “em cima do muro” ou “dentro do armário” e desautorizadas em suas experiências sexuais e afetivas, tanto por pares heterossexuais quanto homossexuais (Lewis, 2012). Assim, mulheres atravessadas por múltiplos marcadores, incluindo o da bissexualidade, podem sugerir diferentes vulnerabilidades no processo saúde-doença-cuidado. Os estigmas associados à bissexualidade figuram como entraves ao acesso das mulheres bissexuais aos serviços de saúde de forma equânime, especialmente em um contexto em que as práticas de saúde se estruturam a partir da lógica monossexista e cisheteronormativa (Rodrigues & Falcão, 2021; Cabral *et al.*, 2019).

No contexto brasileiro, pode-se sinalizar que os avanços nas políticas públicas, oriundos principalmente de reivindicações dos movimentos sociais feministas e de ativistas LGBTI+, levaram à formulação de marcos legais importantes que tratam da saúde de mulheres bissexuais (Rodrigues & Falcão, 2021), como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2011) e o Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” (Brasil, 2014). Antes desse período, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) também sinalizou a necessidade de atenção à saúde de mulheres para além de uma lógica de cuidado heteronormativa, abrindo frestas para a discussão de saúde de mulheres com orientações sexuais dissidentes. Este documento, contudo, teceu considerações apenas sobre a saúde de mulheres lésbicas.

Embora o longo percurso histórico de políticas de saúde e luta pelos direitos humanos tenha travado discussões atinentes, marcando fortes rupturas na forma de olhar para as questões sexuais e de gênero na saúde, a discriminação de mulheres bissexuais ainda se faz presente nos serviços de saúde, perpassando questões como a invisibilidade da bissexualidade no contexto clínico, as dificuldades na consulta ginecológica, o temor quanto a revelação da orientação sexual e o não reconhecimento de práticas afetivo-sexuais (Rodrigues & Falcão, 2021; Cabral *et al.*, 2019). Já no que diz respeito às produções acadêmicas, existe uma concepção de que a bissexualidade não é retratada pelos estudos nacionais e internacionais. Conforme Monaco (2021), essa ideia na realidade é equivocada, uma vez que existe uma produção ampla sobre bissexualidade;

contudo, a maior parte desses materiais foi produzido no norte global e não é encontrado ou traduzido com facilidade no Brasil. Essa lacuna também se configura como um dos efeitos do apagamento bissexual, pois não apenas exclui a bissexualidade, mas torna o que já existe sobre ela inacessível para a maioria das pessoas. No contexto nacional, embora crescentes, as pesquisas sobre bissexualidade e especialmente sobre a saúde bissexual ainda são escassas, mesmo nas discussões sobre gênero e sexualidade (Monaco, 2021).

Essa realidade sugere a existência de um cuidado em saúde fragmentado para mulheres bissexuais, decorrente do lugar de invisibilidade que a bissexualidade ocupa no imaginário social que repercute no aparato político do Estado. Assim, considerando o exposto, o objetivo da revisão de escopo foi mapear como as produções científicas abordam a saúde de mulheres bissexuais no contexto dos serviços de saúde. Utilizou-se o mnemônico População, Conceito e Contexto (PCC) para guiar as buscas nas bases de dados. Neste estudo, a População é composta por mulheres bissexuais; o Conceito é a saúde de modo geral; e o Contexto são os serviços de saúde. Articulando os tópicos caracterizados na estratégia PCC e os objetivos do estudo, a questão de pesquisa que esta revisão busca responder é a seguinte: Como as produções científicas abordam a saúde de mulheres bissexuais no contexto dos serviços de saúde?

O levantamento das publicações foi realizado nas bases de dados USA National Library of Medicine (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC). A escolha das bases se deu, principalmente, pelo maior alcance nacional e internacional de pesquisas publicadas na área da saúde e das ciências sociais e humanas. As buscas foram realizadas por duas juízas independentes e um terceiro juiz foi convidado a colaborar em situação de conflito. Foram utilizados dois descritores (“mulheres bissexuais” e “saúde”) em português, inglês e espanhol, combinados pelo operador booleano AND.

A seleção dos estudos ocorreu através da construção dos seguintes critérios de inclusão: 1) artigos originais completos sobre a saúde de mulheres bissexuais e disponíveis na íntegra; 2) materiais nos idiomas português, inglês ou espanhol e 3) estudos publicados entre o período de 2013 a 2023, considerando a necessidade de verificar o estado da arte nos últimos dez anos e a influência, no contexto brasileiro, da promulgação de documentos oficiais que abarcam a saúde de mulheres bissexuais, tais

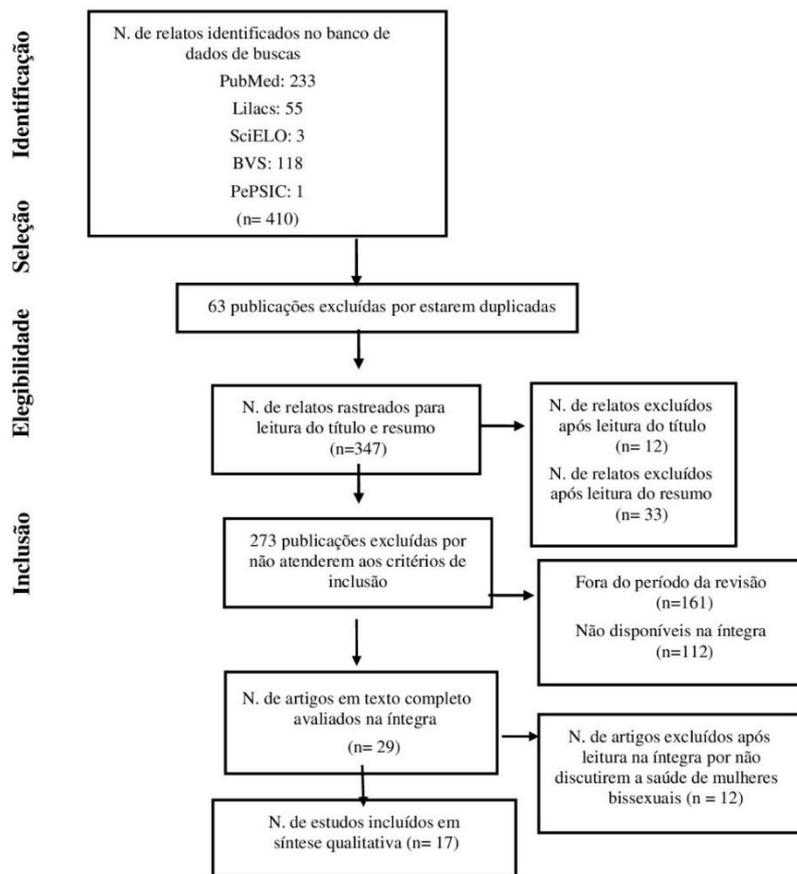
como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2011, e o Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, de 2014. Os critérios de exclusão foram: 1) estudos fora do escopo da revisão; 2) artigos duplicados, outras revisões, capítulos de livro, editoriais, dissertações e teses. Para a seleção das publicações de acordo com os critérios de elegibilidade, foi utilizado o aplicativo Rayyan (Ouzzani et al., 2016).

Para identificar as informações a serem extraídas dos artigos, criou-se um protocolo com as características gerais dos estudos, com as seguintes categorias: a) ano de publicação, autoria e periódico; b) país de origem da pesquisa realizada; c) tipo de estudo (método empregado); d) principais resultados obtidos; e e) área de conhecimento dos autores. Após a leitura dos artigos na íntegra, foi realizada Análise de Conteúdo para elencar categorias de interpretação dos resultados, definidas a partir das semelhanças entre os estudos (Bardin, 1977). Com isso, a partir do objetivo proposto pela revisão, posicionou-se a saúde da mulher bissexual em quatro dimensões: 1) dimensão da saúde física e mental; 2) dimensão social; 3) dimensão relacional com profissionais de saúde; e 4) dimensão política de invisibilidade da bissexualidade.

Os achados foram sistematizados de acordo com o local de origem do estudo, delineamento metodológico escolhido e principais conclusões. A estratégia de busca resultou em 410 artigos e, após o descarte das duplicatas, a leitura pormenorizada dos títulos e resumos e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, permaneceram 29 estudos para leitura na íntegra. Posteriormente, foram excluídas mais 12 publicações que não realizavam a discussão da saúde de mulheres bissexuais em seu escopo, restando 17 artigos para análise. Os dados do procedimento de seleção são apresentados na Figura 1.

Figura 1

Fluxograma do processo de seleção dos artigos



Fonte: Autores.

A Tabela 1 apresenta a sumarização dos dados dos estudos selecionados para integrar a presente revisão, tais como: autoria, ano, país de origem do estudo, método e principais conclusões. Após a leitura dos textos completos, foi possível identificar que o maior número de produções se concentra no norte global, mais especificamente nos Estados Unidos da América (n=8), seguido do Brasil (n=4), Argentina (n=2), Inglaterra (n=1), Jamaica (n=1) e Coreia do Sul (n=1). Para mais, os dados demonstram que o período em que houve maior número de publicações sobre a temática foi no ano de 2020 (n=3), a seguir figuram 2015, 2016, 2018, 2019 e 2021 apresentando duas publicações (n=2 para cada ano), e por fim os anos de 2013, 2014, 2022 e 2023 apresentaram apenas uma publicação (n=1 para cada ano). Dessa forma é possível perceber um movimento de aumento das publicações relacionadas à saúde de mulheres bissexuais na literatura científica. Pesquisas anteriores a esse recorte temporal destacam a urgência de estudos e intervenções focados na compreensão e cuidados no contexto da saúde de mulheres com orientações sexuais não normativas, incluindo a bissexualidade (Logie et al., 2016; Hahm et al., 2016; Lavaccare et al., 2018; Lewis et al., 2019; Cabral et al., 2019). No que diz respeito ao delineamento metodológico adotado, os resultados indicam o predomínio do

método quantitativo (n=10), seguido de métodos qualitativos (n=5) e em menor expressão pesquisas mistas (n=1) e investigações documentais (n=1).

Sobre a área de conhecimento dos autores, a maioria dos estudos vem da Medicina (n=8) e versa sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais, a realização de exames ginecológicos como o Papanicolau e o comportamento de rastreio para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), bem como a postura de profissionais e serviços no cuidado em saúde. Outros estudos nesta área consideram também a prevalência de consumo de álcool e de distúrbios alimentares em mulheres lésbicas e bissexuais. Três estudos partem da Psicologia (n=3), sendo que dois deles discutem sobre a ligação entre problemas de saúde física e mental de mulheres lésbicas e mulheres bissexuais, como a maior incidência de sintomas de depressão, ansiedade e ideação suicida nesta população, bem como a influência do estresse de minorias (EM) e do estigma sobre o prejuízo à saúde mental das mulheres. Outro estudo da Psicologia trata dos marcos políticos da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais a partir de documentos oficiais brasileiros. Três produções (n=3) pertencem ao campo da Enfermagem e tratam da qualidade de vida, do vírus hiv e da assistência dos profissionais de Enfermagem a mulheres lésbicas e bissexuais. Por último, três publicações (n=3) encontram-se em um panorama multidisciplinar, mesclando áreas como o Serviço Social, a Odontologia, a Medicina, a Psicologia e a Sociologia. Esses estudos discutem o uso de substâncias, a violência sexual e o estigma para mulheres lésbicas e bissexuais, bem como os prejuízos à saúde física e mental.

Dos dezessete estudos analisados na íntegra (n=17), apenas dois (n=2) se referem apenas a mulheres bissexuais, enquanto os demais tecem suas considerações sobre esse grupo de maneira conjunta com a comunidade lésbica. Mesmo assim, boa parte dos estudos que trabalham mulheres lésbicas e bissexuais ressaltam ter encontrado dados de vulnerabilidades específicos das mulheres bissexuais em razão dos estereótipos associados à bissexualidade e da discriminação sofrida dentro da própria comunidade LGBTI+, recomendando estudos e intervenções futuras que analisem esse grupo separadamente (Ehlke et al., 2020; Logie et al., 2018; Kim & Choi-Kwon, 2021; Lewis et al., 2019; Rodrigues & Falcão 2021).

Tabela 1 - Sumarização dos estudos selecionados.

AUTORIA	ANO	PAÍS	MÉTODO	PRINCIPAIS CONCLUSÕES
Ehlke et al.	2020	EUA	Qualitativo	Mulheres bissexuais relataram mais problemas de saúde em comparação com mulheres lésbicas devido ao estigma associado à bissexualidade.
Reiter & Mcrec	2015	EUA	Quantitativo	Há uma associação positiva entre a revelação da orientação sexual para o médico e a realização do exame Papanicolau por mulheres lésbicas e bissexuais.
Silberman, Buedo & Burgos	2016	Argentina	Quantitativo	Há prejuízo aos cuidados em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais pela postura heterossexista dos profissionais, refletida no não questionamento da orientação sexual, ausência de orientações adequadas sobre os métodos de proteção e IST e por reações negativas diante da revelação da sexualidade.
Colledge et al.	2015	Inglaterra	Quantitativo	Há prejuízo significativo de saúde mental e física em mulheres bissexuais e menor probabilidade de apoio social, bem como menor probabilidade de revelar a orientação sexual.
Brown et al.	2014	Argentina	Qualitativo	O caráter heteronormativo das consultas, a invisibilidade de práticas homoeróticas femininas, o estigma e a discriminação são obstáculos ao acesso de mulheres lésbicas e bissexuais a cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

Litt et al.	2013	EUA	Quantitativo	Mulheres lésbicas e bissexuais têm maior risco de desenvolver transtornos de ansiedade e por uso de álcool. Mulheres bissexuais sofrem marginalização dentro da comunidade LGBTI+ por fugirem do monossexismo.
Bezerra et al.	2022	Brasil	Quantitativo	A região Norte do Brasil notificou mais casos de hiv/aids em mulheres lésbicas e bissexuais devido a dificuldades na efetivação de políticas no combate ao hiv e à baixa acessibilidade dessas mulheres à testagem e a orientações adequadas para proteção contra IST nessa região.
Cepeda et al.	2020	EUA	Quantitativo	Mulheres bissexuais são marginalizadas em um grupo marginalizado. Sofrem mais estresse, têm maior consumo de drogas, maior sintomatologia para depressão, TEPT e ideação suicida. Bissexuais de minorias étnicas têm a invisibilidade social ainda mais aguçada.
Logie et al.	2018	Jamaica	Quali-Quantitativo	Profissionais de saúde estigmatizaram e discriminaram mulheres lésbicas e bissexuais na Jamaica. A percepção de baixo risco de transmissão de IST culmina no baixo acesso à testagem e na ausência de orientações sobre práticas sexuais seguras.
Hahm et al.	2016	EUA	Quantitativo	Altos índices de problemas de saúde mental em mulheres lésbicas e bissexuais apontam a necessidade de investigações para compreender e superar as barreiras para oferecer cuidados adequados.

Kim & Choi-Kwon	2021	Coréia do Sul	Quantitativo	Os níveis de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) física foram médios e o QVRS mental foi baixo em mulheres lésbicas e bissexuais. Os fatores que influenciam esses níveis são o estigma da bissexualidade, estresse de minorias, baixo apoio social e pouca atividade física.
Balenger et al.	2023	EUA	Quantitativo	Mulheres lésbicas e bissexuais têm maiores probabilidades de consumir álcool em excesso, mas menos chances de receber aconselhamento sobre consumo de álcool no contexto de cuidados básicos em saúde.
LaVaccare et al.	2018	EUA	Qualitativo	Há uma atuação em saúde centrada no modelo heteronormativo. Mulheres lésbicas e bissexuais experimentaram suposições sobre sua sexualidade por profissionais de saúde e destacaram necessidade de qualificação profissional.
Lewis et al.	2019	EUA	Quantitativo	Mulheres bissexuais experimentaram mais problemas de saúde física e mental e de consumo de álcool ao longo da vida, em comparação com mulheres lésbicas.
Alves, Moreira & Prado	2020	Brasil	Documental	Há a necessidade de uma reestruturação dos cuidados em saúde direcionados para mulheres lésbicas e bissexuais, bem como a proteção dos direitos adquiridos ao longo de anos de luta e resistência no Brasil.

Rodrigues & Falcão	2021	Brasil	Qualitativo	Mulheres bissexuais são invisibilizadas nos serviços de saúde. Mulheres lésbicas e bissexuais vivenciam dificuldades nas consultas ginecológicas relacionadas ao medo de revelar sua orientação sexual e o não reconhecimento da sexualidade.
Cabral et al.	2019	Brasil	Qualitativo	Mulheres lésbicas e bissexuais encontram dificuldades na consulta de Enfermagem relacionadas ao acolhimento precário, estigma e preconceito, além de orientações inespecíficas sobre prevenção e cuidados em saúde.

Fonte: Autores.

Os achados na literatura foram sistematizados em quatro dimensões, elaboradas a partir da categorização da Análise de Conteúdo e da interpretação dos resultados. Salienta-se que as dimensões foram elaboradas para melhor organização da análise, uma vez que na experiência de vida das mulheres bissexuais, esses fatores estão imbricados: dimensão da saúde física e mental, que analisa apontamentos sobre a saúde das mulheres bissexuais; dimensão social, em que se discutem aspectos das relações das mulheres bissexuais com os seus pares na comunidade LGBTI+ e fora dela; dimensão relacional, que trata da relação das mulheres bissexuais com profissionais, equipes e serviços de saúde; e dimensão política da invisibilidade da bissexualidade, que refere a posição escamoteada que mulheres bissexuais ocupam no panorama político, com a inexistência ou a fragilidade de políticas de saúde que consideram as demandas dessa população.

Dimensão da saúde física e mental de mulheres bissexuais

Neste tópico, foram analisadas as discussões da literatura que apontam as condições de saúde física e mental de mulheres bissexuais, especialmente em comparação com mulheres lésbicas e heterossexuais. As publicações apontam que se por um lado a bissexualidade pode ser vista como um tópico inoportuno socialmente, na ciência e na saúde, por outro, essa orientação sexual não normativa - especialmente quando

atravessada pela interseccionalidade de gênero e raça - tem emitido sinais de alerta quanto ao cuidado em saúde física e mental. Um estudo realizado nos EUA considerou que mulheres lésbicas e bissexuais relataram maior depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, consumo abusivo de álcool e automutilação, em comparação com mulheres heterossexuais (Ehlke *et al.*, 2020). Os mesmos autores apontaram uma predisposição das mulheres bissexuais ao estresse de minoria (EM) pelos estigmas envolvidos na bissexualidade e, conseqüentemente, a uma maior ocorrência de sofrimento psicológico, em comparação com lésbicas. Lewis *et al.* (2019) confirmam que há uma tendência de mulheres bissexuais experimentarem mais prejuízos à saúde física e mental. Uma análise no Reino Unido mostrou que o EM, caracterizado principalmente pela LGBTfobia internalizada, por estigma e discriminação, é um fator que predispõe mulheres bissexuais a pensamentos suicidas, problemas alimentares, ansiedade, depressão e uso frequente de tranquilizantes (Colledge *et al.*, 2020).

Em um estudo norte-americano cuja maior parte da amostra foi composta por mulheres bissexuais, Litt *et al.* (2013) consideraram maior risco de mulheres lésbicas e bissexuais desenvolverem transtornos relacionados ao uso de álcool e transtornos de ansiedade, indicando que essas mulheres podem começar a fazer uso de álcool de forma mais precoce do que mulheres heterossexuais. Outras discussões na literatura também apontaram o uso de álcool como um condicionante negativo frequente no histórico de mulheres bissexuais, exigindo atenção (Ehlke *et al.*, 2020; Hahm *et al.*, 2016; Cepeda *et al.*, 2020; Litt *et al.*, 2013; Balenger *et al.*, 2023). A análise de um estudo longitudinal no Texas apontou que o maior risco para consumo excessivo de substâncias por parte de mulheres bissexuais não leva a uma maior importância desse tema no campo científico e na saúde, e essa realidade é ainda mais presente para mulheres bissexuais de minorias raciais e étnicas, como no caso das mulheres latinas. A literatura confirmou que a exposição ao EM também esteve ligada a prejuízos de saúde física e mental, bem como à vulnerabilidade socioeconômica (Cepeda *et al.*, 2020).

Neste panorama, um achado interessante foi encontrado no estudo de Hahm *et al.* (2016) com mulheres lésbicas e bissexuais chinesas, coreanas e vietnamitas-americanas. Essas mulheres apresentaram maiores problemas de saúde mental em comparação com pares heterossexuais, contudo, contrariando a hipótese das autoras, também demonstraram buscar mais por cuidados em saúde mental que as mulheres heterossexuais. Ainda assim, esse dado pode mascarar que, na realidade concreta, essas mulheres procuram mais esse serviço devido às suas condições precárias de saúde mental,

potencializadas pelo EM. Ademais, a busca por cuidados não evidenciou que os cuidados recebidos foram adequados às necessidades das mulheres (Hahm *et al.*, 2016). Dados precários de saúde física e mental de mulheres lésbicas e bissexuais também foram demonstrados na Coreia do Sul, em que o estigma, o preconceito e as expressões de ódio contra minorias afetam a qualidade de vida de mulheres com orientações sexuais dissidentes, invisibilizadas no contexto cultural sul-coreano (Kim & Choi-Kwon, 2021).

Outros dados de saúde de mulheres bissexuais se referem especificamente à saúde sexual e reprodutiva e corroboram que a fuga da suposta linearidade sexo-gênero contribui para prejuízos no acesso e na qualidade do cuidado em saúde. Um estudo norte-americano verificou o comportamento de rastreamento do câncer de colo de útero em mulheres lésbicas e bissexuais a partir da realização do exame Papanicolau e verificou que esses grupos tinham menos probabilidade de ter feito o exame no período do estudo em comparação com mulheres heterossexuais, o que se deve ao fato de que mulheres lésbicas e bissexuais utilizam os serviços de saúde sexual e reprodutiva com menos frequência, tanto no que se refere à prevenção de IST quanto a questões de reprodução humana (Reiter & Mcree, 2015). Em uma análise das barreiras de atenção à saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres na Argentina, Silberman, Buedo e Burgos (2016) chamaram a atenção para o maior risco de hiv em mulheres bissexuais que lésbicas e verificaram que a quase totalidade dos médicos pesquisados não realiza intervenções para prevenção de IST nessas mulheres. Consequentemente, esses grupos carecem de informações sobre formas de prevenção às IST. Em um estudo ecológico no Brasil, verificou-se que o estigma e o preconceito fazem com que mulheres lésbicas e bissexuais omitam sua orientação sexual e que mulheres destes grupos vivendo com hiv/aids podem ser subestimadas em seus cuidados (Bezerra *et al.*, 2022).

Outras produções focam a discussão nas barreiras de acesso ao cuidado em saúde especializado para mulheres lésbicas e bissexuais, que leve em consideração a orientação sexual e o risco para IST, especialmente o hiv/aids e o HPV (Brown *et al.*, 2014; Cepeda *et al.*, 2020; Logie *et al.*, 2018; Hahm *et al.*, 2016; Alves, Moreira & Prado, 2020; Rodrigues & Falcão, 2021; Cabral *et al.*, 2019).

Sobre o risco das IST, o estigma que relaciona a bissexualidade à promiscuidade e leva à hipersexualização das mulheres bissexuais é responsável pela crença de que mulheres bi são uma ameaça à saúde dos pares com quem se relacionam, consideradas vetores de doenças, especialmente quando se relacionam com homens cisgênero (Jaeger *et al.*, 2019). Enquanto mulheres lésbicas são vistas como imunes à transmissão de IST,

o que também configura uma problemática, mulheres bissexuais sofrem com o mito de que são as principais transmissoras de infecções como hepatites e hiv (Brasil, 2014). Essa realidade foi ilustrada por um estudo multimétodo da Jamaica acerca das práticas de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, em que uma mulher lésbica afirma que se relacionar com mulheres bissexuais é o maior fator de risco para lésbicas adquirirem IST, revelando o peso da bifobia sobre as práticas sexuais e afetivas de mulheres bi, inclusive dentro da comunidade lésbica (Logie *et al.*, 2018).

Em uma análise mais ampla, as publicações escancaram que a predisposição a problemas de saúde física e mental presentes nos dados de saúde de mulheres bissexuais são o reflexo de uma estrutura social maior, organizada para apagar vivências dissidentes, levando ao sofrimento psicológico e à iniquidade do cuidado. Desse modo, pensar em formas efetivas de cuidado em saúde para mulheres bissexuais deve passar primeiro pela reformulação dos aparelhos formadores - por serviços e ações do Estado - e por discussões permanentes nesses espaços que reconheçam e legitimem essas mulheres como sujeitas de direitos.

Dimensão social

No contexto social, mulheres bissexuais são frequentemente apontadas como fonte de riscos emocionais e de saúde aos pares em suas relações. Essas mulheres são apontadas como não confiáveis, aventureiras e curiosas, o que remete a um lugar abjeto e indesejável ocupado socialmente pela bissexualidade (Facchini, 2008). A alegação de promiscuidade e a desvalorização do caráter afetivo das relações de mulheres bissexuais em detrimento de uma dita gratificação sexual ilimitada é um dos maiores julgamentos direcionados a essa população, favorecendo experiências de violência, mesmo dentro da comunidade LGBTI+ em diversos contextos geográficos e culturais (Facchini, 2008; Cruz, Lima & Carneiro, 2022; Seemanthini & Cavale, 2018).

O estresse de minoria também tem sido apontado como um dos principais fatores de risco para as relações sociais e a saúde física e mental de mulheres bissexuais (Balenger *et al.*, 2023; Lewis *et al.*, 2019; Hahm *et al.*, 2016; Kim & Choi-Kwon, 2021). A teoria do EM explicita que a origem desse fenômeno se encontra na construção heteronormativa da sociedade e tem como ponto central o estigma relacionado às orientações sexuais dissidentes, expondo minorias a prejuízos à saúde e influenciando negativamente na qualidade das relações sociais (Paveltchuk & Borsa, 2020). Na bissexualidade, o EM apresenta desvantagens ainda mais específicas, tanto por quem segue a

heteronormatividade quanto pela própria comunidade LGBTI+. Esta orientação sexual é frequentemente perpassada pela invisibilidade e pela não legitimação através da bifobia, tornando-se mais vulnerável diante dos riscos de adoecimento mental e físico (Paveltchuk, Borsa & Damásio, 2020; Ehlke *et al.*, 2020; Colledge *et al.*, 2015; Cepeda *et al.*, 2020; Seemanthini & Cavale, 2018).

Ainda devido ao EM, mulheres bissexuais podem estar conscientes da percepção estigmatizada que os outros possuem sobre a sua identidade sexual e carregam a preocupação constante do julgamento dos outros por se identificarem bissexuais, o que leva à evitação da revelação da orientação sexual e, por vezes, do próprio contato com pares, evidenciando problemas de apoio social (Ehlke *et al.*, 2020). A mesma investigação qualitativa destacou que jovens mulheres bissexuais estão mais abertas à procura de apoio social por parte de outros homens e mulheres também bissexuais, contudo, essa busca é um desafio devido às dificuldades de assumir-se bissexual dentro da comunidade LGBTI+ (Ehlke *et al.*, 2020).

Da mesma maneira, Colledge *et al.* (2015) destacam que a bifobia expressa tanto por pessoas heterossexuais quanto por outros LGBTI+ é revelada principalmente a partir de discursos que equiparam a bissexualidade à confusão, promiscuidade, hipersexualização, infidelidade e falta de compromisso com pautas de diversidade. A pesquisa dos autores, realizada com 937 mulheres bissexuais e 4.769 mulheres lésbicas do Reino Unido, constatou que mulheres bi são mais propensas a participar de eventos heterossexuais, têm menor probabilidade de assumir a orientação sexual para amigos, familiares e colegas de trabalho e, em comparação com as lésbicas, podem sofrer menos discriminação da sociedade de modo geral, porém, estão sujeitas à maior discriminação de pessoas próximas, o que escancara uma realidade de prejuízo às relações sociais de mulheres bissexuais assumidas.

A marginalização dentro da comunidade LGBTI+ e a invisibilização são, também, notificadas em outros estudos que apontam maior estresse, prejuízo às relações e adoecimento físico e psicológico de mulheres bissexuais, constatando que são “membros marginais dentro de um grupo marginalizado” (Cepeda *et al.*, 2020; Litt *et al.*, 2013; Lewis *et al.*, 2019). Os achados corroboram que o não reconhecimento da bissexualidade como uma sexualidade legítima e os estigmas relacionados à mulher bi provocam danos significativos às relações sociais e potencializam a vulnerabilidade em saúde, uma vez que dificultam o acesso a uma rede de apoio que auxilie no enfrentamento às violências

cotidianamente sofridas por pessoas LGBTI+ e predisõem a vivências de exclusão, isolamento e sofrimento.

Dimensão relacional (profissionais, equipes e serviços de saúde)

Para essa dimensão, foram reunidas produções que destacam aspectos da relação entre mulheres bissexuais com profissionais, equipes e serviços de saúde. O fator predominante nos estudos analisados diz respeito ao estigma, à discriminação e à invisibilidade no atendimento de saúde prestado por profissionais, ainda baseados em uma lógica heteronormativa em suas intervenções. Nesse bojo, faz-se necessário rememorar o conceito de heterossexualidade compulsória, discutido por autoras como Adrienne Rich, Monique Wittig e Judith Butler, que também reverbera nas condutas orientadas pela heteronormatividade nas práticas de saúde, fragmentando o cuidado de mulheres bissexuais.

Para Rich (2012), a heterossexualidade é uma instituição política que retira o poder das mulheres, uma vez que sob essa lógica, a existência lésbica – e aqui insere-se também a bissexual, que igualmente rompe com essa norma – passa a ser percebida como desviante, odiosa ou invisível. Wittig (2022) critica especialmente os binarismos sexuais e o regime heterocentrado do patriarcado, sugerindo uma desconstrução das categorias de sexo e gênero e compreendendo a heterossexualidade como política de sujeição das mulheres. Butler, por sua vez, traz a noção de que é a partir dessa estrutura compulsória que os corpos que não se enquadram são vistos como desumanizados e abjetos (Butler, 1990), o que interfere diretamente na busca por direitos e na construção das subjetividades. Nesse ínterim, Siqueira e Klidzio (2020) apontam que a heterossexualidade compulsória configura mais uma das opressões que afetam negativamente a construção da identidade de mulheres bissexuais, necessitando maior esforço para o desprendimento da ideia de uma heterossexualidade inata, da qual não se pode fugir sob duras penalidades.

Essa realidade pode ser visualizada nas produções analisadas. Logie *et al.* (2018) destacam, em estudo realizado com mulheres lésbicas e bissexuais na Jamaica, que o preconceito e o estigma advindos dos profissionais de saúde figurou como determinante para a fragilidade dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres. Em estudo de Cabral *et al.* (2019) no contexto de consultas de enfermagem realizadas em Unidades de Saúde da Família (USFs) no Nordeste do Brasil, identificou-se que as

fragilidades no acolhimento oferecido durante o atendimento estão diretamente relacionadas à discriminação e ao despreparo dos profissionais. As usuárias relataram que ao revelar sua orientação sexual, enfrentavam desconforto e mudanças na postura dos profissionais de Enfermagem, o que impactava na busca por cuidados básicos de saúde.

Diante do não acolhimento e da falta de preparo dos profissionais de saúde, LaVaccare *et al.* (2018) utilizaram a técnica de grupo focal em um estudo qualitativo nos EUA para analisar a experiência de mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde. Os resultados trouxeram experiências de desconforto diante do atendimento e do próprio espaço físico, visto que os ambientes de cuidado em saúde ainda são organizados a partir de uma lógica heteronormativa. Desse modo, as participantes destacaram a necessidade de qualificação e formação permanente dos profissionais para desenvolver o acolhimento efetivo da diversidade sexual e de gênero nos cuidados em saúde.

De igual forma, a identificação de barreiras referentes à falta de preparo dos profissionais de saúde, bem como o preconceito diante da revelação da orientação sexual, são conteúdos recorrentes nas produções analisadas, indicando a necessidade da ampliação das discussões sobre a implementação de cuidados efetivos para mulheres bissexuais (Rodrigues & Falcão, 2021; Balenger *et al.*, 2023; Hahm *et al.*, 2016; Ehlke *et al.*, 2020; Brown *et al.*, 2014; Colledge *et al.*, 2015; Bezerra *et al.*, 2022).

Colledge *et al.* (2015) destacaram a necessidade de que os profissionais estejam conscientes das distinções e aproximações da realidade vivenciada por mulheres bissexuais e mulheres lésbicas para adaptar sua atuação e prestar serviços apropriados às demandas de cada grupo de maneira equânime. Embora seja comum agrupar essas mulheres enquanto uma única categoria, isso reproduz o monossexismo e reflete práticas reducionistas que não se aplicam à experiência prática de mulheres bissexuais. A quebra do estigma envolto na bissexualidade nos serviços de saúde exige uma mudança do paradigma binário e monossexista que sustenta a prática médica, confrontando preconceitos estruturais (Smith & George, 2021). Facchini (2008) ressalta que os profissionais de saúde devem buscar, sobretudo, conhecer a trajetória e a história sexual das mulheres atendidas.

A literatura revela a necessidade de mudanças prementes nos modos de organização dos serviços de saúde e na prática dos profissionais, ainda orientados pelo heterossexismo. Essas mudanças devem perpassar o interior das instituições e envolver desde a reestruturação da formação acadêmica em saúde até a transformação dos processos de educação em serviço e a formação permanente dos profissionais. Destaca-

se também a reformulação dos espaços, para que de fato se possa demarcar esses lugares como ambientes de cuidado em saúde e não como extensões da invisibilidade e da discriminação de mulheres bissexuais.

Dimensão política de invisibilidade da bissexualidade

Na política, as publicações mostram a fragilidade de marcos legais e a inexistência de políticas que abarcam a vivência de mulheres bissexuais na esfera da saúde (Alves, Moreira & Prado, 2020; Colledge *et al.*, 2015; Bezerra *et al.*, 2022; Cepeda *et al.*, 2020; Logie *et al.*, 2018; Cabral *et al.*, 2019).

No âmbito internacional, os achados indicam a necessidade da implementação e efetivação de políticas institucionais que reduzam as disparidades em saúde para mulheres bissexuais, além da importância de atentar para normativas e políticas já existentes em alguns países, que acabam por reforçar uma lógica de cuidado exclusivamente heteronormativo e gerar processos de exclusão, preconceito e estigma da bissexualidade (Ehlke *et al.*, 2020; Colledge *et al.*, 2015). Estudos da Argentina constataram que as políticas de invisibilidade constituem a principal barreira para a qualidade do cuidado em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Como alternativa, os autores propõem pensar as políticas argentinas a partir de uma perspectiva que considere toda a diversidade sexual e de gênero (Brown *et al.*, 2014; Silberman, Buedo & Burgos, 2016).

Na Jamaica, evidenciou-se a invisibilidade das políticas para mulheres lésbicas e bissexuais no país caribenho, que possui marcos legais de criminalização às práticas LGBTI+, o que dificulta o combate ao estigma, à discriminação e à violência contra esses grupos (Logie *et al.*, 2018). Na Ásia, normativas políticas e culturais que tendem ao conservadorismo também foram apontadas como barreiras à garantia de direitos de mulheres lésbicas e bissexuais chinesas, coreanas e vietnamitas-americanas, especialmente no acesso à saúde. Essas mulheres são desencorajadas a abordar questões de gênero e sexualidade nos espaços públicos, uma vez que enfrentam o preconceito e as expressões de ódio, o que recai diretamente na invisibilidade desses grupos no contexto social e político desses países (Hahm *et al.*, 2016; Kim & Choi-Kwon, 2021).

No Brasil, em que a saúde é um direito constitucional e normativas de cuidado às mulheres bissexuais já existem, a sua efetivação na realidade concreta do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é pouco realizada, o que contribui para aguçar processos de discriminação e preconceito (Alves, Moreira & Prado, 2020; Bezerra *et al.*, 2022; Cabral

et al., 2019; Rodrigues & Falcão, 2021). Cabe salientar que, no contexto do SUS, o direito à saúde é pautado pelo princípio de equidade, que foge da homogeneização proposta pela ideia de igualdade e busca conceber os marcadores de diferença como elementos que exigem atenção para a efetivação de direitos políticos e sociais (Barros & Sousa, 2016).

A pesquisa documental de Alves, Moreira e Prado (2020) mostra que se pode demarcar avanços na implementação de políticas públicas voltadas para a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil, representados por documentos importantes como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2011) e o Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” (2014), contudo, as pautas da agenda política dessas mulheres seguem fragmentadas e invisibilizadas. O abismo entre os textos das políticas e o cotidiano do cuidado oferecido, permeado por desinformação e discriminação dos profissionais, bem como a escassa produção na esteira acadêmica brasileira, surgem como obstáculo para a efetivação do que é preconizado nos documentos oficiais (Alves, Moreira & Prado, 2020; Rodrigues & Falcão, 2021; Paulino, Rasesa & Teixeira, 2019).

Um estudo sobre o hiv em mulheres que fazem sexo com mulheres no Brasil apontou dificuldades relacionadas à subnotificação de casos do vírus e de outras IST em mulheres lésbicas e bissexuais devido ao preconceito e ao despreparo dos profissionais nos serviços de saúde, mesmo diante do avanço de políticas públicas. A análise mostrou a existência de discrepâncias políticas regionais que impactam diretamente a saúde de mulheres bissexuais, como ocorre na região Norte, que apresentou uma crescente de notificações do hiv em mulheres bissexuais, e cujo território apresenta baixa cobertura de serviços de saúde especializados, além de barreiras na acessibilidade dessas mulheres à testagem e orientações profissionais adequadas de proteção contra IST (Bezerra *et al.*, 2022).

Esse contexto de avanços e estancos é oriundo da trajetória política da bissexualidade no Brasil, envolta por atos de resistência e enfrentamentos que estiveram ligados ao reconhecimento e à legitimação da bissexualidade dentro do próprio movimento LGBTI+, similar ao que ocorreu em outros lugares do mundo (Facchini, 2005). Ao passo em que se faziam tentativas de excluir ou deslocar o “B” para o fim da sigla, eram criadas as primeiras iniciativas de organização política coletiva de bissexuais no país, ainda na década de 90, representadas pela criação de coletivos e redes, com importante atuação de mulheres bissexuais ativistas (Saldanha, Monaco & Cruz, 2022;

Facchini, 2005; Leão, 2018). A reivindicação da bissexualidade por uma identidade política própria e mais autônoma em relação ao movimento LGBTI+ surgiu posteriormente, com o fortalecimento e a disseminação dos coletivos bissexuais já existentes nas regiões brasileiras e o crescimento do interesse sobre a temática nos espaços acadêmicos, favorecidos pela expansão do meio digital e das redes sociais.

Na esteira dos estudos de gênero e sexualidade, considera-se que as pesquisas sobre bissexualidade no Brasil ainda são incipientes. Contudo, observa-se uma tendência crescente, mesmo em um contexto de ascensão do conservadorismo nos três poderes brasileiros nos últimos anos, indicando que a bissexualidade possui força como ferramenta política e acadêmica e que persiste o esforço do movimento bissexual brasileiro por diálogo, reconhecimento e garantia de direitos (Saldanha, Monaco & Cruz, 2022).

3. COSTURAS POSSÍVEIS ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE BRASILEIRAS E A SAÚDE DAS MULHERES BISSEXUAIS⁷

O objetivo do ensaio foi desvelar a trajetória da bissexualidade como uma identidade política e se propõe a analisar criticamente os enquadramentos da mulher bissexual nas políticas de saúde brasileiras, a partir de três documentos oficiais, instituídos em diferentes momentos históricos do país: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004; a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2011; e o Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, de 2014. Embora essas normativas representem um avanço para pensar o cuidado em saúde para mulheres de orientações sexuais e identidades de gênero não normativas ao longo do tempo, mulheres bissexuais ainda enfrentam uma realidade de vulnerabilidade na saúde, sobretudo a mental, o que se deve principalmente à invisibilidade da bissexualidade no contexto social, político e acadêmico brasileiro, além de uma lógica predominantemente cisheteronormativa que rege as práticas de cuidado (Rodrigues & Falcão, 2021; Cabral *et al.*, 2019).

⁷ Os dados desta seção são os fragmentos principais de um ensaio, produzido como segundo estudo da pesquisadora no mestrado. O artigo é intitulado “Políticas brasileiras, saúde e adoecimento de mulheres bissexuais: reflexões possíveis” e pode ser lido na íntegra no link: <https://doi.org/10.48074/aceno.v11i27.18073>

Contudo, ao tratar da invisibilidade da bissexualidade e apontá-la como potencializadora da vulnerabilidade em saúde de mulheres bissexuais, temos a cautela de compartilhar o que já foi dito por outras pessoas que se dedicam aos estudos da bissexualidade no Brasil, como a antropóloga Helena Monaco (2020, 2021) que afirma que a produção acadêmica sobre bissexualidade é ampla e diversa, mas a maior parte desses materiais foi produzido no norte global e não é traduzida ou encontrada com facilidade no país. No contexto nacional, embora crescente, a produção acadêmica sobre bissexualidade ainda é incipiente, especialmente considerando que as discussões sobre bissexualidade são escassas, mesmo em disciplinas voltadas para gênero e sexualidade. O suposto ineditismo nas pesquisas que versam sobre bissexualidade são, na verdade, um sintoma da invisibilidade e do apagamento bissexual (Yoshino, 2000 citado por Monaco, 2021).

Sob essa ótica, realizamos um resgate histórico e uma análise dos movimentos e construções sobre a bissexualidade no Brasil e no mundo, buscando apresentar brevemente os movimentos políticos da identidade bissexual e as epistemologias bissexuais, nas quais a bissexualidade é o ponto de partida da desestabilização da matriz heteronormativa (Lewis, 2012). Depois, apresentamos um breve panorama sobre a saúde como direito no Brasil e a trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando os princípios doutrinários fundamentais de universalidade, equidade e integralidade aos dados que evidenciam a invisibilidade e a marginalização da saúde das mulheres bissexuais. Mostramos que a despeito de conquistas como a Resolução 08/2022 do Conselho Federal de Psicologia por uma psicologia antibifóbica, a quase integralidade dos textos não se debruça sobre especificidades e planos de ação que considerem os dados de vulnerabilidade de saúde mental de mulheres bissexuais, potencializando o adoecimento dessa população. Nesse sentido, cada documento oficial foi analisado, identificando os – não - discursos reproduzidos sobre a saúde da mulher bissexual e as lacunas e potencialidades desses movimentos políticos.

Como fundamentação para a análise, utilizamos primeiro a epistemologia feminista, pensando novas maneiras de construir saberes posicionados e privilegiando “a contestação, a desconstrução, as conexões em rede e a esperança na transformação dos sistemas de conhecimento e nas maneiras de ver” (Haraway, 1995, p. 24). Outrossim, conforme os chamados de autoras como Sandra Harding (1993) e Claire Hemmings (2009) defendemos a necessidade de questionar os movimentos históricos do passado para entender as dinâmicas de poder e promover uma maior responsabilidade ética e

política na transformação do presente. Nesse sentido, trazemos também as contribuições de autores pós-estruturalistas de gênero como Judith Butler e Michel Foucault que, conforme apontado por April Callis (2009), embora não tenham analisado separadamente os meandros da bissexualidade, ofereceram trabalhos seminais à Teoria Queer, influenciando amplamente as epistemologias bissexuais, que também constituem nossa “lupa” de análise. Assim, utilizamos, como movimento consciente de contraposição ao apagamento da bissexualidade e para contribuir efetivamente para a visibilidade do tema no cenário acadêmico brasileiro, de referências que versam sobre os movimentos e as construções da bissexualidade no Brasil e no mundo, perpassando as demandas de saúde de mulheres bissexuais e, sobretudo, contestando e convocando o lugar ocupado por mulheres bi nas políticas de saúde brasileiras.

Movimentos e construções da bissexualidade no Brasil e no mundo

A bissexualidade tem sido entendida como uma sexualidade de múltiplas definições ao longo do tempo. Nesse sentido, pode-se demarcar três momentos de compreensão da bissexualidade na história: primeiro, foi concebida como uma categoria anatômica (hoje entendida como intersexo ou hermafrodita), depois como uma fase do desenvolvimento psíquico, especialmente a partir dos estudos de Freud no século XIX e no século XX e, enfim, como uma orientação sexual (Seffner, 2003; Lewis, 2012; Saldanha, Monaco & Cruz, 2022). Para April Callis (2009), a bissexualidade também pode ser usada para se referir a uma identidade, embutida por movimentos sociais, políticos e acadêmicos. Seguindo essas contribuições, e como foco deste artigo, compreendemos a bissexualidade tanto como orientação sexual quanto como identidade, que assim como outras sexualidades, é atravessada e construída pelo contexto histórico e social (Cavalcanti, 2007).

Essa classificação da sexualidade e categoria identitária é relativamente recente, embora as práticas bissexuais existam desde o início da história da humanidade. Desse modo, na contemporaneidade, pessoas bissexuais são compreendidas como aquelas que desejam e relacionam-se afetiva e sexualmente com pessoas de mais de um gênero em um mesmo momento ou em distintas fases da vida (Cavalcanti, 2007; Lewis, 2012). Essa definição também busca superar classificações binárias e simplistas de que a bissexualidade seria a atração por apenas dois gêneros ou por apenas homens e mulheres, sendo, por essa razão, adotado o termo “bissexualidades” para se referir ao caráter fluido que envolve essa orientação (Cruz, Lima & Carneiro, 2022). Melissa Jaeger *et al.* (2019)

contribuem à essa discussão trazendo a perspectiva de autoras feministas bissexuais como Shiri Eisner e Corey Flanders, ao afirmarem que bissexualidade tem sido um termo “guarda-chuva” para se referir a pessoas com atração sexual ou afetiva por mais de um gênero, incluindo também outras identidades não monossexuais, como a pansexualidade, a polisssexualidade e a sexualidade fluida.

Conforme sinalizam Inácio Saldanha, Helena Monaco e Beatriz Cruz (2022), ao citarem os estudos de Steven Angelides, embora as práticas bissexuais tenham ganhado destaque entre psicanalistas e médicos devido às suas concepções iniciais, a categoria bissexual tornou-se cada vez mais marginal nos estudos e políticas da sexualidade no fim do século XX, em que a figura da pessoa bissexual começou a ser associada aos estereótipos de confusão e desconfiança, tanto para a medicina, quanto para as ciências psi. A partir dessa concepção, a bissexualidade foi vista como sinônimo de falsidade, ilusão, infantilismo ou fase transitória, culminando, por fim, na crença de que seria uma sexualidade ilegítima (Saldanha, Monaco & Cruz, 2022).

Nesse sentido, como pano de fundo da marginalização da bissexualidade, cabe apontar a visão da Teoria Queer, considerando especialmente as ideias de Judith Butler (1990), que afirma que as identidades sexuais não seriam expressões fixas e cristalizadas de ordem natural; do contrário, são fruto de uma construção social, histórica e cultural, mantidas a partir da linguagem e das interações estabelecidas em um tempo e espaço específicos, com sujeitos ativos que discursam e performam essas identidades a todo momento. Contudo, essas performances são limitadas a partir de um sistema de restrições que permite a existência - ou não - dessas identidades, e esse sistema é regido pela matriz heteronormativa, cuja premissa é uma suposta linearidade sexo-gênero-desejo em que o ideal é que o desejo e a afetividade se voltem para pessoas do sexo/gênero oposto, criando categorias binárias como feminino-masculino e homo-hetero, restando a marginalização e a abjeção aos que não se alinham a essa lógica (Butler, 1990; Lewis, 2012; Cruz, Lima & Carneiro, 2022). Para Lewis (2012), as epistemologias bissexuais apresentam grande influência da teoria queer, e tanto a teoria queer quanto as epistemologias bissexuais desestabilizam a lógica binária homo/hétero; porém, as epistemologias bissexuais utilizam a bissexualidade como ponto de partida desse rompimento, enquanto na teoria queer, não há um ponto de partida específico (Monaco, 2021). Trata-se de, como descrito por Marília Moschkovich (2022), “desmanualizar” nossa visão sobre gênero, sexualidade e o mundo em que vivemos a partir da bissexualidade.

Sob essa ótica, pessoas bissexuais desafiam a concepção binária de estabilidade e linearidade que rege a matriz heteronormativa porque se relacionam de maneira fluida e não determinada ao longo da vida. Além disso, Callis (2009) complementa que a bissexualidade abala os ideais da heteronormatividade na escolha de ambos os sexos como parceiros sexuais e afetivos, impedindo que o seu gênero possa ser diretamente relacionado à sexualidade, pois “ao desejar homens e mulheres, ela realmente se afastou de qualquer categoria de gênero, uma vez que “homens e mulheres” não é uma opção nem na masculinidade nem na feminilidade” (Callis, 2009, p. 228). Da mesma forma, Lewis (2012) retrata que a bissexualidade é apagada dentro do movimento LGBTI+ por não atender ao que seria uma matriz “homonormativa”, existente apenas dentro do movimento, em que o aceitável seria a expressão do desejo e da afetividade por pessoas do mesmo sexo/gênero. Tanto na heteronormatividade quanto na homossexualidade, a bissexualidade confronta o binário homo/hétero e sobretudo o monossexismo que afirma que as monossexualidades (heterossexualidades, homossexualidades e lesbianidades) seriam mais legítimas do que as não monossexualidades, culminando na discriminação dupla sofrida dentro da comunidade LGBTI+ e fora dela (Lewis, 2012; Jaeger *et al.*, 2019).

Assim, a identidade bissexual segue sendo repetidamente negligenciada e comumente tratada como uma combinação da heterossexualidade e da homossexualidade, mantida principalmente pelos estereótipos negativos que a compõem. Pessoas bissexuais são taxadas como mal resolvidas, “em cima do muro” e indecisas, o que levaria consequentemente a uma suposta falha de caráter (Cavalcanti, 2007; Callis, 2009; Lewis, 2012; Monaco, 2021). Desse modo, o termo bifobia foi cunhado para representar as violências, marginalizações, deslegitimações e apagamentos da bissexualidade, dentro e fora do movimento LGBTI+, também retratada como uma violência silenciosa cujas repercussões implicam em prejuízos à construção identitária de pessoas bissexuais, com danos à autoimagem e às relações interpessoais, levando a processos de exclusão e sofrimento mental (Jaeger *et al.*, 2019; Cruz, Lima & Carneiro, 2022).

No que diz respeito à bifobia, Monaco (2020, 2021) sinaliza ainda, com a contribuição de Shiri Eisner, que a pauta pela visibilidade bissexual acaba sendo insuficiente, uma vez que esses movimentos lutam contra a invisibilidade, mas não se aprofundam nas causas e nas consequências concretas dessa invisibilidade para a vida de pessoas bissexuais. Eisner defende que, por si só, a visibilidade raramente é uma solução – que bissexualidades se quer visibilizar? - e que um dos efeitos mais severos do

apagamento bissexual é justamente o isolamento que deriva da bifobia e ocasiona problemas graves de saúde mental. Nesse bojo, mais interessante do que a luta por visibilidade, seria reivindicar mudanças culturais que valorizem e legitimem a bissexualidade, sem colocá-la como uma escolha que existe em função da homossexualidade e da heterossexualidade (Monaco, 2020, 2021).

Algumas contribuições teóricas importantes que tratam sobre os movimentos da bissexualidade e da monodissidência, bem como sobre as práticas e políticas envoltas na identidade bissexual, são os trabalhos de Camila Cavalcanti (2007), Regina Facchini (2008), April Callis (2009), Elizabeth Lewis (2012), Maria Leão (2018), Melissa Jaeger *et al.* (2019), Helena Monaco (2020, 2021), Dani Vas (2021) e Inácio Saldanha, Helena Monaco e Beatriz Cruz (2022). Essas literaturas corroboram a inserção recente da bissexualidade como categoria e identidade política, mesmo com a presença e a liderança de pessoas bissexuais em movimentos e organizações políticas de liberdade sexual desde o início dos anos 70, sempre em um contexto de desconfiança e tensionamentos por parte de movimentos gays e lésbicos, preocupados com a valorização da identidade homossexual e da mulher e com a não inteligibilidade da bissexualidade nesse espaço.

À época, alguns coletivos bissexuais estadunidenses começaram a se articular politicamente a partir da insatisfação com o movimento homossexual. Alguns dos mais conhecidos foram o *Bisexual Forum*, em Nova York, e o *Bisexual Center*, em São Francisco. O objetivo era o de criar redes de sociabilidade para pessoas bi e para amparar a luta por reconhecimento dentro do movimento social LGBTI+ (Callis, 2009; Lewis, 2012; Jaeger *et al.*, 2019). No Brasil, a situação era similar: o movimento gay e lésbico do país entendia bissexuais como pessoas em cima do muro, além do estigma associado ao hiv/aids em que foi atribuída à bissexualidade a responsabilidade por fazer a ponte da infecção entre o “mundo gay” e o “mundo hétero”, sobretudo pela ideia de que homens com práticas bissexuais, dotados de uma vida dupla, transmitiam o hiv/aids para mulheres e crianças (Seffner, 2003). Essa concepção que associa a bissexualidade à promiscuidade e às infecções sexualmente transmissíveis permanece até os dias de hoje como um dos preconceitos mais predominantes em relação a mulheres bissexuais, consideradas como “perigosas”, “transmissoras” e “vetores de doença”, especialmente quando se relacionam com homens cisgênero (Brasil, 2014).

No início dos anos 2000, no contexto brasileiro, os coletivos e redes formados por pessoas bissexuais começaram a tomar força e exigir maior reconhecimento do movimento social. Alguns dos coletivos de ativismo mais importantes foram o Espaço B,

em 2004; o Coletivo Brasileiro de Bissexuais (CBB) e o Núcleo Bis de Brasília, em 2005; o Bi-sides, em 2010; o BIL, de bissexuais e lésbicas de Minas Gerais, em 2013; e o Primavera Bissexual, de São Paulo, em 2016. No bojo dessas articulações, há registro de tentativas de deslocar o “B” da sigla, materializadas em proposições reais em encontros do movimento social, o que também ocasionou a resistência e a criação dos coletivos bissexuais em busca de sociabilidade, reconhecimento e luta política, sobretudo de mulheres ativistas bissexuais (Leão, 2018; Saldanha, Monaco & Cruz, 2022).

Facchini (2005) destaca como uma das principais particularidades do movimento bissexual a reivindicação inicial voltada para reconhecimento e legitimação dentro do próprio movimento LGBTI+, antes mesmo da luta por reconhecimento do Estado. A mesma autora destaca a importância da presença das mulheres nos movimentos e afirma que esse protagonismo foi essencial para a constituição da bissexualidade como identidade política, apontando ainda outros movimentos importantes no Brasil, como a Caminhada de Mulheres Lésbicas e Bissexuais de São Paulo, a Liga Brasileira de Lésbicas e o Seminário Nacional de Lésbicas e Mulheres Bissexuais (SENALESBI) - inicialmente apenas Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE) - que também se constituíram como espaço de ativismo de mulheres bissexuais (Leão, 2018).

Saldanha, Monaco e Cruz (2022) trazem à tona o segundo momento de atuação ativista em torno da bissexualidade no Brasil, a partir de 2010, em que ocorre o processo de autonomização dos coletivos bissexuais. Enquanto os primeiros movimentos buscaram espaço da bissexualidade dentro do movimento LGBTI+, estes passaram a lutar por uma identidade bissexual própria, não necessariamente vinculada ao pertencimento à comunidade LGBTI+ e mais comprometida com uma perspectiva monodissidente. Mesmo com o contexto político de ascensão do conservadorismo nos últimos anos, o movimento bi brasileiro seguiu pressionando as esferas estatais e entidades formais por diálogos e garantia de direitos, o que também foi fortalecido a partir da visibilidade e da representatividade de movimentos bissexuais no meio digital, inclusive em meio à pandemia da Covid-19, quando foi criada a Frente Bissexual Brasileira, uma rede nacional com coletivos e ativistas bissexuais de várias partes do país (Saldanha, Monaco & Cruz, 2022).

Esse novo momento de maior articulação coletiva e regional possibilitou, inclusive, maiores discussões sobre a bissexualidade na esteira dos estudos acadêmicos, como nos espaços de pesquisa e pós-graduação, e culminou em conquistas políticas importantes, como o reconhecimento das necessidades específicas de pessoas bissexuais

nos serviços de saúde mental, materializado pela Resolução 08/2022 do Conselho Federal de Psicologia. Essa normativa estabelece diretrizes para atuação de profissionais da Psicologia em relação à bissexualidade e às demais orientações não monossexuais, dispondo, sobretudo, que “a psicóloga e o psicólogo contribuirão para eliminar todas as formas de violência, preconceito, estigmatização e discriminação em relação às bissexualidades e demais orientações não monossexuais” e vedando ao profissional a prestação de qualquer serviço de conversão ou readequação de pessoas bissexuais, rompendo com a lógica histórica de estigmatização e patologização dessa população pelas ciências psi (CFP, 2022, p. 253; Saldanha, Monaco & Cruz, 2022).

Na análise das construções realizadas por mulheres bissexuais, resta evidente que grande parte desses movimentos foi realizado em conjunto com mulheres lésbicas, embora a bissexualidade tenha conseguido se autonomizar a partir do momento em que coletivos e redes bissexuais se articularam em nome das suas próprias necessidades e se desvincularam da díade homo-hétero e do pertencimento ao movimento LGBTI+. Nesse sentido, compartilhamos do apontamento de Leão (2018) para reforçar que defender a autonomia de pessoas e mulheres bissexuais não implica em vilanizar mulheres lésbicas, alimentar uma infrutífera rivalidade ou hierarquizar lutas, uma vez que nossas trajetórias se amalgamaram em diversos períodos históricos. Contudo, pretendemos superar o acrônimo “lésbicas-e-bissexuais” e contribuir para novas tessituras que valorizem especificidades de mulheres bissexuais, esperando novos entrelaces possíveis de política e prática de cuidado para mulheres bis.

Diálogos entre a trajetória da saúde como direito no Brasil e a saúde de mulheres bissexuais

A inclusão da saúde como direito no Brasil foi, sobretudo, resultado de disputas e forças movidas por movimentos sociais anteriores ao período da redemocratização e consolidadas no fim dos anos 80, que culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, seguido da instauração do SUS, entendido como a principal política de saúde do país e o maior projeto do movimento da Reforma Sanitária brasileira (Elias, 2004; Mattos, 2009; Baptista, 2007; Machado, Lima & Baptista, 2017). O movimento sanitário garantiu a ampliação do debate sobre o direito à saúde no Brasil, fazendo ampliar a própria concepção de saúde para além da compreensão biomédica de ausência de doença, entendendo a saúde como resultante de outras determinações como alimentação,

habitação, educação, trabalho, renda, transporte, lazer e acesso a serviços. Dessa maneira, a saúde como direito passou a significar a garantia de dignidade e acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de cuidado (Brasil, 1988; Baptista, 2007).

Como apontam Machado, Lima e Baptista (2007), desde a sua implantação, o SUS enfrenta limites e pressões de cunho histórico-estrutural, institucional e político-conjuntural. Esses fatores denotam os atravessamentos macroestruturais que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde no Brasil e auxiliam no entendimento de que o SUS, bem como as práticas de cuidado, são posicionadas em um tempo histórico e cultural específico, que influenciam nas condições de acesso e permanência dos usuários nos serviços de saúde e na implementação de políticas de saúde.

Os princípios do SUS, especialmente universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação da população e organização dos serviços em rede, delineados pela Constituição Federal e pela Lei 8.080/1990, foram igualmente forjados no bojo de um processo de lutas e tensões a partir dos movimentos realizados pela Reforma Sanitária (Mattos, 2009). Mesmo diante da implementação vitoriosa do Sistema Único de Saúde, o contexto histórico e político desse período, tanto no panorama nacional quanto internacional, destoava do imaginário do movimento sanitário com a ascensão do ideal neoliberal, que prega a intervenção mínima do Estado nos mais diversos setores, incluindo o da saúde. Nesse contexto, nem sempre os princípios e diretrizes do SUS foram tratados com a importância devida e se debruçaram sobre eles os obstáculos da realidade política concreta no Brasil, cuja luta, ao longo dos anos, tem sido travada para a implementação e a efetivação das políticas e das práticas de cuidado, em um processo contínuo de avanços e estancamentos (Mattos, 2009; Ayres, 2022).

Sobre os princípios doutrinários, reconhecendo aqui a sua importância para pensar as políticas e as práticas no cotidiano do SUS, Mattos (2009) discute que a universalidade para o SUS compreende dois sentidos: primeiro, o mais geral, de que todos têm direito à saúde; e o segundo, relativo especificamente ao acesso às ações e serviços de saúde. Contudo, para além de reconhecer a premissa de que todos devem acessar as ações e serviços de saúde, para que a universalidade exista de fato, cabe ao Estado garantir políticas econômicas e sociais que viabilizem o acesso para todos. Neste ínterim, a igualdade aparece acompanhando o princípio de universalidade e está diretamente ligada ao conceito de acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde (Brasil, 1988; Mattos,

2009). Mas como pensar acesso igualitário à saúde no Brasil, um país em que as desigualdades se apresentam significativas nos mais diferentes âmbitos?

A partir desse entrave, Barros e Sousa (2016) discutem a conceituação e a implicação do princípio de equidade para o SUS. Uma das maiores preocupações quanto à universalidade e à igualdade é que esses princípios podem levar a uma ilusão de homogeneização da população, o que acaba por diluir as diferenças e desigualdades e prejudicar os grupos em situação de vulnerabilidade. É nesse sentido que a equidade surge na esteira dos direitos sociais, entendida a partir da inclusão da diferença como elemento fundamental no processo da garantia de direitos, que devem ser iguais para todos, dentro das condições de cada um. Seguindo essa linha de pensamento, pensar políticas e práticas de cuidado implica necessariamente incluir as diferenças e as necessidades diversas dos grupos sociais na busca por justiça (Barros & Sousa, 2016).

Dessa maneira, pensar sobre a tríade universalidade-igualdade-equidade no SUS nos convoca a pensar o princípio de integralidade, que se apresenta como um dos mais desafiadores na construção conceitual e prática do Sistema Único de Saúde (Kalichman & Ayres, 2016). A integralidade é entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990). Esse princípio diz respeito diretamente à forma de organização dos serviços e envolve os saberes de todos os atores do SUS, amalgamando a gestão, a assistência e a qualidade técnica do trabalho aos direitos políticos e à cidadania que estão presentes no cuidado à saúde (Kalichman & Ayres, 2016).

Ainda em sua análise crítica sobre a integralidade no SUS, Kalichman e Ayres (2016) apontam que o maior desafio à integralidade é a distância entre a formulação das políticas e a sua efetiva realização, além da verticalização das propostas programáticas e a fragmentação do cuidado. Nesse diapasão, também contribuem Ferreira e Nascimento (2022), que afirmam que os serviços da rede não devem ser compreendidos como uma “cesta de serviços”, mas como projeto de saúde alinhado aos direitos humanos, à qualidade da oferta e, sobretudo, aos princípios doutrinários do SUS.

Se por um lado o percurso da saúde como direito no Brasil e a trajetória do SUS denotam avanços inequívocos ao cuidado em saúde dos mais diversos grupos, considerando principalmente os princípios de universalidade, equidade e integralidade, pode-se afirmar, também, que coexiste o abismo sinalizado por Kalichman e Ayres entre as políticas e as práticas de cuidado cotidianas do SUS. Esse abismo pode ser visualizado

no âmbito da saúde da mulher e no bojo da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, as quais sempre tiveram como principal demanda política e prática as questões de saúde; contudo, defrontam-se diretamente com a ineficiência dos serviços em atender as suas principais demandas (Alves, Moreira & Prado, 2020).

Mesmo antes da Constituição Federal de 1988 e da implementação do Sistema Único de Saúde, as políticas de atenção à saúde das mulheres foram largamente influenciadas pelo contexto internacional. Inicialmente, com foco no viés materno-infantil, em uma conduta pró-natalista; depois, a partir dos impactos da crise econômica mundial, com as políticas de controle da natalidade cuja proposta era a redução do número de filhos para mulheres em países vulnerabilizados. Ambas as políticas, a despeito da sua lógica reversa, desembocam no mesmo imperativo de negação da autonomia das mulheres sobre seus corpos (Rede Feminista de Saúde, 2008). Destarte, outra influência para a construção das políticas brasileiras, especialmente para as pessoas LGBTI+, foi a resposta à primeira epidemia de hiv/aids no país (Rede Feminista de Saúde, 2008; Alves, Moreira & Prado, 2020).

Nesse diapasão, Fernandes, Soler e Leite (2018), ao tratarem da saúde de mulheres lésbicas, provocam os princípios doutrinários do SUS e afirmam que não há integralidade e equidade diante das invisibilidades no cuidado de mulheres lésbicas. Embora o artigo centralize a discussão na saúde lésbica e apenas cite as bissexuais, traz importantes considerações sobre o desafio de fazer valer os princípios do SUS nas práticas de cuidado oferecidas para mulheres que dissidem da heteronormatividade. As autoras apontam que o preconceito e o despreparo dos profissionais para lidar com demandas LGBTI+ constituem uma barreira para o acesso e o cuidado dessas mulheres, e esse dado é corroborado por outras literaturas no contexto nacional e internacional (Brown *et al.*, 2014; Silberman, Buedo & Burgos, 2016; Logie *et al.*, 2018; Cabral *et al.*, 2019; Rodrigues & Falcão, 2021).

Dessa maneira, tomamos a liberdade de trazer a provocação de Fernandes, Soler e Leite para o contexto específico da saúde de mulheres bissexuais, considerando que assim como a lesbofobia, a bifobia se constitui como fator de adoecimento físico e, sobretudo, mental de mulheres bissexuais e dificulta a integralidade e a equidade no cuidado. Os estigmas envoltos na bissexualidade, como a alegação de promiscuidade, confusão e desconfiança, e o apagamento acadêmico, social e em políticas específicas ocasionam prejuízos significativos à saúde de mulheres bi (Lewis, 2012; Alves, Moreira & Prado, 2020; Monaco, 2020, 2021).

Alguns dos indicadores de saúde mental que evidenciam a vulnerabilidade em saúde de mulheres bissexuais são expostos pela ativista bissexual e advogada Fernanda Coelho no capítulo dedicado à bissexualidade em um livro sobre Psicologia, Gênero e Diversidade Sexual produzido pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP) de Minas Gerais. No capítulo, Coelho (2019) situa que as pesquisas realizadas em outros países do Ocidente reforçam a bifobia como fator significativo de adoecimento mental de bissexuais em relação a pessoas de outras orientações sexuais e apontam que mulheres bissexuais apresentam desordens expressivas de saúde mental e física, como a incidência de transtornos alimentares, ansiedade, depressão, uso de drogas e álcool e automutilação, inclusive em comparação com mulheres lésbicas (Colledge *et al.*, 2015; Lewis *et al.*, 2019; Cepeda *et al.*, 2020). Monaco (2020) complementa que embora as pesquisas sobre a saúde da população bissexual no Brasil sejam escassas, os dados indicam que os problemas identificados em outros países também ocorrem aqui, a exemplo de um estudo que mostrou maior tendência a ideações e tentativas de suicídio em jovens bissexuais brasileiros, concluindo que “ao que parece, a bissexualidade é bem mais incompreendida do que as identidades: gay e lésbica, que há tempos são publicitadas pelos movimentos sociais LGBT” (Teixeira-Filho & Rondini, 2012, p. 663).

Coelho (2019) também aponta os altos índices de violência doméstica e sexual em relacionamentos íntimos de mulheres bissexuais face à bifobia que leva à fetichização e hipersexualização dos corpos de mulheres bi. Em uma pesquisa sobre as experiências de pessoas bissexuais em psicoterapia, Damacena e Lima (2022) evidenciaram as particularidades da bifobia como potencializadora de sofrimento mental de bissexuais e compreenderam que o adoecimento psíquico dessas pessoas revela a expressão no corpo e no psíquico de uma série de violências em diversos âmbitos. Compartilhamos aqui da concepção dos autores, entendendo que os dados preocupantes de adoecimento de mulheres bissexuais são revestidos, antes de tudo, por um sofrimento de base ético-política encoberto por múltiplas violências, incluindo as que derivam da bifobia, que perpetuam o curso da vida dessas mulheres e influenciam negativamente em sua saúde mental, sexual e reprodutiva (Damacena & Lima, 2022).

O que dizem, então, as políticas de saúde?

As políticas de atenção à saúde das mulheres no Brasil foram influenciadas pelo contexto internacional e caracterizaram-se majoritariamente por um viés materno-infantil

e por autoritarismos na visão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sendo a superação dessa lógica a primeira e principal demanda do movimento feminista no Brasil. Nesse contexto, a saúde como direito estabelecido na Constituição Federal de 1988 e a instauração do Sistema Único de Saúde fortaleceram as demandas por uma atenção integral à saúde e, sobretudo, por uma posição de respeito à cidadania e à autonomia feminina (Rede Feminista de Saúde, 2008). No bojo dessas demandas e de maneira alinhada à pauta da Reforma Sanitária, surgiu, em 1980, o PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que deu origem ao documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases da Ação Programática”, em 1984, o primeiro que versou sobre a saúde da mulher para além da lógica materno-infantil; mas, ainda, centralizando discussões nos métodos contraceptivos e na gravidez (Brasil, 1984; Alves, Moreira & Prado, 2020).

Em paralelo, o movimento lésbico empenhava-se em dialogar com as esferas governamentais em busca de visibilidade para mulheres fora da matriz heteronormativa e pela construção de políticas públicas voltadas para essa população; não por coincidência, os quatro primeiros Seminários Nacionais de Lésbicas (SENALE) tiveram como tema central a saúde da mulher lésbica e, nos anos seguintes, esse debate permaneceu em outros eventos organizados pelo movimento (Fernandes, Soler & Leite, 2019; Alves, Moreira & Prado, 2020).

Em 2004, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi, enfim, instituída, materializada pelo documento intitulado “Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes” e se direcionou a mulheres em todos os ciclos de vida e de diferentes grupos, como o de mulheres negras, indígenas, presidiárias, com deficiência e lésbicas, bem como as que vivem em ambiente rural. O documento representou um avanço em relação ao PAISM de 1984, que não fazia menção a mulheres dissidentes da heterossexualidade; e apontou o enfoque multideterminado da saúde da mulher, rompendo com a lógica puramente biomédica, além de destacar que “as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas” (Brasil, 2004, p. 12). Nesse sentido, a PNAISM também reforçou a importância de trabalhar a saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero, entendendo a relação ineludível entre os transtornos mentais, as condições sociais e a desigualdade de gênero.

No subtópico específico de saúde das mulheres lésbicas, a PNAISM (2004) discutiu pautas do movimento lésbico como a invisibilidade nas consultas ginecológicas,

a presunção da heterossexualidade das mulheres por parte dos profissionais, o risco para o câncer de colo de útero e a vulnerabilidade de mulheres lésbicas profissionais do sexo às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aids, bem como teceu considerações sobre a violência intrafamiliar para adolescentes lésbicas e o direito à inseminação para mulheres lésbicas que desejam a maternidade. Mesmo com a conquista da visibilidade de algumas das pautas do movimento lésbico na política nacional, permanecia o desafio de fazer valer essa política no cotidiano dos serviços de saúde, uma vez que o documento não trazia propostas práticas no seu plano de ação (Alves, Moreira & Prado, 2020).

A política não teceu considerações e tampouco mencionou as mulheres bissexuais, embora tenha criticado a postura de profissionais que operam no cuidado da mulher a partir de um caráter heteronormativo. Sobre a invisibilidade das mulheres bissexuais no contexto clínico, Julliana Rodrigues e Márcia Falcão (2021) constataram que esse apagamento se dá atrelado a um contexto de cuidado em que as práticas sexuais de mulheres só são consideradas legítimas em relações com homens, o que leva comumente mulheres bi a omitirem a sua orientação sexual ou a expor somente ao se relacionar com homens, invalidando a experiência da bissexualidade. As autoras interpretam, ainda, que “a invisibilidade da mulher bissexual nos espaços de cuidado à saúde reitera dificuldades enfrentadas em outros círculos sociais” (Rodrigues & Falcão, 2021, p. 7) e que, devido aos estigmas da bissexualidade, essas mulheres não se sentem autorizadas a se colocar como bissexuais. Essa invisibilidade também é atribuída por Callis (2009) à ausência de discussões sobre a bissexualidade na literatura médica e psicológica, exceto por aquelas cuja compreensão reforçava essa orientação sexual como ilegítima e transitória. Como não houve uma caracterização inicial que se propusesse a descrever a identidade bissexual, não houve também um discurso médico ou uma “verdade” – lembrando Foucault - cientificamente aceita sobre o que é ser bissexual, dificultando que essa identidade ganhasse protagonismo e se tornasse inteligível no campo social e político.

Nos anos seguintes à PNAISM, outras negociações e pactuações foram realizadas pelo movimento LGBTI+ e por mulheres lésbicas e mulheres bissexuais, até que, em 2011, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) no SUS, a partir da Portaria 2.836, de 1º de dezembro de 2011 e da publicação do documento em 2012. Essa política é considerada um marco histórico no reconhecimento da diversidade sexual e de gênero na saúde, e os seus ganhos, conforme apontado por Ferreira e Nascimento (2022), são fruto de tensionamentos protagonizados pelos movimentos sociais LGBTI+ em busca da

implementação de políticas e da garantia de direitos. O documento oficial aponta como objetivo geral promover a saúde integral dessas pessoas, “eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (Brasil, 2012, p. 18).

O texto coloca em pauta a invisibilidade política de mulheres lésbicas e mulheres bissexuais, mas trata especificamente dos movimentos de exclusão voltados para lésbicas. A política menciona a importância da prevenção dos cânceres ginecológicos em lésbicas e bissexuais, reconhecendo as dificuldades de acesso a serviços e tratamento qualificado por esses grupos, bem como a necessidade de protocolos específicos de atendimento para lésbicas e travestis (Brasil, 2012). Apesar da menção e dos avanços para pensar uma lógica de cuidado que não opera na cisheteronormatividade dentro do SUS, a política nacional não teceu considerações sobre especificidades de pessoas bissexuais, reforçando o que foi dito por Callis (2009) e Leão (2018) sobre a predominância de textos em que a bissexualidade é mencionada sem que se trate especificamente sobre ela, em uma equação linguística de “lésbicas-e-bissexuais”, cuja discussão comumente não abarca a bissexualidade enquanto identidade sexual e política independente de lésbicas e gays.

Embora ressaltemos aqui a importância de a política considerar a necessidade de atenção especial à saúde mental da população LGBT como um todo, a não observância das especificidades de pessoas e mulheres bissexuais demonstra que, conforme dito por Coelho (2019, p. 230), “o avanço do movimento que se diz LGBT não implica, necessariamente, em avanço na visibilidade bissexual e na luta contra a bifobia”. Em sua dissertação, Monaco (2020) dialoga com essa dificuldade de pensar e executar políticas voltadas para a saúde, especialmente mental, de pessoas e mulheres bissexuais. Um dos principais dados destacados nas vivências das interlocutoras de sua pesquisa é a precariedade da saúde mental a partir da invalidação, rejeição e solidão derivadas da bifobia. Em contrapartida, a realidade comum é a de não menção de pessoas bissexuais em cartilhas de saúde. Nesse sentido, faz-se necessário produzir mais dados estatísticos e estudos que apontem as pessoas bissexuais como vítimas dos efeitos severos da bifobia para reivindicar políticas públicas de saúde e para o efetivo reconhecimento e validação da bissexualidade (Monaco, 2020).

Outro desafio imposto à PNSI-LGBT e que se estende às demais políticas conquistadas no bojo da saúde LGBTI+ diz respeito ao abismo sinalizado por Kalichman e Ayres (2016) entre os textos da política e a prática de cuidado que se executa, concretamente, nos serviços de saúde, uma vez que esse processo depende de múltiplos

fatores. Sobre isso, o próprio documento estabelece que o maior desafio, a despeito da reestruturação dos serviços, rotinas e procedimentos no SUS, é o de “superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças” (Brasil, 2012, p. 16). Portanto, a criação da política não garante a sua execução e os direitos adquiridos estão sempre sob vigilância (Ferreira & Nascimento, 2022).

Entre os dias 23 e 25 de abril de 2014, a oficina Atenção à Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais aconteceu em Brasília, integrando ações para a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais promovidas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Política para Mulheres. Da oficina, originou-se o relatório ou livreto “Atenção à Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, um documento específico voltado para pensar o cuidado integral às mulheres lésbicas e bissexuais, comumente violentadas ao terem negado o direito à saúde integral que considere as suas especificidades (Brasil, 2014). O documento ressalta a necessidade de construção de saúde das mulheres, no plural, e não da mulher, no singular; a partir da voz de outras mulheres, uma vez que “somos muitas, somos múltiplas, somos inteiras e queremos viver com saúde e dignidade” (Brasil, 2014, p. 9).

O texto dá enfoque às singularidades que compõem a trajetória de mulheres lésbicas e mulheres bissexuais e à necessidade de educação em saúde para os profissionais, de maneira a prestarem um serviço adequado a mulheres com experiências sexuais fora do padrão hegemônico, indicando a importância da qualificação dos serviços prestados para a dignidade do atendimento, além da ampliação do acesso. Outro ponto crucial é declarado por Wilza Vilella, quando considera que falar de integralidade no cuidado e práticas de saúde é falar sobre saúde mental, considerando a indissociabilidade entre corpo, saúde mental e cuidado (Brasil, 2014, p. 33).

Para além de reforçar as demandas de saúde já explicitadas pelo movimento e pelas políticas anteriores, neste documento há, enfim, a discussão das particularidades de mulheres bissexuais de maneira independente às demais considerações sobre as mulheres lésbicas (Brasil, 2014). Em uma seção dedicada à vulnerabilidade na assistência à saúde de mulheres bissexuais, Aline Soares, bissexual, ativista e trabalhadora do SUS, aponta a invisibilidade das bissexuais no movimento LGBTI+, nas pesquisas de saúde e nas práticas de profissionais nos serviços de saúde, inclusive nos dispositivos de saúde mental. Aline compartilha a própria experiência de afastamento dos movimentos pela falta de espaço destinado à bissexualidade e os efeitos nocivos da bifobia (Brasil, 2014).

Além disso, o documento se coloca explicitamente contra a possibilidade de colocar mulheres bissexuais como um grupo sexual de risco, ressaltando a importância de desconstruir o estereótipo de promiscuidade direcionado às bissexuais por parte dos profissionais de saúde (Brasil, 2014).

O texto reforça a lacuna sobre a saúde de mulheres lésbicas e mulheres bissexuais e aponta a necessidade de fomento a novas pesquisas, bem como a primazia de considerar as especificidades de mulheres bissexuais nos documentos produzidos ao “especificar também o termo bissexual, caso os materiais utilizem o termo lésbica” (Brasil, 2014, p. 65), denotando o esforço em superar o binômio lésbicas-e-bissexuais que não oferecia a devida atenção às mulheres bissexuais visualizado nos discursos anteriores.

4. OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar as experiências de cuidado em saúde de mulheres que se identificam como bissexuais e/ou pansexuais e/ou que se relacionam com pessoas de mais de um gênero e residem na cidade de Manaus/AM.

Objetivos específicos

1. Compreender as principais necessidades de saúde narradas pelas mulheres;
2. Identificar os desafios e as potencialidades no acesso à saúde;
3. Investigar estratégias e enfrentamentos na produção de saúde no contexto amazônico, tanto a nível individual e subjetivo quanto a nível social e político.

5. INCURSÃO METODOLÓGICA

5.1 Breve apresentação do estudo

Este estudo se insere como qualitativo, descritivo e compreensivo-interpretativo, pois partiu do interesse em acessar os universos de significados, crenças e valores, considerando que as subjetividades e as experiências narradas são construções atravessadas pelo discurso, constituídas social e historicamente e circunscritas pelos contextos espaço-temporais (Santos, Mezzari & Teixeira-Filho, 2022). Adotamos o método narrativo proposto por Jovchelovitch e Bauer (2002), que se constitui como uma ferramenta potente para o estudo de experiências, pois para além de seu emprego como método de investigação, é uma forma discursiva de relatar situações vividas.

Sob essa ótica, importa salientar que uma vez que as narrativas são sempre situadas, buscamos compreender os discursos das doze mulheres interlocutoras desta pesquisa sem a pretensão de homogeneizar essas experiências, entendendo que ainda que criemos categorias úteis para a análise na pesquisa, são múltiplas e diversas as dimensões imbricadas às histórias de vida dessas mulheres, com marcadores subjetivos, sociais, políticos, culturais e geográficos que se fazem inextricavelmente presentes. Essa orientação também se coaduna com a perspectiva que adotamos ao longo do estudo, que consiste em tratar os feminismos, as bissexualidades e as saúdes de forma plural. Corroborando o que foi dito por Maluf (1999), nosso interesse pelas narrativas não se restringiu à mera identificação estrutural do discurso, mas, sobretudo, se direcionou aos sentidos e significados exprimidos, permitindo posicionar o que foi narrado nos itinerários pessoais e coletivos das interlocutoras. Nas palavras da antropóloga, nosso objetivo foi, sobretudo, pensar “a singularidade de cada percurso individual e sua inscrição em um sentido social da experiência” (p. 80).

A amostra foi composta por conveniência e foram excluídas mulheres que nunca haviam utilizado serviços de saúde em Manaus/AM, uma vez que nosso interesse se deu sobre as experiências de cuidado produzido tanto nos serviços de saúde quanto fora deles, entendendo os diferentes modos possíveis de fazer saúde (Gerhardt et al., 2016). O número total de interlocutoras não foi, por óbvio, calculado com base em critérios probabilísticos, uma vez que, em termos qualitativos, a amostra ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo, e não o número de sujeitas em si (Minayo, 2017). Dessa forma, também adotamos o critério da saturação, ou seja, paramos

as entrevistas quando os dados produzidos começaram a se mostrar razoavelmente repetitivos para o que se propunha compreender.

5.2 Conhecendo as interlocutoras

As doze interlocutoras da pesquisa são mulheres cisgênero, com idades entre 24 e 46 anos. Oito das mulheres se identificaram apenas como bissexuais (Valeska, Dandara, Marília, Elizabeth, Shauna, Nick, Gaia e Luz), uma se identificou apenas como pansexual (Ana), duas como pansexual *ou* bissexual (Honorina e Audrey) e uma como lésbica *ou* bissexual (Helena).

No que diz respeito à questão que envolve a pansexualidade, cabe salientar que, assim como em outros estudos (Monaco, 2020; Klidzio, 2023), a identificação como pansexual ou bissexual se deu mais pela própria experiência das interlocutoras do que por uma distinção semântica percebida por elas entre os termos. Elas mencionaram, inclusive, que se tratariam apenas de “diferentes contextos históricos”. Esse achado corrobora o que foi abordado por Dani Vas (2021), que ao tratar da militância monodissidente, afirmou que pessoas pansexuais costumam se identificar dessa maneira por sentir que essa definição lhes é mais confortável. Com a contribuição de Shiri Eisner, Vas pontua que, mesmo que diferentes, essas orientações são próximas entre si e seria proveitoso que a luta política de ambas se unificasse. Já no que se refere à (in)definição de Helena enquanto lésbica ou bi, ela também parte da própria experiência, em que apesar de ter se relacionado com mais de um gênero ao longo da vida, considera que pelo tempo em que está com a companheira, outra mulher cisgênero, não sabe se voltaria a se relacionar com pessoas de outros gêneros, e a diferença entre essas identidades não se essencializa em seu discurso.

Todas as interlocutoras residiam em Manaus/AM à época das entrevistas e seis delas também nasceram na capital amazonense (Dandara, Ana, Audrey, Shauna, Nick e Luz). Três eram naturais de municípios do interior do Amazonas: Itacoatiara (Gaia), Tabatinga (Marília) e Parintins (Honorina), possuíam tempo superior a dez anos de residência em Manaus/AM e exprimiram conexões subjetivas, sociais e geográficas com os municípios de nascimento, conforme se verá mais à frente. Já as três entrevistadas que nasceram em outros estados são naturais de Santarém/PA (Valeska), Pelotas/RS (Helena) e Vitória/ES (Elizabeth), e residem na capital do Amazonas há mais de quinze anos.

Em relação à raça/etnia, seis das interlocutoras se identificaram como pardas (Valeska, Marília, Audrey, Shauna, Gaia e Luz), uma como branca (Nick), duas como

branca *ou* parda (Ana e Helena), uma como indígena (Honorina) e uma como preta (Dandara). Cabe salientar que as autoidentificações corroboram dados do último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que coloca a autodeclaração parda como maioria no Amazonas, com destaque para o estado de uma das maiores populações autodeclaradas pardas a nível nacional (IBGE, 2022). Conforme Gomes e Costa (2021), uma das características da população amazonense é justamente a declaração parda encontrada em grande número nos registros de nascimento, que influencia as autodeclarações ao longo da vida. Em consonância com outras pesquisas, as autoras também apontam que a forte presença negra e a formação de quilombos no território amazônico são fatores que agregam às mestiçagens entre brancos e indígenas e reforçam a diversidade étnico-racial das pessoas amazônidas, gerando construções para além da que é relacionada estritamente às pessoas indígenas (Gomes & Costa, 2021).

Todas as interlocutoras tiveram acesso ao ensino superior e boa parte já está em nível de pós-graduação. Tratamos sobre esse achado mais propriamente no tópico de análise e discussão dos dados, bem como sobre o que ele significou para a pesquisa. Já sobre religião ou crença, apenas Honorina, Dandara e Luz relataram possuir uma no momento (religião de matriz africana, catolicismo e bruxaria natural, respectivamente). As demais consideraram-se agnósticas ou sem religião.

Para garantir a privacidade e o sigilo ético, as interlocutoras foram convidadas a escolher nomes fictícios que as representassem nesta pesquisa. Assim, para melhor visualização, a tabela a seguir compila o perfil de cada uma das doze entrevistadas. Ademais, na seção de análise e discussão, também será possível ver um resumo breve com outras informações das interlocutoras.

Tabela 2 – Perfil das interlocutoras da pesquisa

Nome	Idade	Naturalidade	Orientação Sexual	Raça/Etnia	Escolaridade	Religião/Crença
Valeska	35	Santarém/PA	Bissexual	Parda	Pós-Graduação (Especialização)	Sem religião
Honorina	25	Parintins/AM	Pansexual/bissexual	Indígena	Mestrado	Religião de matriz africana
Dandara	24	Manaus/AM	Bissexual	Preta	Pós-Graduação (Especialização)	Católica
Marília	25	Tabatinga/AM	Bissexual	Parda	Ensino Médio (cursando a graduação)	Sem religião
Ana	24	Manaus/AM	Pansexual	Branca/parda	Graduação	Sem religião
Elizabeth	31	Vitória/ES	Bissexual	Branca	Mestrado	Sem religião
Audrey	28	Manaus/AM	Pansexual/bissexual	Parda	Pós-Graduação (Especialização)	Sem religião

Shauna	26	Manaus/AM	Bissexual	Parda	Graduação	Sem religião
Nick	29	Manaus/AM	Bissexual	Branca	Graduação (cursando o Mestrado)	Sem religião
Gaia	25	Itacoatiara/AM	Bissexual	Parda	Pós-Graduação (Especialização)	Sem religião
Helena	46	Pelotas/RS	Lésbica/bissexual	Parda/branca	Pós-Graduação (Especialização)	Agnóstica
Luz	24	Manaus/AM	Bissexual	Parda	Ensino Médio (cursando a graduação)	Bruxaria natural

5.3 Produção dos dados (e um dedo de prosa)

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), deu-se início ao estudo de campo em questão, dividido em algumas fases cujos desdobramentos foram fundamentais para os resultados obtidos. Essas fases serão explicadas uma a uma, seguindo as orientações teórico-metodológicas de Jovchelovitch e Bauer (2002), considerando que adotamos a perspectiva de produção de dados a partir das entrevistas narrativas individuais.

Antes, peço licença para realizar algumas considerações em primeira pessoa. Conforme situei nas notas introdutórias, a minha implicação na pesquisa se deu, também, a partir de uma tecelagem que ocorreu entre as minhas próprias experiências e o percurso do estudo, ao passo que os caminhos metodológicos também sofreram afetações conforme eu era afetada. Nesse bojo, considero que dois momentos foram cruciais para a costura dos dados: um momento primeiro, pré-qualificação da pesquisa; e um segundo momento, pós qualificação.

Na fase de pré-qualificação, após a realização dos estudos que compõem os dois capítulos anteriores desta pesquisa, e após a minha participação na décima terceira edição do Seminário Internacional Fazendo Gênero, em julho de 2024, tornei-me oficialmente participante da Rede Brasileira de Estudos sobre Bissexualidade e Monodissidências (REBIM), anteriormente Grupo Amazônida de Estudos sobre Bissexualidade (GAEBI). Esses eventos ofereceram novos sentidos a uma pesquisa(dora) que, até então, era muito mais solitária, embora nunca impessoal. As trocas afetivas, acadêmicas e políticas com as pessoas pesquisadoras da REBIM desde a minha entrada deram-me a oportunidade de materializar referências que até então só existiam nas citações dos trabalhos que eu havia desenvolvido com os meus orientadores, e ali eu tive a primeira das minhas afetações: a de que todas as sujeitas envolvidas na pesquisa são reais. Por mais óbvio que possa

parecer, explico: no meio acadêmico, depois de tantas citações, penso que por vezes quase perdemos de vista que estamos lidando com problemáticas concretas, de pessoas *de carne e osso*, com identidades e diferenças, no plural, que se relacionam mutuamente, incluindo muitas das quais não conseguiremos sustentar ou abarcar na pesquisa. Quando retornei do Fazendo Gênero, embutida de maior força afetiva e política, eu estava ávida pela ideia de luta por uma identidade bissexual, que conforme mais reconhecida, também teria mais garantidos os seus direitos políticos, inclusive à saúde. De certo modo e analisando a trajetória dos movimentos sociais feministas e LGBTI+, verificamos que isso não deixa de ser verdadeiro, mas incorreu-me em algumas questões.

Sob essa visão, construímos o projeto de pesquisa e o convite para participação das interlocutoras, acompanhado de um formulário no *Google Forms*, que começou a circular nas minhas redes sociais pessoais e profissionais dos aplicativos *Instagram*, *X (Twitter)* e *WhatsApp*.

Figura 2

Convite para participação na pesquisa – pré qualificação



O convite possuía um *Qr Code* que levava diretamente ao formulário online e permitia à potencial interlocutora informar o interesse em participar da pesquisa, assim como outros dados pessoais e socioeconômicos, como a naturalidade, o tempo de residência em Manaus, no caso de não ter nascido na cidade, idade atual e idade em que

se identificou como bissexual, escolaridade, renda, estado civil, raça/etnia, religião, deficiência (se possui, qual), e-mail e telefone (*WhatsApp*) para contato.

Até a data da qualificação do projeto de pesquisa, no dia 19/12/2024, dezesseis mulheres já haviam respondido o formulário. A partir do compartilhamento nas redes sociais, utilizamos também da “bola de neve”, um tipo de estratégia não probabilística que utiliza cadeias de referência, ou seja, uma participante captada pode repassar o convite para outras que cumpram os critérios de inclusão. A técnica em bola de neve é eficaz para tirar proveito das redes sociais e fornecer um conjunto de contatos potenciais, sendo profícua no caso de populações relativamente menores e que possivelmente estejam em contato umas com as outras (Vinuto, 2014).

A utilização desta técnica também se deu pela minha própria experiência de contato prévio com pessoas e movimentos bissexuais, nos círculos pessoais e acadêmicos, considerando este aspecto como um facilitador do processo de seleção. Conforme Oliveira et al. (2021), o encontro mediado por pessoas semelhantes auxilia a interação entre pesquisadora-participantes e é especialmente vantajoso em grupos invisibilizados, que comumente se relacionam em rede. Assim, até a qualificação, os critérios de inclusão da pesquisa, explicitados na imagem do convite e na legenda da divulgação, eram: 1) ser mulher cisgênero que se identifica como bissexual; 2) residir em Manaus/AM; 3) ter idade entre 18 e 40 anos; e 4) utilizar serviços de saúde públicos e/ou privados, independentemente do período.

Durante a qualificação, contudo, fui provocada a refletir sobre alguns destes aspectos, com a ajuda de uma banca sensível e potente formada pelos professores Dr. André Machado e Dra. Regina Facchini, que compartilharam comigo algumas das armadilhas sobre as quais eu poderia incorrer, sem perceber, especialmente no que dizia respeito aos critérios de inclusão e à condução das entrevistas narrativas. Ali, uma nova afetação surgiu nos campos pessoal, político e acadêmico, e me dei conta de que, se por um lado eu estava em busca do fortalecimento da bissexualidade para pensar a garantia de direitos, por outro, nesta alçada, eu poderia sobrepor justamente a importância das diferenças, dos feminismos, das saúdes e das bissexualidades, no plural, e sobrepor a posicionalidade das interlocutoras da pesquisa diante de outros marcadores sociais da diferença, tão presentes quanto a construção sexual e de gênero que elas apresentam.

Conforme Spivak (1985), essa trama complexa corresponde ao que a autora chamou de essencialismo estratégico, em que, a partir da crítica do próprio essencialismo, reproduz-se de outra maneira o problema fundamental essencialista: o de enquadrar

sujeitos nos mesmos mecanismos hegemônicos dos quais se afirma buscar emancipação (Dias, 2021). Assim, a fabricação de uma identidade fixa, de acordo com a perspectiva feminista pós-estruturalista, embora assuma importância nas trajetórias de reconhecimento dos feminismos e das pessoas LGBTI+ em um primeiro momento, passou a ser questionada, dado o perigo de cristalização das experiências de “mulheres” como pré-requisito para o enquadramento do ser “mulher” e de uma concepção unificada e essencial dessa identidade no singular (Costa, 2002). Conforme a autora, o conceito de posicionalidade seria uma saída profícua para os impasses teórico-metodológicos do essencialismo estratégico, em que se assume que outros fatores também compõem as identidades das mulheres, como os sociais, culturais, políticos, geográficos e assim por diante, concebendo o gênero como um desses marcadores.

Essa perspectiva se coaduna com a visão dos diferentes modos de fazer saúde, também objeto deste trabalho, que há muito foi – e ainda é - obscurecida pela perspectiva de uma saúde totalizante, estritamente biomédica e despida de agências, especialmente por parte daquele que é cuidado, bem como de contextos históricos, sociais e políticos. E voltando à própria bissexualidade, a despeito da importância inequívoca de legitimar as práticas, orientações e identidades que estão fora da cisheteronorma, conforme situado nas notas introdutórias, ela surge justamente na esteira da problematização dos essencialismos que há muito apresaram sujeitos em categorias e classificações fixas e imutáveis (Cavalcanti, 2007).

Dessa forma, após as reflexões provocadas pela qualificação, algumas alterações foram realizadas no convite para participação na pesquisa, no formulário online (Apêndice A) e no roteiro de entrevista a ser utilizado (Apêndice B), em um movimento de repensar as formas discursivas da pesquisa, bem como os feminismos, bissexualidades e saúdes acionadas a partir delas. A esse segundo momento, denomino pós-qualificação.

Figura 3

Convite para participação na pesquisa – pós qualificação

**VOCÊ É UMA MULHER CISGÊNERO (QUE SE IDENTIFICA COM O GÊNERO FEMININO ATRIBUÍDO NO NASCIMENTO)?
JÁ TEVE PRÁTICAS SEXUAIS E/OU AFETIVAS COM PESSOAS DE MAIS DE UM GÊNERO OU SE IDENTIFICA COMO BISSEXUAL?
TEM IDADE ENTRE 18 E 40 ANOS E MORA EM MANAUS?
VOCÊ JÁ FREQUENTOU SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS OU PRIVADOS EM MANAUS?**



RESPONDA AQUI!

SOU MARIA EDUARDA, MESTRANDA PELA UFAM, E ESTOU FAZENDO UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE DE MULHERES QUE JÁ TIVERAM PRÁTICAS SEXUAIS E/OU AFETIVAS COM PESSOAS DE MAIS DE UM GÊNERO OU SE IDENTIFICAM COMO BISSEXUAIS EM MANAUS/AM. SE VOCÊ RESPONDEU “SIM” PARA AS PERGUNTAS ACIMA, PARTICIPE DA NOSSA PESQUISA PREENCHENDO O FORMULÁRIO. SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE!

Incluimos a categoria “práticas” no convite e o espaço para que as mulheres declarassem – ou não - outras formas de se conceber para além da bissexualidade no formulário, o que em termos teóricos já estava incluso na definição de bissexualidade trabalhada ao longo da pesquisa, mas não aparecia na versão do convite e do formulário pré-qualificação, sobreposto tão apenas pela questão da identidade. Assim, passar a convocar mulheres que já se relacionaram com pessoas de *mais de um gênero* ou que se reivindicam de outra maneira que não a bissexualidade, mas cujas experiências afetivas e sexuais remetessem a essa categoria, restou mais coerente com a proposta de abarcar a bissexualidade como um termo guarda-chuva, conforme proposto por Shiri Eisner (2013), cuja definição mais ampla engloba identidades, desejos e práticas afetivo-sexuais por pessoas de mais de um gênero. Ademais, permitiu também evitar a possível convergência absoluta entre identidades e práticas, dificultando o acesso à diversidade interna que existe nesse grupo e subjacente ao risco da homogeneização (Barbosa & Facchini, 2009).

Com as versões pós-qualificação, três novas possíveis interlocutoras entraram em contato para participação e, a essa altura, eu já havia contatado algumas das mulheres que haviam preenchido o formulário na etapa anterior à qualificação. Das três, duas referiram uma possível dupla identificação (lésbica/bissexual e pansexual/bissexual). Embora outras mulheres identificadas como pansexuais já tivessem preenchido o formulário, a inclusão dessas novas sujeitas sugeriu que, embora pequena, a mudança no convite havia surtido efeito para capturar mulheres cuja bissexualidade aparecia não exclusivamente a

partir de uma identidade. Outra alteração encobriu a faixa etária das entrevistadas, em que passamos a considerar mulheres de 18 a 65 anos; mais uma vez, em uma tentativa de obter um perfil mais diversificado de interlocutoras.

A partir do contato com as mulheres, foram agendados então um dia, horário e local para as entrevistas, considerando sempre a melhor disponibilidade delas. No que se refere ao local das entrevistas, pela própria dinâmica do trabalho de campo, foram realizadas tanto na própria Universidade Federal do Amazonas, em salas privativas, observando o sigilo ético e a privacidade de informações, quanto em outros locais de preferência das sujeitas da pesquisa, levando em consideração que esses outros espaços também abrigavam condições de privacidade e disponibilidade. Para cada entrevista, foram realizadas também anotações de campo, com o objetivo de registrar os elementos não-verbais e outros que pudessem fugir ao escopo das gravações, como suporte à compreensão das falas registradas. As entrevistas ocorreram entre janeiro e maio de 2025 e tiveram duração média de 1:30:00 (uma hora e trinta minutos).

Conforme Jovchelovitch e Bauer (2002), a entrevista narrativa é uma ferramenta não estruturada que visa à profundidade de aspectos específicos e por meio da qual emergem histórias de vida. Por meio da narrativa, as pessoas são capazes de lembrar o que aconteceu, colocar a experiência em sequência, encontrar possíveis explicações e jogar com a cadeia de acontecimentos que compõe a vida individual e social. Pelo caráter artesanal, as narrativas são consideradas interpretações ou representações de mundo e, portanto, não estão abertas a comprovação e nem podem ser julgadas como verdadeiras ou falsas, pois expressam a verdade de um ponto de vista em determinado contexto, tempo e espaço (Muylaert et al., 2014).

Ao final, foram realizadas 12 (doze) entrevistas. Inicialmente, elas seriam realizadas a partir de um único tópico-guia, contudo, também após a qualificação, optou-se pelo uso de um roteiro semiestruturado com a divisão por blocos: I) conhecendo a interlocutora; II) história da vida sexual, afetiva e reprodutiva; III) estilo de vida; IV) história de saúde; V) relação com profissionais e serviços de saúde e VI) finalização. Após explicar o contexto da investigação em termos amplos às interlocutoras, retomando os objetivos da pesquisa, e ter obtido o consentimento de participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) as entrevistas aconteceram a partir dos tópicos disparadores.

A cada bloco, a entrevistada discorria livremente sobre a questão e a entrevista só era interrompida quando havia uma clara indicação de que o tema havia se esgotado, isto

é, quando a interlocutora se detinha e/ou dava sinais de que aquela parte da história terminou. Ao final, era sempre perguntado se havia algo a mais que gostaria de dizer ou retomar, bem como outras perguntas podiam ser feitas, sempre em referência a algo que já havia sido trazido por elas anteriormente. Dado o cuidado de interromper minimamente nesse tipo de entrevista, muitas vezes as interlocutoras iam de um tema a outro na mesma narração ou perpassavam de uma só vez temas pertinentes a diferentes blocos, sendo por isso ainda mais importante permitir que falassem livremente, em um movimento de tecelagem de suas próprias narrativas.

No Apêndice B é possível visualizar o roteiro semiestruturado das entrevistas, com os respectivos blocos e questões disparadoras. Muylaert et al. (2014) reforçam a utilização do roteiro como ferramenta potente para as entrevistas narrativas, que quando de acordo com os objetivos do trabalho, permite que a entrevista flua pela ordem do discurso das interlocutoras.

5.4 Análise dos dados

Para Minayo, Deslandes e Gomes (2011), o processo de análise dos dados envolve não apenas uma descrição densa do que foi encontrado, mas uma interpretação dessas informações, à luz dos objetivos da pesquisa. É importante produzir uma aproximação entre a fundamentação teórica e a prática da pesquisa, buscando compreender o material produzido em campo de forma aprofundada, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento acerca do assunto pesquisado. Nesse processo, tivemos compromisso ético com as interlocutoras, entendendo que, conforme orientam Minayo e Guerriero (2014), esse compromisso se faz para além de tão somente seguir as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa, mas inclui a responsabilidade das pessoas pesquisadoras com as histórias das sujeitas da pesquisa e com as interpretações feitas sobre essas histórias, já que nenhum ponto de vista está destituído de localização e produz sempre um conhecimento parcial e situado (Haraway, 1995).

Nos dedicamos a posicionar as experiências narradas pelas interlocutoras em seus contextos sociais, históricos e culturais e, a partir dos marcos teóricos e analíticos do estudo, produzir reflexões aprofundadas sobre as narrativas. O material obtido nas entrevistas foi cuidadosamente transcrito por mim e a transcrição envolveu os conteúdos linguísticos e paralinguísticos importantes para análise, como a modalidade da voz, as reticências, risos e pausas. Após transcritas, as narrativas foram analisadas a partir do

método de seis etapas proposto pelo sociólogo alemão Fritz Schütze (2010) sobre a análise de narrativas.

Na etapa de análise formal do texto, identificamos os diferentes esquemas comunicativos (narração, descrição e argumentação) das narrativas e separamos elementos não narrativos como explicações ou argumentações para análise posterior. Em seguida, na descrição estrutural do conteúdo, analisamos minuciosamente cada segmento das narrativas, com o objetivo principal de verificar não só *o que* foi narrado, mas *como* foi narrado e *como* a narrativa se construiu. Após a leitura dos textos, elaboramos comentários livres que serviram como base para formular ideias e como suporte para identificar temas principais ou secundários.

Na fase analítica, colocamos os diferentes eventos ou trajetórias expressas pelas entrevistadas em relação umas com as outras, a fim de reconstituir a biografia de cada uma. Também nesta fase fizemos a distinção entre aspectos específicos da biografia de uma interlocutora e aqueles que podiam ser encontrados em outras biografias. Na etapa de análise do conhecimento, o foco recaiu sobre o conteúdo não indexado do texto, ou seja, sobre as opiniões, conceitos e reflexões feitas pelas interlocutoras sobre si mesmas e suas experiências de vida. Posteriormente, na comparação contrastiva, agrupamos e comparamos essas trajetórias individuais para buscar semelhanças e particularidades passíveis de identificar categorias. Conforme Schütze (2010) e Weller (2009), essa comparação leva em conta tanto situações concretas quanto fenômenos relativamente abstratos.

Por fim, construímos um modelo teórico a partir das análises realizadas nas fases anteriores e identificamos trajetórias coletivas entre as interlocutoras que permitiram a criação de categorias de análise, com temas e subtemas relacionados às narrativas trazidas ao longo das entrevistas.

5.5 Cuidados éticos

A pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM), sob o parecer n.º 84393824.1.0000.5020. O estudo foi desenvolvido com base nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução n.º 466/12 (Brasil, 2013) e Resolução n.º 510/16 (Brasil, 2016), atendendo as exigências éticas e científicas fundamentais: Comitê de Ética e

Pesquisa (CEP), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), confidencialidade e privacidade dos dados.

Foram repassadas e garantidas às interlocutoras todas as informações sobre a pesquisa, bem como o respeito à privacidade, à confidencialidade de suas informações e à possibilidade de desistir a qualquer tempo. Consideramos ainda que a preservação do anonimato foi seguida durante todas as fases da pesquisa e, por isso, os nomes reais das sujeitas da pesquisa foram também substituídos por nomes fictícios. Esse aspecto também subjaz à consciência de que pesquisas qualitativas têm o potencial de beneficiar comunidades e indivíduos, mas igualmente podem prejudicá-los, especialmente no caso de uma análise descuidada em relação aos preceitos éticos (Minayo & Guerriero, 2014).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor contextualização, apresentamos a seguir um breve resumo das interlocutoras-sujeitas-protagonistas das narrativas que compartilharam suas histórias e originaram essa análise. As informações sobre elas também foram representadas em formato de quadro na Tabela 2 da seção de Incursão Metodológica.

Ana – tem 24 anos, natural de Manaus, é pansexual e disse ainda ficar confusa sobre ser branca ou parda. Está solteira e começou a se relacionar com mulheres cisgênero por volta dos 14 anos. Aos 19 se questionou sobre uma possível atração por homens cisgênero e passou a se relacionar com “todas as pessoas” (sic). Gosta de música, faz bordado e gosta de estar em contato com a natureza no tempo livre;

Audrey – 28 anos, natural de Manaus/AM, é parda e pansexual/bissexual. Está em um relacionamento com um homem cisgênero também bissexual e no tempo livre gosta de sair com os amigos, principalmente para karaokê e atividades que envolvem o gênero musical *K-pop*;

Dandara – 24 anos, natural de Manaus, é preta e bissexual. Solteira atualmente, Dandara aponta a bissexualidade como uma descoberta recente, quando após relacionar-se somente com mulheres, relacionou-se com um homem cisgênero. É católica e musicista de sua igreja, local que também refere como rede de apoio. Já participou de movimentos feministas negros na adolescência e escolheu esse nome em alusão à guerreira negra Dandara dos Palmares;

Elizabeth – 31 anos, parda, bissexual e natural de Vitória/ES, considera-se manauara por ter vivido desde a infância na capital amazonense. Referiu a bissexualidade como uma descoberta na vida adulta, após anos de relacionamento estável com um homem cisgênero. É casada com uma mulher cisgênero no momento e tornou-se mãe através da adoção, tendo grande parte da rotina atravessada pelo trabalho, pela maternidade e por atividades em família. Participa de um grupo de pais e mães LGBTI+;

Gaia – 25 anos, natural de Itacoatiara/AM, bissexual e parda. Reside em Manaus há 8 anos e retorna para Itacoatiara com frequência para visitar a família. A distância do município para a capital é de cerca de 270km. Está solteira atualmente e sua rotina divide-se principalmente em atividades de trabalho, estudos e lazer com família e amigos;

Helena – 46 anos, natural de Pelotas/RS, reside em Manaus há 18 anos. Coloca-se como lésbica ou bissexual, pois embora já tenha se relacionado com pessoas de gêneros distintos, está há mais tempo em uma relação estável com a companheira, outra mulher

cisgênero. Também afirmou não saber se caracterizar entre branca ou parda, pois no Rio Grande do Sul era considerada parda, mas em Manaus é comumente lida como branca. Junto com a esposa, possui uma filha, gerada a partir de um processo de fertilização in vitro (FIV). Sua rotina se divide entre o trabalho, as atividades domésticas, a maternidade e a família, além do lazer com amigos. Também participa de um grupo de famílias LGBTI+, que se tornou uma rede de apoio;

Honorina – 25 anos, indígena, natural de Parintins/AM, residente há pouco mais de dez anos em Manaus/AM. Se considera mulher pan/bissexual. Já participou de movimentos sociais e projetos voltados para a população LGBTI+, e no tempo livre costuma frequentar espaços de lazer mais inclusivos. É adepta das religiões de matriz africana;

Luz – 24 anos, é parda e bissexual. Está em uma relação com um homem cisgênero no momento e, entre o trabalho e os estudos, tem momentos de lazer com amigos e o namorado. O nome fictício foi dado em homenagem a uma gata que adotou no mesmo dia da nossa entrevista;

Marília – 25 anos, natural de Tabatinga/AM, parda e bissexual. Ficou em Tabatinga até os quinze anos, quando mudou-se para Manaus para estudar; os pais seguem morando no município, que fica a 1.106km da capital. Os irmãos também fizeram o movimento de sair para estudar e residir em Manaus e, além deles, tem os amigos como uma grande rede de apoio na cidade;

Nick – 29 anos, natural de Manaus/AM, branca e bissexual. Hoje não possui crença em uma religião específica, mas cresceu em uma família evangélica⁸ e teve participação ativa na igreja até a vida adulta. Está em um relacionamento com uma pessoa não-binária e seu nome é uma alusão ao personagem *Nick Nelson*, da série *Heartstopper*;

Shauna – 26 anos, natural de Manaus/AM, parda e bissexual. Por muito tempo se considerou assexual e biromântica⁹, mas hoje entende-se mais como bissexual. Suas cores favoritas são rosa e roxo e o nome escolhido por ela é uma alusão à personagem *Shauna Shipman*, da série *Yellowjackets*;

⁸Cabe pontuar que o Norte do Brasil concentra a maior proporção de evangélicos do país, sendo o Amazonas o terceiro estado com mais pessoas que seguem a religião (IBGE, 2022).

⁹Na experiência de Shauna, sexualidade e afetividade apareceram em tempos distintos: desde a infância percebeu-se como alguém com afeto por pessoas independentemente do gênero, mas a dimensão sexual, que se referiria mais propriamente ao desejo e à prática sexual em si, surgiu apenas na vida adulta. Assim, por muito tempo considerou-se assexual, mas com interesses românticos por pessoas de mais de um gênero. Foi possível visualizar situação similar em outras pesquisas, em que pessoas assexuais se definiram como “panromânticas” ou “biromânticas”, diferenciando as dimensões sexual e afetiva (Monaco, 2020).

Valeska – 35 anos, natural de Santarém/PA, parda e bissexual. Está em Manaus há mais de vinte anos. Cresceu em ambiente familiar católico e evangélico, mas na vida adulta optou por seguir uma espiritualidade sem religiões. Possui uma filha de 12 anos, com quem mora, e está em um relacionamento estável e não monogâmico¹⁰ com um homem cisgênero. Sua rotina costuma se dividir entre o trabalho, os amigos e os afazeres da maternidade e da casa.

Ainda sobre o perfil das interlocutoras, optou-se por não revelar informações relacionadas às suas formações e atuações profissionais que poderiam identificá-las. Contudo, importa salientar que todas possuem alto grau de escolaridade, com acesso ao nível superior em curso ou finalizado, e (8) delas cursaram ou cursam a pós-graduação, sendo (5) na modalidade *lato sensu* e 3 na modalidade *stricto sensu*, com (2) a nível de mestrado e (1) a nível de doutorado. Apesar de nossas tentativas de garantir maior diversidade interna entre as participantes, esse perfil de escolaridade específico precisa ser considerado como aspecto relevante para os resultados apresentados, uma vez que influencia diretamente em outras dimensões como o acesso à informação e aos serviços de saúde. Conforme apontam Andrade et al. (2014), a escolaridade está intrinsecamente relacionada a fatores como a própria percepção de saúde e autocuidado, as relações sociais e o acesso à educação em saúde.

Assim, buscamos analisar as experiências das doze mulheres sujeitas-protagonistas deste estudo a partir de três categorias temáticas, conectadas aos objetivos da pesquisa: **1)** necessidades em saúde – o que demandam; **2)** desafios e potencialidades no acesso à saúde – o que encontram; e **3)** reconhecimentos, subjetividades e produção de saúde – como (r)existem.

6.1 NECESSIDADES EM SAÚDE: O QUE DEMANDAM?

Nesta categoria temática, apresentamos, a partir dos discursos das interlocutoras, as principais demandas apresentadas por elas que perpassam o seu processo de saúde-adoecimento-cuidado, observando os diferentes contextos que permeiam essas experiências. Alinhamos nossa discussão ao conceito central de necessidades em saúde da Saúde Coletiva, que reorienta o foco da atenção para necessidades ao invés de

¹⁰ Neste trabalho, ao tratar da não monogamia, e a partir da própria experiência relatada por *Valeska*, entendemos esse conceito como um termo “guarda-chuva” que envolve variadas formas de se relacionar em que não há o pressuposto da exclusividade afetivo-sexual, incluindo relações abertas, poliamor, *swinging* e outras práticas possíveis (Lipnicka, 2023).

problemas, em busca de superar ações e reflexões de saúde de natureza imediatista e individualizante, que não consideram a influência das determinações sociais de saúde e reproduzem o viés biomédico e hospitalocêntrico, ainda hegemônico (Campos, 2004). Desta feita, corroborando o que foi posto por Campos e Mishima (2005), posicionamos as necessidades apresentadas como questões que não são naturais e homogêneas, pois são, sobretudo, fruto da teia social. Desse modo, foram construídos nesta categoria três subtemas: 1) saúde mental e sofrimento psíquico; 2) violência sexual e violência na parceria íntima; e 3) saúde sexual e reprodutiva.

6.1.1 Saúde mental e sofrimento psíquico

os meus check-ups anuais dizem que eu tô excelente, o negócio é só o mental mesmo (Valeska)

Ao analisarmos as narrativas, uma recorrência se fez presente: a partir do relato de episódios, diagnósticos e tratamentos (sobretudo os psiquiátricos), a maior parte das interlocutoras referiu prejuízos em saúde mental e sofrimento psíquico:

(...) já tem uns 5 anos que eu tô nesse tratamento. Eu trato **transtorno de estresse pós-traumático**, e aí eu faço tratamento de **depressão**. Então, todo ano eu vou lá com meu psiquiatra. E aí atualmente eu faço uso de **medicação** por conta disso (Valeska)

Eu tenho **transtorno bipolar** então eu faço terapia desde os meus 13 anos. E eu acho que comecei uma jornada aí desde os 16, tomando **medicações**, né? E trocando bastante medicações (Dandara)

(...) agora eu tô numa investigação pra **transtorno afetivo bipolar** (Marília)

Atualmente eu tomo **fluoxetina** pra poder lidar com a **depressão** (Audrey)

Eu estava fazendo acompanhamento com um psiquiatra (...) só que aí eu parei um pouco né? Eu estava só com remédio de **ansiedade** e eu estou vendo se eu consigo esse ano ainda ir pra algum psiquiatra ou neuropsicóloga, assim, que esteja um pouco mais especializada em **TDAH** (...) medicamentos não funcionam pra mim, eu não consigo me concentrar (...) eu já cheguei a tomar, tipo, umas seis **ritalinas** tipo, numa pegada só. Só pra ver se funcionava. E não funcionou (...) e já tenho ansiedade e depressão também (Shauna)

Ali nos meus 16, 17 anos eu tentei duas vezes **suicídio** (Gaia)

A última coisa que eu fiz pela minha saúde mental foi permanecer vindo aqui (Faculdade de Psicologia da UFAM) e fazer as consultas pra acompanhar o possível TEA, e veio aí a revelação. **TEA e TDAH** (Luz)

Conforme Gaino et al. (2018), assim como o conceito geral de saúde, a concepção de saúde mental é complexa, influenciada pelos contextos políticos e sociais e pelas diferentes práticas em saúde estabelecidas ao longo da história. O termo carrega um significado polissêmico e entrecruza diferentes saberes, mas ainda prevalecem sobre ele a perspectiva de dois paradigmas: o da saúde como questão puramente orgânica, a partir do viés biomédico; e o da saúde como produção social. Aqui, por óbvio, compreendemos a saúde mental também como processo complexo e multifacetado, que engloba múltiplas dimensões sociais, econômicas, culturais e ambientais.

Conforme se observou, sete das doze interlocutoras relataram possuir transtornos, diagnosticados ou em fase de diagnóstico, bem como apresentaram expressões de sofrimento psíquico, como tentativa de suicídio e o uso de medicações de maneira exacerbada. Assim, ao nos depararmos com essa realidade que se mostrou expressiva, questionamos: será que a saúde mental das sujeitas deste estudo também tem sido compreendida de maneira ampla pelos profissionais que as têm atendido? Os diagnósticos e as medicações têm sido acompanhados por uma escuta de suas trajetórias e relacionados com outras interseções presentes nessas histórias de vida?

Não houve considerações por parte das interlocutoras sobre esses tratamentos em específico, ou sobre os profissionais, de modo a qualificá-los. Percebeu-se, na realidade, que foram apresentados muito mais como algo já natural, imbricado às suas trajetórias e modos de vida. Outro relato demonstra isso:

Não é uma coisa que melhora, posso dizer, assim. Durante uns anos até piorou bastante. Agora acho que tá mais pro neutro (...) Tô um pouco focada em saúde mental nesse último tempo, inclusive a academia é um pouco pra isso né? Mas até agora eu também não notei muita diferença não. Eu continuo me sentindo meio **doida** (Shauna)

Nesse trecho, vemos que *Shauna* possui o entendimento de que a saúde mental é influenciada por outros fatores, como a própria prática de atividade física. Contudo, ainda existe para ela a emergência de encontrar um tratamento médico que de fato corrija os problemas que apresenta, uma vez que sente que as medicações já não fazem efeito, mesmo quando tomadas em excesso. Daí a importância dos questionamentos que realizamos anteriormente. Cabe, também, salientar que essas provocações não se

apresentam para negar o sofrimento psíquico trazido ou tampouco para apontar que a busca por tratamentos não deva ser feita, quer seja a partir das psicoterapias, da psiquiatria ou de outras intervenções em saúde. O que desejamos contestar é o reducionismo do sofrimento psíquico a parâmetros estritamente relacionados às doenças orgânicas, tendência que tem sido vista há mais tempo do que gostaríamos entre profissionais de saúde (Oliveira, Cavalcanti & Ericson, 2024).

Conforme Whitaker (2017), vivemos a chamada epidemia das drogas psiquiátricas, representada pelo consumo exagerado de medicamentos psicofármacos que cresceu significativamente nos últimos anos. Com efeito, observa-se uma lógica em que usuários passam a depositar na medicação a expectativa de cura ou proteção absoluta contra as diversas formas de sofrimento psíquico, mesmo aquelas que existem também em função de outras determinações sociais. Segundo Franco e Merhy (2005), o grande problema desse raciocínio é justamente posicionar a medicação enquanto centro do tratamento, sobrepondo o fato de que este é apenas um dos recursos, e que sua eficácia depende de outras ações que devem estar presentes na linha de cuidado.

Esta realidade se coloca ainda mais em xeque quando estamos tratando de pessoas dissidentes de gênero e sexualidade, como no caso das sujeitas da pesquisa. Nesse bojo, Ferreira (2019) afirma que corpos LGBTI+, que constantemente possuem seus direitos negados, inclusive o de acesso à saúde integral que respeite e leve em consideração as suas singularidades, vivenciam um tipo de sofrimento psíquico que não é *per se* subjetivo, mas possui bases políticas, morais e estruturais, e suas demandas em saúde mental são, na verdade, denúncias coletivas das situações de violência vividas cotidianamente. Do mesmo modo, Baére (2019) chama a atenção para a questão do suicídio nessas populações, em que, intersectadas a outras dimensões sociais, vidas LGBTI+ não se suicidam, mas são suicidadas por múltiplas experiências de preconceito e discriminação que lhes tiram possibilidades de existir plenamente. O mesmo autor faz referência à pesquisa de Teixeira-Filho e Rondini (2012), já citada anteriormente, em que os autores detectaram maior histórico de tentativas de suicídio entre jovens que se autodenominaram bissexuais. Então, especificamente no que se refere aos corpos bissexuais, como esperar que o apagamento e a invalidação das bissexualidades como orientações e possibilidades legítimas não afetem diretamente a saúde mental das pessoas bissexuais?

Nesse sentido, o estudo de Williams et al. (2022) pesquisou os riscos em saúde mental na comunidade LGBTI+ e apontou que jovens bissexuais, sobretudo as mulheres, possuem maiores riscos de depressão, ansiedade, suicídio e uso de substâncias, em

comparação com mulheres heterossexuais, lésbicas e homens gays. Os autores destacam que a sensação constante de falta de pertencimento à comunidade LGBTI+ e os questionamentos frequentes sobre a legitimidade das bissexualidades contribuem significativamente para os danos psicossociais relatados. Monaco e Souza (2024) corroboram essa ideia, demonstrando em suas pesquisas que a dificuldade de encontrar acolhimento e rede de apoio, tanto em ambientes heterossexuais quanto na própria comunidade LGBTI+, ocasiona isolamento e prejuízos à saúde mental das pessoas bissexuais. Relatos como esses também foram feitos pelas nossas interlocutoras:

(...) só que até eu chegar nesse lugar (assumir-se mulher bissexual), eu passei por várias situações de angústia e sofrimento, isso me trazia a muitas crises, eu cheguei a ter crises de ansiedade fortes mesmo, por causa dessa confusão. Eu me sentia muito... inadequada, acho que era isso, me sentia **inadequada**. (Nick)

Quando a minha família por parte de pai, que é católica, descobriu que eu estava me relacionando com mulheres, eles falaram: “Ah, isso é libertinagem. É **gente que quer putaria**. Quer putaria com homem, quer putaria com mulher.” Fora que a gente é super discriminada por ser bi né? De estar ali **em cima do muro**. (Valeska)

Em alguns momentos também no âmbito familiar foi me questionado isso né? tipo “você precisa dizer o que você é”, sempre nesse lugar da **anulação** mesmo dessa própria sexualidade. (Honorina)

(...) pros meus pais que já tem 60 e poucos anos, é bem diferente, né, assim, tipo, ah, mas como assim, você namorava um homem, agora você namora mulher né, então pra eles foi tipo “mas como isso pode acontecer?”, “**por que que isso não apareceu antes?**” (Elizabeth)

(...) ela (namorada à época) já se identificava como lésbica desde muito nova, então pra ela não era uma novidade, então acredito que foi uma grande dificuldade no nosso relacionamento, porque pra mim era tudo novidade... e também um grande preconceito por eu ser bissexual, porque pra ela, **ou você é lésbica, ou você é hétero**. E aí eu falei que eu não tinha me rotulado em nem um e nem outro, eu falei que gostava dela e não da sexualidade dela (Gaia)

As narrativas de Nick, Valeska, Honorina, Elizabeth e Gaia demonstram experiências diversas de inadequação, invalidação, anulação e discriminação causadas pela bifobia. Para Nick, a inadequação a partir do rompimento com o dito molde heteronormativo gerou sofrimento psíquico intenso; Honorina, Valeska e Elizabeth sofreram, dentro de seus ambientes familiares, pressões ou discriminações em função da deslegitimação da bissexualidade, bem como pela acusação de uma presumida

promiscuidade atribuída às mulheres bissexuais. Já para Gaia, o preconceito veio a partir da própria companheira à época, uma mulher lésbica. Ainda sob essa perspectiva, Gaia também pontuou outro momento em que a então parceira teve uma concepção equivocada sobre bissexualidade, refletindo o estereótipo de promiscuidade e ligação com infecções sexualmente transmissíveis:

Ela não gostava de utilizar (métodos de prevenção), ela era bem negligente nesse assunto, não gostava, a gente precisou pedir orientação (...) a gente pegava muita orientação dos amigos dela, e os amigos dela insistiam bastante e ela mesmo assim desacreditava, dizendo que não, que sabia que se fosse ter alguma coisa ali era **por conta dos relacionamentos masculinos que eu poderia ter tido** (Gaia)

Esse pensamento também reflete a crença errônea de que práticas sexuais entre mulheres não oferecem riscos às ISTs, uma vez que, segundo essa lógica, esse risco se daria apenas a partir da relação sexual com um homem cisgênero. Conforme Dal Santo e Zambenedetti (2021), essa ideia também está relacionada a uma suposta “imunidade lésbica” e à banalização do sexo entre mulheres, influenciando na saúde sexual de mulheres bissexuais, pansexuais e lésbicas. Outro estudo encontrou relatos semelhantes em pessoas bissexuais e concluiu que a estereotipação e concepções das bissexualidades atreladas à infidelidade e à promiscuidade podem vir das parcerias amorosas, prejudicando o envolvimento afetivo de pessoas bissexuais, bem como a socialidade de maneira geral (Sá, 2023).

As invalidações das experiências bissexuais sobre a saúde mental desses corpos pode se traduzir também pela bifobia internalizada, como é comumente chamada, em que depois de serem questionadas repetidas vezes sobre seus desejos, práticas e identidades, pessoas bissexuais passam a questionar a si mesmas, sua sanidade e a legitimidade do que sentem e vivenciam (Monaco & Souza, 2024). Algumas das narrativas também foram de encontro com essas experiências:

Eu não conseguia entender o porquê que eu tinha essa outra parte que me fascinava das mulheres. E eu ficava muito confusa, ficava muito obscuro isso pra mim. Então... até que um dia eu falei, **será que eu não tô me enganando?** Será que isso não é só apenas uma admiração? (Valeska)

Eu sempre tive aquele pezinho de olhar pra mulheres e ficar, nossa, que incrível, só que eu ficava, não, **eu só acho ela incrível** (Luz)

Eu me apaixono por uma pessoa e eu penso, cara, acho que dessa vez eu sou hétero hein? Da próxima vez, tipo, não, mas agora eu sou lésbica, hein? (...) Tipo...

lésbica ou hétero sabe. Não pode ser duas. Mas pra mim é duas. **Eu me provo, eu me provo, e tipo... não tem pra onde ir** (Shauna)

Eu lembro que eu fiquei com uma amiga minha. Ok, eu gostei, eu falei é isso, mas eu sou **bi de balada**¹¹, é só isso, nada mais (Marília)

Acho que tinha um viés muito bifóbico meu mesmo, de tipo, tu tá maluca né? **Ou é uma coisa ou é outra** (...) aquilo me desorganizava de alguma forma, então joga pra ali, não vamos pensar nisso (Nick)

Os relatos apresentam momentos em que as interlocutoras questionaram a si mesmas quanto à validade do que sentiam, inclusive se colocando “à prova” e utilizando de termos pejorativos que as desqualificavam como “verdadeiras” bissexuais. Do mesmo modo, a partir da fala de Nick, é possível ver a autorresponsabilização pelo pensamento de ter que ser “uma coisa ou outra”, ainda que tal concepção só tenha sido internalizada por ela a partir de uma construção social, que surge sempre *a priori*, e determina como único caminho possível o da cisheteronormatividade e, ainda, o da monossexualidade.

Por fim, a recorrência de crises, transtornos e tratamentos psiquiátricos nos discursos da maior parte das interlocutoras revela, sobretudo, um sofrimento de base ético-política, conforme já apontaram Lima e Damacena (2022), revestido por múltiplas violências as quais essas mulheres foram expostas ao longo da vida, das quais a dissidência sexo-gênero e a fuga da monossexualidade compõem uma das facetas. Assim, a seguir, veremos outro tipo de violência que se fez presente nas narrativas e que igualmente demanda nossa atenção.

6.1.2 Violência sexual e violência por parceria íntima

por decorrência da violência eu fiquei com muito medo e acabei me tornando um pouco mais insistente, e até um pouco chata assim, eu perdi vários relacionamentos por conta disso (Gaia)

A violência sexual e a violência psicológica foram encontradas nas narrativas de Gaia, Valeska e Dandara, três das interlocutoras que também apresentaram um histórico de transtornos diagnosticados e de uso de psicofármacos, conforme se observou no

¹¹ Bi de balada é um termo utilizado de forma pejorativa para se referir a pessoas que supostamente só se envolveriam com um gênero específico esporadicamente, geralmente sob efeito de álcool. É comumente relacionado para acusar mulheres que se relacionariam com outras mulheres em festas, mas assumiriam relacionamentos sérios apenas com homens.

subtema acima. Essas violências foram vividas tanto na vida adulta quanto na infância e na adolescência, e perpetradas por homens e mulheres, incluindo alguns dos parceiros e parceiras dessas mulheres à época:

Eu, criança, passei por um abuso sexual e eu acho que isso me retraiu muito durante muito tempo (...) e a concepção da minha filha não foi de forma consensual, né? Ela foi concebida através de um estupro do meu namorado. Ele se aproveitou de uma oportunidade em que eu não estava sóbria, porque, assim, eu sempre me cuidei. Então a questão da confiança pra mim demora muito tempo. E isso **sempre foi uma lacuna em todo tipo de relacionamento** que eu tive tanto com homens quanto com mulheres (Valeska)

Eu passei por experiência de abuso. Então eu sempre fui muito cuidadosa nos meus relacionamentos. E aí eu acabei me metendo nesse relacionamento de quatro anos, um relacionamento muito abusivo. E aí eu percebi que eu tentando fugir tanto de agressões de homens, eu acabei parando num relacionamento agressivo com uma mulher (...) aí eu pensei: “**é, eu não vou estar imune de nada**”, entendeu? Eu não vou estar imune nem com mulheres, nem com homens. Então bora lá (Dandara)

Já fui vítima de violência sexual quando eu tinha 18 anos, e desde então eu identifiquei que (relacionamento) não era algo pra mim (...) até hoje **eu ainda passo por tratamento** porque é muito tenso pra mim, eu ainda tenho muita repulsa às vezes do carinho, de dormir um na cama com o outro, eu não costumo fazer isso em relacionamentos (Gaia)

Na trajetória de Valeska, a experiência de violência sexual apareceu ainda em tenra infância e foi reproduzida novamente na vida adulta, dessa vez pelo namorado à época. Essa violência culminou, inclusive, na concepção de sua filha. Conforme o mapeamento da violência contra crianças na região Norte realizado por Tavares (2024), as formas de violência infantil, sobretudo as violências sexuais e físicas, prejudicam amplamente o desenvolvimento biopsicossocial dessas pessoas, predispondo a outras problemáticas diversas no desenvolvimento ao longo da vida. A pesquisa ainda demonstrou que as questões sexo-gênero influenciam no tipo de violência sofrida, sendo a violência sexual mais frequentemente registrada em meninas. O mesmo aconteceu com Dandara, que viveu a experiência de abuso sexual ainda na adolescência. Essas duas interlocutoras vivenciaram situações similares, guardando-se as devidas singularidades de suas trajetórias: ambas posicionaram que as experiências de abuso na infância e na adolescência as deixaram mais retraídas e receosas nas relações afetivas; contudo, esse cuidado não lhes garantiu proteção contra novas formas de vitimização, que vieram posteriormente, a partir de suas parcerias íntimas.

Para Gaia, a violência sexual veio justamente na vida adulta, a partir de um episódio com um namorado à época. Os altos índices de violência sexual nas relações íntimas de mulheres bissexuais, lésbicas e não heteronormativas de modo geral já surgiram como preocupação em diferentes pesquisas, e comumente podem aparecer associados a outras experiências de abuso ao longo da vida (Souza et al., 2021; Tasqueto et al., 2022; Mota, Almeida & Machado, 2024).

Mota, Almeida e Machado (2024) explicam ainda que por não estarem alinhadas à monossexualidade, mulheres bissexuais estariam, então, menos protegidas e em maiores riscos de vitimização por parcerias íntimas, bem como sujeitas a receber menor apoio dos pares. As autoras apontam como hipótese aquilo que já foi falado anteriormente e tratado como fator de prejuízo à saúde: a rejeição dupla a partir de ambientes em que residem tanto a heteronormatividade quanto as diversidades LGBTI+, que ao desconsiderarem as bissexualidades como possibilidades legítimas, deixam de oferecer proteção a essas sujeitas diante das violências sofridas, bem como as culpabilizam pelos atos violentos. A experiência de Gaia com um relacionamento com uma mulher lésbica que ocorreu depois da violência sexual sofrida por ela ilustra bem esse cenário:

(...) também foi um dos grandes problemas que eu tive com o meu relacionamento com uma mulher porque eu confiava muito nela né, eu confiava bastante nela, só que eu contei pra ela (da violência sexual) então a todo momento **ela jogava um pouco na minha cara de que às vezes eu não confiava nela o suficiente por conta do que eu vivenciei com um homem** (Gaia).

Nesse caso, conforme observado por Campeiz (2024), a bissexualidade surge como possível justificativa para as ações violentas, e as reproduções dessas novas violências por parte de companheiras lésbicas são consequências, também, das formas de opressão que as lesbianidades são igualmente vítimas, fazendo com que criem estratégias de sobrevivência que refletem diretamente em suas relações íntimas, mas que incorrem na possibilidade de reproduzirem novas agressões, especialmente na relação com mulheres bissexuais. Nesse bojo, verifica-se que ao relatar a violência outrora sofrida com um parceiro masculino, Gaia também foi revitimizada pela companheira, que acabou por reduzir as múltiplas dimensões do abuso e suas consequências ao fato de que ela havia se relacionado com um homem.

Dandara, por sua vez, exemplifica em seu relato que o impacto da violência sexual perpetrada por um homem a fez ter receio de se relacionar com esse gênero por algum

tempo da vida. Contudo, esse esforço não a impediu de sofrer outras violências em relacionamentos com mulheres. Para essa interlocutora, a experiência com as violências cruza ainda com outro marcador social da diferença, uma vez que Dandara também é uma mulher negra. Nesse sentido, ela alude a experiências em que viu serem justapostos estereótipos relacionados tanto por ser negra quanto por ser bissexual:

Meus amigos, héteros principalmente, falam que eu fico e pego todo mundo, não sei o quê. “Tu não poupa ninguém né?” E eu fico assim... se tu soubesse como tá vazio aqui (risos). Essa coisa mesmo da promiscuidade. E aí corta com outra coisa né? Porque eu sou uma mulher negra. Então as pessoas já veem essa questão da **hipersexualização** muito forte comigo.

Assim, o fato de Dandara ter evitado se relacionar com outros homens para fugir de possíveis novas violências está coadunado ao que foi posto por Lima (2020), que afirmou que, sobretudo para pessoas negras, o afeto também passa a ser um elemento articulado com as interseccionalidades, de modo que essas pessoas passam a organizar suas formas de relacionar em torno das opressões sofridas. Assim, podemos compreender que escolher com quem se troca afeto também constitui uma forma de enfrentamento que leva em conta as múltiplas dimensões experienciadas por essas mulheres em suas trajetórias de vida. Entretanto, salientamos que não se trata aqui de posicionar essas escolhas como determinismos, e a própria narrativa de Dandara demonstra isso. Trata-se, antes de tudo, de reconhecer que se as opressões são interseccionais, então “os afetos também são organizados política e socialmente”, fazendo com que as experiências e o afeto sejam então indissociáveis (Lima, 2020, p. 214).

No que se refere a essa indissociabilidade, ela também se prova quando analisamos que todas as três sujeitas explicitaram que, a partir dessas violências, as suas formas de se relacionar foram modificadas, de modo a escolherem *quem* ou o *modo* de se relacionar, com vistas a protegê-las de novas agressões, ainda que essas condutas tenham sido também responsabilizadas por violências posteriores.

Com isso, é possível desembocar nossa análise em algumas vias: primeiro, a de que as violências cometidas contra as interlocutoras, perpetradas por suas parcerias íntimas e por outros sujeitos, denunciam uma problemática que envolve múltiplas dimensões biopsicossociais e demanda atenção, levando-nos a questionar a ainda incipiente discussão sobre os impactos dessas violências para mulheres não heteronormativas, especialmente se comparado com o número maior de análises dessas experiências para mulheres heterossexuais, sem anular a valia dessas reflexões (Mota,

Almeida & Machado, 2024). Depois, também compreendemos a partir dos discursos de Dandara, Valeska e Gaia, que a despeito do sofrimento experienciado por elas, essas mulheres ainda são capazes de se colocarem como protagonistas de suas histórias. Às suas maneiras e conscientes das consequências trazidas, elas narram como reorganizaram suas trajetórias a partir dos acontecimentos, demonstrando sua capacidade de serem agentes¹² da própria vida (Cunha, 2008).

A partir dessas reflexões e ao adentrarmos um pouco mais nos aspectos imbricados aos relacionamentos afetivo-sexuais das interlocutoras, abrimos então uma nova perspectiva a ser pensada: e no que se refere à saúde sexual? Como, então, essas mulheres, a partir de seus movimentos diversos e das reverberações de suas experiências e necessidades em saúde, têm lidado com as questões nesse âmbito?

6.1.3 Saúde sexual e reprodutiva

*eu faço exames de quatro em quatro meses, é geralmente de seis em seis, né?
mas eu sou meio paranoica (Ana)*

Vimos nos Capítulos 2 e 3 que a saúde sexual e reprodutiva de mulheres bissexuais permanece obscurecida na literatura e nas políticas, sendo comumente tratada nesses espaços em função de uma suposta infecciosidade e promiscuidade, de modo a considerar essas características como inerentes às bissexualidades, muitas vezes antes mesmo que se conheça as trajetórias sexuais e a forma como se dão essas práticas na realidade concreta de pessoas bissexuais. Assim, ao acessarmos o histórico de saúde das sujeitas-interlocutoras deste estudo, prestamos atenção no modo como essas produções sociais surgiam nas narrativas.

Nesta empreitada, muitas delas já iniciavam suas histórias, ainda na fase de apresentação, tratando da saúde sexual, acrescentando que isso “poderia ser mais importante para a pesquisa”. Assim, quando eram questionadas, por exemplo, sobre suas redes de apoio e estilo de vida, algumas mostravam-se positivamente surpresas pelo interesse da pesquisa em outras dimensões das suas existências, enquanto outras afirmavam não saber bem o que dizer. Esse fato pode sugerir a necessidade que essas

¹² Compreendemos aqui a noção de agência que também foi utilizada pela antropóloga Flávia Melo da Cunha, em sua pesquisa de dissertação com mulheres vítimas de lesão corporal grave (2008), ao considerar que o agenciamento, conforme Anthony Giddens, seria relativo não “às intenções que as pessoas têm ao fazer as coisas, mas à capacidade delas para realizar essas coisas em primeiro lugar”, se colocando como atuantes mesmo diante de situações traumáticas ou de violência extrema (Giddens, 1989, p.7 citado por Cunha, 2008).

mulheres possuem de falarem por si mesmas sobre suas trajetórias sexuais – pouco perguntadas e mais deduzidas por outras pessoas – mas também indica que é comum que a discussão em torno das bissexualidades e mais propriamente da saúde bissexual seja permeada, frequentemente, pelo interesse exclusivo nas práticas e parcerias sexuais. Monaco e Souza (2024) provocaram essa necessidade de deslocar a preocupação com a saúde de pessoas bissexuais para um lugar de escuta de suas demandas, e não mais a partir de uma necessidade de constatar o dito risco epidemiológico que elas representariam.

Diante disso, foi comum nos relatos a narração de uma preocupação excessiva com as infecções sexualmente transmissíveis e a maior parte das interlocutoras também demonstrou assiduidade com exames ginecológicos e de sorologias:

E tem toda essa questão de saúde, né? É uma coisa que eu prezo muito. Eu sempre pensei muito porque as doenças tão aí né. A gente é uma das cidades em que há o maior índice (de ists). (Valeska)

Eu sempre fui muito preocupada com a minha saúde. Todos os anos, se deixasse a cada seis meses, eu tava fazendo o check-up, tava fazendo tudo. Pedia exame daquela tabela de ists que o médico solicita pra gente ver se tem tudo e tava sempre no médico fazendo todos os exames possíveis. Eu sempre fui muito de me cuidar, de pesquisar, de prevenir (Marília)

(...) eu me cuido bastante. Eu sou bem frequente, assim (...) minha maior preocupação é realmente me manter saudável, manter segura, sem risco de... o mínimo risco, na verdade, né? Que sem risco não existe, mas o menor risco possível de ter uma IST ou algo do tipo (Ana)

(...) relacionamento comigo não dá sem fazer os exames de rotina (Gaia)

Nunca deslizei né, porque sempre fiquei muito preocupada pra não ter nada ruim, e aí isso realmente reflete porque eu nunca tive nenhuma doença, nada assim, sabe, nem tipo candidíase, essas coisas bem comuns que se dá... mas eu sempre tive esse cuidado pra não acontecer nada demais, assim, também nunca tive nenhuma doença sexualmente transmissível (Helena)
(...) pra mim era só a questão de fazer esses testes, né, pra ver se tinha algo (...) eu sempre tava atenta com as questões sexuais (Dandara)

Mas uma coisa que eu acompanho muito em questão de saúde, assim, da mulher mesmo, é por exemplo questão de câncer na mama, né? Porque eu já tinha um histórico na família, então é uma coisa que me preocupa (Luz)

A partir dessas narrativas, podemos apontar algumas questões e provocar alguns questionamentos outros. Primeiro, observamos que nas experiências das interlocutoras, o suposto descuido com a saúde sexual atribuído historicamente aos corpos bissexuais não

é verificado e, inclusive, é contrariado. As mulheres relatam regularidade e preocupação com a saúde sexual, de modo a posicionarem elas mesmas as suas condutas como exageradas, mas realizadas em nome de obter um “mínimo risco” de exposição às ISTs, conforme nos diz Ana. Também existiu uma necessidade de reforçar que, quando em relacionamentos esporádicos ou não monogâmicos, existe a preocupação com formas de prevenção e com a realização de exames. Ao mesmo tempo em que isso pressupõe um possível maior acesso dessas mulheres à saúde sexual, o que é, por si, um dado positivo, faz-nos perguntar: poderiam essas preocupações exacerbadas, refletidas em exames com frequências maiores do que o indicado, ser parte das reverberações das concepções históricas da bissexualidade atrelada às infecções sexualmente transmissíveis? Nas palavras de Ferreira (2019), seriam também efeitos de um ideário que coloca essas mulheres como sujeitas de “sexualidades infectantes”, criando a necessidade de que a todo momento provem-se como sendo o oposto disso?

Monaco (2020) problematizou uma discussão nesse sentido, ao verificar que, para algumas pessoas bissexuais, existe a preocupação com contrapor esses estereótipos a partir da adoção de comportamentos sexuais ditos aceitáveis para que a bissexualidade também seja vista como aceitável. Sob essa ótica, práticas como ser promíscua, não monogâmica, indecisa ou transmitir doenças, por exemplo, seriam confirmações desses estigmas e contribuiriam para a deslegitimação da bissexualidade. Contudo, a tentativa de contestar esses imaginários pode acabar também por reproduzir mais uma normatividade, criando classificações para algumas bissexualidades como “sujas” e outras como “limpas” (Eisner, 2013). Entende-se que o que se busca combater é a concepção universalizada das pessoas bissexuais a partir de características que seriam inerentes à bissexualidade e visualizadas pejorativamente no meio social. Mas também se faz necessário pensar se, ao tentar fugir destas armadilhas, não estamos nos colocando em enquadramentos outros que igualmente nos aprisionam e ditam formas sobre como devemos nos relacionar, enquanto o mesmo policiamento não costuma acontecer com frequência para pessoas heterossexuais que possuem os mesmos comportamentos.

Assim, neste subtema, a preocupação com as infecções sexualmente transmissíveis foi considerada predominante nas narrativas, e utilizada majoritariamente para justificar as constantes verificações em exames ginecológicos e de sorologias. Contudo, também foi comum que esse discurso aparecesse acompanhado por denúncias sobre os incipientes métodos de barreira no sexo entre mulheres, constituindo barreiras a

uma prevenção mais efetiva. Foram criticadas tanto a invisibilidade dessas pautas quanto a realidade pouco prática das opções disponíveis:

Há muito tempo atrás, eu não conhecia o que era uma camisinha feminina e aí quando descobri, fiquei: “gente, como assim, isso existe?” (risos). Muito se fala da camisinha masculina que é comercializada com propagandas e afins, e a feminina é tipo desconhecida mesmo. E aí eu lembro que a minha ex me ensinou a usar (...) quando eu comecei a trazer isso pras minhas relações depois né, até algumas mulheres que eu tive relações homoafetivas falam assim não, não precisa, e eu falei não, precisa sim, enquanto a gente não for doar sangue juntas, precisa sim (Valeska)

Até a camisinha feminina é super difícil de achar, depois eu comecei a prestar atenção, ela simplesmente não aparece nas farmácias. Aí eu vi na internet também falando “usa papel filme” e fiquei imaginando a logística disso (risos). Essa plaquinha dental, por exemplo, é caríssima, eu fui procurar e pensei: **quem que vai poder usar isso?** (Nick)

É difícil você ter acesso a questões de proteção com mulheres. Então pra mim era só a questão de fazer esses testes, né, pra ver se tinha algo, mas questão de, por exemplo, o pessoal falava muito de dental dam¹³, cortar a camisinha... mas, velho, impossível. **Sempre foi no pelo**¹⁴ mesmo (risos) (Dandara)

Eu até queria fazer um comentário que eu acho que em relação à saúde sexual, o acesso que eu tive pra entender como eu poderia me proteger me relacionando com homens foi muito mais acessível do que o acesso que eu tenho até hoje pra me relacionar com mulheres, por exemplo, sabe? (Ana)

(...) eu aprendi sobre métodos de prevenção (no sexo com mulheres) sozinha, porque a gente não vê campanha voltada pra isso né, pras relações mulher com mulher. Até voltado pra gays né, homens, a gente tem algumas conscientizações, mas pra mulher eu acho que é um pouco mais escassa (Marília)

Em suas problematizações, as interlocutoras apontam pouca publicização de métodos voltados exclusivamente para mulheres, como a camisinha interna, dita “feminina”, bem como a inviabilidade de algumas opções que podem ser adotadas nas práticas sexuais, como o *dental dam*. Ademais, opções improvisadas também foram criticadas, como a utilização de papel filme ou da camisinha externa, dita “masculina”, cortada. Nesse ínterim, Amancio (2020) corrobora que essas questões se colocam como entraves à proteção de mulheres que se relacionam com outras mulheres, incluindo as

¹³*Dental dam* ou barreira dental é uma peça feita de látex, originalmente utilizada por dentistas e posteriormente adotada como método de barreira para proteção contra ISTs transmitidas pelo sexo oral, seja pelo contato boca-vulva ou contato boca-ânus. Esse material, contudo, não é facilmente encontrado em farmácias, e seu preço para pedidos online é geralmente superior aos cinquenta reais.

¹⁴A expressão “no pelo” tem sido utilizada em linguagem comum como referência à prática sexual sem um método de proteção, geralmente a camisinha.

bissexuais e lésbicas. A autora afirma que produtos como as barreiras ou folhas de silicone/látex não são feitos para essas relações, são comumente considerados desconfortáveis e sua utilização resta desestimulada, ainda que exista o reconhecimento da importância da prevenção.

Ao depararem-se com essa realidade, é comum então que as sujeitas adotem outros mecanismos, como a própria realização de testes sorológicos, inclusive no momento da doação de sangue, conforme se observou na fala de Valeska. O mesmo acontece na busca por conta própria em espaços não oficiais sobre formas de prevenção, como a internet e as orientações recebidas por outras mulheres bissexuais e lésbicas, que podem também ser as parceiras das mulheres naquele momento (Facchini & Barbosa, 2008). Azevedo et al. (2024), em um estudo sobre a saúde sexual de mulheres lésbicas em Manaus/AM, identificaram que a comum busca pelo próprio conhecimento em saúde pode ser concebida como estratégia das mulheres frente ao não reconhecimento de sua sexualidade diante de serviços ou profissionais de saúde. Nesse bojo, cabe lembrar que todas as interlocutoras deste estudo são mulheres escolarizadas que, portanto, tem facilitado o acesso a informações; contudo, ainda foi uma demanda frequente a de precisarem realizar, sozinhas, a gestão de um cuidado que também deve perpassar políticas e práticas de saúde, sobretudo ao considerarmos a realidade do SUS brasileiro, regido pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

6.2 DESAFIOS E POTENCIALIDADES NO ACESSO: O QUE ENCONTRAM?

A partir das reflexões realizadas no tema anterior, percebemos que as doze mulheres entrevistadas desta pesquisa, a despeito das dificuldades provocadas pelas próprias necessidades de saúde que apresentam, conseguem acessar informações, diagnósticos, procedimentos e tratamentos em saúde, quer seja a partir do contato com profissionais e serviços, quer seja por fluxos informais como a *internet* e o contato com outras mulheres. Não negamos e nem pretendemos ignorar que elas representam um grupo específico, que não pode ser utilizado para gerar conclusões sobre outros grupos de mulheres. Mesmo assim, não basta constatar *que* essas mulheres possuem acesso; trata-se de analisar *como* esse acesso tem sido concebido, em *que condições* ele acontece e de que maneira tem reverberado impactos na vida das sujeitas que nos dispusemos a ouvir.

Assim, consideramos a discussão clássica de acesso e utilização dos serviços feita por Giovanella e Fleury (1996), compreendendo acesso como um conceito amplo, envolvido na capacidade de um grupo na busca e no recebimento de atenção em saúde,

que comporta dimensões simbólicas, políticas, econômicas e técnicas. Ainda conforme as autoras, é por essa análise da relação entre usuários e serviços que podemos conhecer de que maneira o direito à saúde, preconizado na Carta Magna e no projeto fundador do SUS, tem se expressado de maneira concreta na vida das pessoas. No Capítulo 3, nos propusemos a investigar alguns dos documentos oficiais que preconizam o acesso à saúde para mulheres e pessoas LGBTI+, incluindo – ou não - as bissexuais; no entanto, em que pese a sua importância histórica, alertamos para a fragmentação dessas políticas no cotidiano real das ações de saúde, que gera também a fragmentação do cuidado.

Voltando para a realidade das nossas interlocutoras, lembramos, então, que nossa análise se dá a partir das diferenças que as constituem e ao mesmo tempo configuram “pontos nodais” entre elas (Costa, 2002). Destarte, verificamos que, em termos tanto concretos quanto simbólicos, essas mulheres partem de diferentes lugares para acessar e produzir saúde. Honorina, natural de Parintins, narra que o deslocamento de sua família para a capital esteve ligado de forma direta com o acesso à saúde:

A gente sabe que o Amazonas, a região Norte, ainda é muito carente de acesso à saúde, principalmente nos interiores. Aí a minha família teve que vir pra cá. Mas a gente é de Parintins (...) porque a perspectiva de territórios que a gente chama de interior é muito diferente da capital, então a capital trouxe esse lugar também de ser uma possibilidade, porque a gente consegue acessar a saúde (Honorina)

A fala de Honorina se coaduna com aquilo que já vem sendo discutido (e denunciado) há muito sobre a dinâmica da produção de saúde na Amazônia e, mais precisamente, no Amazonas. Conforme Garnelo, Sousa e Silva (2017), a concentração elevada dos estabelecimentos de saúde em Manaus, combinada à precariedade estrutural e à baixa resolutividade dos serviços no interior do estado são responsáveis por esse fluxo, em que cada vez mais pessoas desses locais são obrigadas a realizar o deslocamento para a capital em busca de cuidados. Essa realidade se contrapõe à regionalização em saúde preconizada pelo SUS, que busca descentralizar os serviços e reduzir as desigualdades de acesso. No entanto, as mais recentes literaturas e experiências como a de Honorina tem nos sinalizado as barreiras adicionais para a efetivação desse princípio no território amazônico, e as grandes distâncias e necessidades de deslocamento têm sido mais utilizadas como justificativa para as fragmentações na assistência do que propriamente como objetos de planejamento das políticas em saúde (Garnelo, 2019).

Não pretendemos aprofundar essa discussão ao nível da avaliação em saúde, mas é mister reforçar que, assim como apontamos a heterogeneidade das mulheres bissexuais e o perigo de colocar essas mulheres em uma mesma “caixinha”, o fazemos para tratar da realidade amazônica, que igualmente comporta um território multifacetado, cujas singularidades necessitam ser levadas em consideração na elaboração de políticas. Sobre isso, El Kadri, Schweickardt e Freitas (2022, p. 6) provocam:

As políticas públicas, como é o caso da regionalização, necessitam aprender com a dinâmica da vida das pessoas que não está fixa no limite municipal. Elas acessam o sistema onde é mais fácil, cômodo e conveniente. Políticas são propostas pelos limites da divisão territorial, mas ignoram o conteúdo do território uma vez que ele “aparece apenas como estatística, caixinhas que abrimos à medida que necessitamos produzir o discurso” (p. 19), excluindo todo o dinamismo sociocultural nele presente.

Ao retratarem que as políticas ignoram o conteúdo do território, ou seja, os modos de vida que nele residem, e coisificam essas existências em estatísticas, conseguimos sugerir, então, que as mulheres dissidentes de gênero e sexualidade que vivem nesse espaço têm suas experiências invisibilizadas primeiramente pelas desigualdades presentes no território amazônico.

Esse cenário se confirma na narrativa de Gaia, que chama a atenção para uma realidade de saúde distinta em Itacoatiara, com profissionais pouco sensíveis à ideia da bissexualidade enquanto possibilidade:

(...) em Itacoatiara é muito diferente da realidade de Manaus... a gente não tem nada disso, principalmente com as mulheres bissexuais, não tem nenhum programa e os profissionais que estão lá são profissionais muito antigos, muito primitivos, ainda com aquela mentalidade antiga, aquela idealização de que isso não existe (Gaia)

Já no caso de Marília, a migração de Tabatinga para Manaus foi posicionada como necessidade para acessar a educação, outro direito básico que também constitui um dos determinantes sociais de saúde. Importa pontuar que dos três municípios do interior relatados, Tabatinga é o mais distante da capital:

(...) eu sou de Tabatinga, eu cresci em Tabatinga, fiquei até meus 15 anos né. Então é um processo comum nos interiores, as pessoas irem pra capital estudar e depois que termina os estudos voltam pros interiores. Então a maioria dos meus amigos já retornaram pra Tabatinga (Marília).

A partir dessas narrativas, entendemos não ser possível analisar as condições de acesso à saúde das mulheres destituídas de aspectos territoriais. Assim, quando acessam os serviços, elas nunca estão acompanhadas apenas de suas necessidades em saúde verbalmente expressas, mas de um conjunto de características que as compõem, sobretudo como mulheres amazônidas, quer seja por terem nascido ou não na capital do Amazonas, mas principalmente por carregarem as expressões dos deslocamentos físicos e simbólicos que realizaram até esse lugar – a cidade, a casa, o serviço de saúde. Depois de refletirmos sobre esses movimentos e suas múltiplas dimensões, questionamos: o que é, então, encontrado ao chegar? Como essas mulheres e suas “bagagens” têm sido recebidas por espaços, serviços e profissionais de saúde?

6.2.1 (Des)encontros e desafios

na rede de saúde a gente consegue perceber que a bissexualidade não é uma opção, né? Porque trata como hétero ou não e a consulta vai a partir disso...
(Marília)

A fala de Marília suscita uma questão que já havia sido levantada por estudos anteriores como o de Rodrigues e Falcão (2021), que identificaram a invisibilidade bissexual nas consultas médicas não atrelada à mera escolha individual das mulheres, mas a um contexto heteronormativo que desfavorece a revelação da (bis)sexualidade, na medida em que legitima apenas as práticas com homens, corroborando a suposta linearidade sexo-gênero, base da matriz heterossexual (Butler, 1990). Assim, para algumas das interlocutoras, a escolha por revelar a bissexualidade/pansexualidade não foi considerada um problema, mas essa revelação ocorreu mais pela percepção das próprias mulheres sobre a importância de fazê-lo naquele contexto e obter cuidados, que pelo interesse de profissionais de saúde. As falas de Ana e Valeska ilustram bem esse cenário:

Assim, eu acho que já deu, sabe? De a gente ter que estar tendo medo de falar que a gente se relaciona com alguém sabe, é absurdo. Mas enfim, reconheço os riscos de me expor, então eu sou cautelosa, só que em espaços como saúde eu não tenho filtros, de tipo, contar por partes sobre a minha realidade. Então, quando com profissionais, assim, da área da saúde, eu sou muito aberta mesmo
(Ana)

(...) porque eu preciso sentir a reação do médico, né? Porque existem médicos que são homofóbicos, querendo ou não, tem. Então, tipo assim, eu, sendo uma mulher bi, querer ser atendida por uma pessoa homofóbica? Jamais. Então eu sempre coloco as cartas ali na mesa. Falo: “ó, sou bi”. Aí, se eu estiver dentro de uma relação falo: “tô numa relação assim, tô numa relação assado”, ou “não

estou em nenhuma relação” (...) eu sempre falo, porque senão não vai ter atendimento dependendo da reação dele... E até mesmo assim, é bom a gente falar disso, falar da nossa orientação sexual pro nosso médico (Valeska)

Outras falas ainda reiteraram à tona a necessidade de pensar nas interseções que surgem imbricadas ao (des)interesse dos profissionais pela trajetória sexual, favorecendo ou não a revelação da (bis)sexualidade. Para Honorina, por exemplo, a falta de questionamento por parte de profissionais está intrinsecamente relacionada à gordofobia que sempre enfrentou em atendimentos médicos:

A gordofobia ela sempre esteve presente. Nos atendimentos médicos, em tudo que eu faço... **você sendo uma pessoa gorda não pode ser nada, inclusive não pode ser bissexual** (...) muitas das vezes o assunto no debate ou a não pergunta sobre orientação sexual no atendimento clínico pode não estar presente **porque outras violências estão mais fortes ali né**, como a gordofobia entre tantas outras. E isso não desconsidera que existe uma bifobia, porque como a sociedade vê como uma grande fase, muitas das vezes não vão questionar porque é uma fase né (Honorina)

A gordofobia é um mecanismo de opressão estrutural sob o qual, a partir do ideal estético hegemônico de magreza, pessoas gordas são inferiorizadas, patologizadas e excluídas, inclusive em serviços de saúde (Paim, Selau & Kovaleski, 2025). Nesse sentido, Honorina é enfática ao relatar que ela também forma entraves a um acesso ao cuidado integral que se interesse por suas demandas de saúde. Já para Valeska, embora a revelação da bissexualidade não seja um problema, ela parece ser ainda menos tolerada quando colocada em perspectiva com a maternidade, sustentando um ideal de que, por ser mãe, não poderia ser também bissexual:

Quando eu chego e falo que sou bi, depois que eu disse que tenho uma filha, eles já ficam: “como assim?” Como é possível uma mulher ter um filho e ser bissexual? Como se ter um filho fosse um parâmetro pra viver eternamente como hétero. **Eu acho que a profissão médica, essa profissão da saúde, ela tem muito isso né?** Ela trata a saúde de uma forma geral e, querendo ou não, a gente tem essas particularidades (...) porque ninguém é igual, né? **A gente não é fabricada numa linha de produção pra ser tudo igual, entendeu?** (Valeska)

Na deixa da provocação feita por Valeska, rememoramos que o histórico de atenção à saúde de mulheres no Brasil possuiu, por muito tempo, enfoque exclusivo nas dimensões reprodutivas, em que não se distinguia a figura da mulher cisgênero da figura da mãe (Rede Feminista de Saúde, 2008). Por vezes, essa lógica ainda circunscreve as intervenções em saúde sexual e reprodutiva, sobretudo nos atendimentos ginecológicos

(Barbosa & Facchini, 2009). Contudo, quem é essa mãe idealizada? De certo, uma mulher cis e heterossexual. Assim, ao assumir-se como mãe e como bissexual, Valeska rompe com o ideário de maternidade ainda perpetuado no saber biomédico, causando estranhamento nos profissionais de saúde.

Nesse sentido, pensamos mais uma vez sobre os princípios de integralidade e equidade do SUS, que preconizam que, para ser integral, o processo de cuidado necessita abarcar as diferenças, compreender as singularidades e os diferentes pontos de partida das pessoas atrizes em saúde. Assim, quando as posições ocupadas pelas mulheres não são levadas em consideração nesses encontros, a partir de posturas engessadas, ou quando são hostilizadas, reproduzem-se inúmeras violências. Para Ana e Audrey, a falta de diálogo de profissionais sobre suas práticas resultou em exames ginecológicos dolorosos:

Nunca foi perguntado (sobre práticas sexuais). Inclusive teve uma vez que eu fiz exame, uma não, na verdade foi mais de uma vez, que quando eu fui fazer isso do Papanicolau e tal, preventivo, né, sempre foi muito invasivo, até na transvaginal também. A última vez que eu fiz o médico simplesmente enfiou o negócio em mim, ele nem perguntou nada (Ana)

(...) eu fui fazer transvaginal e foi horrível a experiência pra mim, porque o cara só foi sem pena, assim... e detalhe, meu hímen não tinha sido rompido ainda, então (...) eu fiquei assim, tipo... de certa forma, isso é abuso, né? Agora que eu parei pra pensar nisso, eu fiquei assim, sabe, uns dois, três meses sem cogitar fazer sexo, porque eu lembrava daquele momento. Aí, das outras vezes que eu ia fazer, eu pensava, será que o cara vai fazer a mesma coisa? (Audrey)

Nesse âmbito, salienta-se que outras interlocutoras também classificaram exames ginecológicos como o preventivo do câncer de colo de útero (PCCU) e o exame transvaginal como invasivos, similar ao que foi encontrado em outros estudos com mulheres bissexuais e lésbicas (Barbosa & Facchini, 2009; Rodrigues & Falcão, 2021). Contudo, as narrativas de Audrey e Ana demonstram que o desconforto natural causado pelo exame foi potencializado por posturas de despreocupação com elas durante o procedimento, bem como pelo desinteresse sobre o seu histórico sexual. Outras falas como a de Nick e Luz retratam o descontentamento por profissionais não questionarem suas práticas, presumirem relações sexuais com penetração e, a partir disso, prescreverem exames ou tratamentos inadequados às suas necessidades:

Acho que foi num outro check-up que eu fiz com a mesma médica. Ela falou: “Mas por que tu não me falou que era virgem?” Mas ela nem me perguntou. Então eu que tenho que chegar anunciando, explicando algo como se fosse uma coisa

incomum. E, poxa, **a profissional é ela**. Eu penso dessa forma, ela é quem deve estar atenta a quais informações são importantes pra entender esse paciente, saber como vai conduzir. **Porque se fosse pra eu saber tudo que precisava fazer, eu nem ia no médico** (Nick)

Quando eu estava saindo do consultório, ele ficou tipo, é isso aí, é só você usar isso (lubrificante) e... É só você usar isso aí e você vai melhorar a penetração. Ele falou isso. **Ele nem sabia que eu não tinha penetração...** Ele só presumiu e tal. Eu fiquei tipo, ah, tá (Luz)

Para algumas das entrevistadas, contudo, a revelação não surgiu também por acharem que não havia necessidade de fazê-lo ou que não faria diferença na assistência prestada. Por outro lado, houve relatos em que diante de uma revelação expressa ou escrita da bissexualidade/pansexualidade – no caso de preenchimento de formulários pré-consulta, por exemplo - elas se depararam diretamente com reações negativas, que foram desde condutas não verbais, como um olhar ou uma mudança na postura, até verbais, com julgamento ou estranhamento diante da (bis)sexualidade. As narrativas das interlocutoras abaixo podem ilustrar:

Teve um por exemplo, acho que era gastro, aí na primeira entrevista, ele falando e perguntando. Aí eu fui e falei. Aí ele já olhou assim. Aí ele: “Mas agora em que relação você tá?” porque eu nunca entendo. Ele falou assim: **“Eu nunca entendo essas pessoas...** (Valeska)

Eu lembro que em 2018 eu fazia muito o rolê de ir em postinho fazer teste rápido com um amigo meu. E aí teve uma senhora que ela perguntou, né, se eu me relacionava com homens ou com mulheres. Aí eu falei com os dois. Aí ela falou **misericórdia, meu deus**. Aí eu falei, pronto, só vou responder o que me perguntarem agora também, mas não chegam a perguntar na maioria das vezes (Marília)

Nesse dia que eu fui fazer o teste (rápido) eu falei pras enfermeiras... Ela me fez a pergunta sobre orientação sexual também. Eu falei abertamente (...) e aí tinha uns estagiários dentro também da sala. E aí eu falei que me relacionava tanto com homens quanto com mulheres e que a minha vida sexual era ativa e tal, só que eu não tinha parceiro fixo. E aí eu lembro que uma estagiária, tipo, fez bem assim pra mim... Tipo, **me deu uma olhada, assim...** Aí eu fiquei, meu deus do céu, eu tô sendo julgada aqui dentro (Ana)

(...) os julgamentos também silenciosos durante as consultas eram muito vistos, porque **eram olhares**, às vezes **não eram falas** (Gaia)

Eu não via muito isso na fala, né? Mas eu via muito na expressão da pessoa mesmo, **na expressão corporal mesmo**, ou o **olhar** mesmo (...) mas eu prefiro...

eu oro, assim, quando eu entro no consultório, pra não perguntarem nada, entendeu? Eu pegar meu remédio e vir embora (Dandara)

Algumas das situações relatadas também chamaram nossa atenção. Dandara, que até alguns meses antes de nossa entrevista entendia-se enquanto mulher lésbica, afirmou que costumava se dizer bissexual em consultas ginecológicas para se proteger de possíveis julgamentos por parte de profissionais. Essa estratégia foi adotada por ela após perceber, repetidas vezes, o desconforto de profissionais ao relatar que se relacionava sexualmente apenas com mulheres, além de ter sido impedida de realizar o exame preventivo sob a afirmação de que seria “virgem”, ainda que tivesse relatado práticas que envolviam penetração. Contudo, o tratamento foi diferente após passar a compreender-se como mulher bissexual e revelar que tinha práticas sexuais com homens:

Foi bem diferente (quando foi ao ginecologista estando em um relacionamento com um homem). E aí era até uma questão que eu tirei da minha cabeça, porque nossa... **É até um tipo de privilégio que eu fiquei desconfortável de sentir, entendeu? Porque parecia que tava... Não sei. Eu tava sentindo esse privilégio de uma forma estranha pra mim, entendeu? Porque eu sempre passei por isso e agora não passo por isso por causa desse relacionamento?**

Em seus trabalhos, Monaco (2020) e Souza (2021) tratam da chamada passabilidade atribuída a bissexuais, que está intrinsecamente relacionada à crença de que a opressão contra essas pessoas só existe na medida em que se assemelham a gays e lésbicas, negando a existência de uma violência específica contra bissexuais, ou seja, a bifobia. O termo passabilidade diz de uma experiência em que a pessoa é lida como algo que não é, e no caso de bissexuais é comumente utilizada para afirmar que por serem percebidas como heterossexuais quando estão em uma relação com pessoas de gêneros opostos ao seu, essas pessoas não sofreriam violências e gozariam, assim, dos privilégios de estarem no grupo dominante (Monaco, 2020; Souza, 2021). Contudo, no caso da bissexualidade, essa passabilidade pode se dar de forma ambígua, e pessoas bissexuais podem ser vistas tanto como heterossexuais, quanto como homossexuais.

Assim, compreendemos que Dandara acionava a passabilidade justamente por pensar que, afirmando-se bissexual, ela não se afirmaria enquanto lésbica e, portanto, não haveria desconforto do profissional de saúde, culminando em uma melhor assistência. Ao se afirmar bissexual, também, ela não excluiria ao todo a experiência de se relacionar com mulheres, podendo receber orientações mais adequadas do que no caso de se afirmar heterossexual. Entretanto, ao passar a se reconhecer de fato como bissexual, ao relatar

práticas com homens e perceber uma mudança positiva na postura do profissional, Dandara situa que o privilégio outrora buscado não foi sentido como algo confortável, justamente porque apaga aquilo que ela é em sua totalidade. Com efeito, a experiência se coaduna com o que foi posto por Monaco e Souza, com as contribuições de Shiri Eisner (2013), que demonstram que ser bissexual já é, *per se*, passar por outra coisa, uma vez que bissexuais nunca são vistos como bissexuais, dado o apagamento dessa sexualidade.

Assim, pessoas bissexuais que “passam” são obrigadas a lidar com as consequências do apagamento bissexual, que incluem sobretudo as violências psicológicas, além da falta de informação e do isolamento, o que fica subentendido na experiência de Dandara.

A desinformação ou a falta de orientações adequadas à prevenção contra IST também foi relatada por mais de uma interlocutora como uma barreira nos encontros com profissionais e serviços de saúde, inclusive no que diz respeito ao acesso a outras políticas de saúde. Foi o caso de Ana, quando buscou informações sobre a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)¹⁵ em uma unidade básica de saúde:

Eu até já fui à UBS pra verificar sobre o PrEP, né? Eu acho uma política maravilhosa, assim, o SUS disponibilizar. E eu, quando eu fui, houve também uma grande dificuldade (...) eu falei que eu tinha interesse, aí a mulher, tipo, **ai, não acredito, sério, você é tão nova**. Tipo, **ela achava que eu tinha hiv, sabe?** E eu fiquei, não, mas o PREP não é pra prevenir pra pessoas que não têm? Aí ela, não, é pra pessoas que têm, pra fazer o tratamento, pra quem tem hiv. Aí eu fiquei... não é isso que eu vi, mas tá bom, tudo bem (...) nisso eu fiz um teste rápido, de todas as ISTs que tinham disponíveis pra fazer de teste, e aí deu tudo negativo. Eu falei pra ela, não, tá tranquilo, deu tudo negativo. Realmente só queria saber do PrEP porque eu me preocupo, sabe? Aí ela, ai, **graças a deus então, que bom que você não tem nada, eu já tava preocupada** (Ana)

A situação de Ana nos sugere inúmeras lacunas existentes entre as políticas e a assistência oferecida nos serviços de saúde. Além do desconhecimento da profissional sobre o que seria a PrEP, ela emite também um juízo de valor ao perceber a busca de Ana por algo que, para essa profissional, significava ter hiv/aids. Não obstante, ao fazer os exames sorológicos e obter resultados negativos, a mesma profissional se mostra preocupada com a possibilidade de que ela tivesse o vírus. Cabe apontar que foi também

¹⁵A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é uma estratégia de prevenção ao hiv que envolve o uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas não infectadas pelo vírus, com o objetivo de reduzir o risco de contrair o hiv. A PrEP é oferecida gratuitamente pelo SUS desde 2017, mas, em tese, esses medicamentos estão disponíveis nos serviços de saúde do Brasil desde 2010 (Ferreira, 2019).

nesta ocasião que Ana relatou ter recebido olhares de julgamento ao afirmar-se bissexual e sem práticas sexuais com parceiros exclusivos naquele momento.

Percebemos, então, que se entrecruzam aqui diferentes barreiras, tanto por Ana ser uma mulher bissexual buscando por métodos de prevenção, quanto pelo próprio estigma que cerca as pessoas que vivem com hiv. Conforme Pimenta et al. (2022), o fator mais importante para favorecer o acesso e a vinculação à PrEP é justamente o atendimento humanizado e não discriminatório, com respeito à dignidade das pessoas. Para que esse atendimento ocorra, é necessário um olhar dos profissionais destituído de julgamentos, o que também inclui sensibilidade às diversidades sexuais e de gênero. Ficam, então, os questionamentos: e se Ana de fato tivesse hiv? Ao tratá-la dessa maneira, que ideia a profissional passa? E que incentivo Ana teria para seguir buscando por métodos de prevenção, sobretudo nesta unidade de saúde? Ferreira (2019) constatou, a partir do discurso de desconhecimento de profissionais de saúde sobre as profilaxias pré e pós-exposição, que persiste a distância entre os avanços tecnológicos da saúde e como eles são materializados na realidade concreta do SUS, passando por desafios que perpassam questões estruturais, políticas, de recursos humanos e de formação dos profissionais.

De certo, as experiências em que ocorreram desencontros e desconfortos provocados por diálogos – ou, sobretudo, pela falta deles - entre as sujeitas, os profissionais de saúde e os serviços, que poderiam garantir o verdadeiro acesso à saúde integral e a operacionalização das políticas, foram, em termos quantitativos, os mais relatados pelas interlocutoras. Contudo, houve situações em que algumas dessas mulheres se sentiram acolhidas e respeitadas, quando diante de profissionais que se mostraram genuinamente interessados em suas trajetórias e garantiram, assim, uma produção compartilhada dos cuidados. Sobre essas experiências, trataremos a seguir.

6.2.2 Encontros e potências

A postura dela mudou totalmente a minha relação com o cuidado, me fez procurar ela de novo, tentar fazer os exames direitinho... foi muito importante pra mim também naquele momento que eu tava me entendendo, me acolhendo, me apropriando da minha sexualidade (Nick)

José Ricardo Ayres, ao tratar dos conceitos de cuidado e humanização na saúde, defendeu que humanizar, “para além das suas implicações para a formulação das políticas de saúde, para a gestão dos serviços, para a formação e supervisão técnica e ética dos

profissionais, significa também transformar as ações assistenciais propriamente ditas” (2004, p. 22). Alinhados a essa concepção, pontuamos aqui as experiências em que as interlocutoras perceberam que a assistência recebida foi adequada às suas necessidades não somente a nível técnico, mas também no nível prático do fazer em saúde. Tomamos o cuidado de dizer que não pretendemos aqui ignorar as barreiras institucionais, a má gestão de recursos (financeiros e humanos) e os problemas de cunho político-estrutural que permeiam serviços de saúde públicos e privados do país, mais precisamente do Amazonas ou de Manaus, para transmitir uma ideia de que somente as ações isoladas de profissionais de saúde podem alterar uma realidade de precarização que já se constitui há tempos como desafio para o Sistema Único de Saúde, especialmente no contexto amazônico, questão que já apresentamos. Nossa intenção é, sobremaneira, pontuar as experiências que foram tidas pelas interlocutoras como positivas, nas quais as posturas de profissionais sensíveis às diversidades sexuais e de gênero ou à própria bissexualidade/pansexualidade fez diferença para a produção de cuidados em saúde. Destacamos essas experiências mais como forma de transmiti-las como possibilidades, e menos para dizer que, sozinhas, elas são suficientes na superação das iniquidades.

Nas situações relatadas, foram destacadas as posturas tanto de profissionais que atendiam em serviços privados quanto públicos. Das que atuavam em serviços privados, a conduta direta das profissionais foi pontuada:

Não lembro se eu já tinha perdido ou se eu tava prestes a perder com a minha primeira namorada, aí ela (ginecologista) falou, tipo, tem que ter toda aquela questão de manuseio, usar as unhas curtas, limpas... aí eu fiquei olha, né? **Tava esperando uma homofobia e recebi instrução.** Foi logo a primeira vez que eu fui com uma ginecologista, ela foi incrível (Audrey)

Eu fui nessa ginecologista e ela começou a perguntar sobre vida sexual (...) e **ela perguntou se eu gostava de meninos ou meninas, mas ela sugeriu, assim, bem de boa** e quando eu falei dos dois foi bem tranquilo (...) depois ela comentou, não sei se eu perguntei ou se ela mesma comentou, que ela também atendia, tipo, **que ela também trabalhava com algumas pessoas LGBTs** lá (Shauna)

Eu achei uma ginecologista maravilhosa (...) ela olhou meu histórico, viu tudo que eu já tinha feito pelo plano, e aí me perguntou. E **eu lembro que foi a primeira pessoa que me perguntou, numa perspectiva não heteronormativa, se eu tinha práticas com homens ou mulheres.** Ela passou exames mais invasivos e falou pra ter cuidado na hora da coleta, pra explicar pra pessoa que eu tava em uma relação homoafetiva e **pedir o espécule menor**, pra não machucar e tudo mais. Então **ela mesma me instruiu sobre isso.** Também me explicou como seria o transvaginal, que tinha o uso de um gel condutor, que era necessário

introduzir o aparelho mas que era usada uma camisinha e tal. Me explicou tudo pra eu já ir ambientada, então ela teve esse cuidado também. Porque **ela poderia muito bem só ter dito “vai ser esse, esse, vai lá e faz”, mas não.** E ela parecia ser uma pessoa que não ficava desconfortável quando eu falava das minhas práticas serem com uma pessoa que tem útero. Eu vejo que isso me ajuda a estar mais presente nesse espaço também (...) muitas vezes ela trazia o assunto de forma leve, até descontraída, dizia ah aproveita, só fica atenta à lubrificação... ela falava de maneira bem direta, sem julgamentos, e com foco em me instruir. Eu me sentia realmente muito confortável (Nick)

As narrativas de Audrey, Shauna e Nick demonstram aquilo que justamente esteve ausente nas condutas dos profissionais presentes nos relatos do subtópico anterior. Essas profissionais preocuparam-se em aproximar-se delas e de suas trajetórias, de modo que o próprio ato de revelar a bissexualidade/pansexualidade não se tornou uma questão, uma vez que houve acolhimento da profissional, em primeiro lugar, ao fazer a pergunta sobre as orientações e práticas sexuais. Além disso, elas conceberam a bissexualidade enquanto possibilidade e levaram em consideração essa informação para oferecer instruções adequadas, tanto em relação às práticas sexuais, quanto em relação à realização dos exames ginecológicos. Sobre isso, Ayres (2004) reforça que é justamente nesse contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde que se faz possível a verdadeira escuta das necessidades em saúde, permitindo também que o vínculo seja estabelecido. Quando Nick afirma que essa conduta foi importante para fazê-la presente nesse espaço, ao ponto em que a estimulou a continuar os cuidados em saúde, conseguimos concluir como as dimensões *micro* e *macro* se articulam para produzir – ou não – sentidos em saúde.

Outra questão diz respeito à forma como as profissionais questionaram as práticas das interlocutoras. Embora persistam as sombras do binarismo ainda hegemônico em falas como “*meninos ou meninas*” e “*homens ou mulheres*”, essa abordagem pode indicar que é mais eficaz questionar as práticas sexuais do que propriamente evocar identidades, como bissexual ou pansexual. Barbosa e Facchini (2009) provocaram essa necessidade de cautela quando profissionais de saúde estejam diante de categorias de classificação, uma vez que “lésbica” ou “bissexual” pode não significar o mesmo para profissional e usuária. Nesse bojo, tratar das práticas sugere também concebê-las a partir de uma dinâmica mais fluida e subjetiva, na medida em que permite que as próprias mulheres tecam seu histórico afetivo-sexual, significando-os ou não em identidades.

Já para Helena, a experiência positiva foi recorrente em Manaus, ao que ela atribuiu à cidade a boa qualidade desses atendimentos. Contudo, ela chama atenção para um fator que pode ter influenciado suas experiências:

Depois que eu resolvi realmente me relacionar, namorar e tal (com pessoas de mais de um gênero) eu não tive problema nenhum, assim, pelo contrário (...) graças a Deus, assim, eu vejo tá? **Manaus sendo sensacional nesse sentido**, nunca senti um problema com relação a isso, mas assim eu sei que **eu não sou uma pessoa com estereótipo que possa trazer esses problemas sabe?** Eu sei que eu não sou uma bissexual, lésbica, enfim, eu não sei o que que eu sou hoje em dia, mas uma pessoa que possa chegar no local ali né, não sou uma transexual, não sou algo que as pessoas ainda... ou então a sapatãozão né que traz aquela coisa, né, que as pessoas... Um **estereótipo** (Helena)

A reflexão de Helena tem sentido e reforça uma questão já significada em outros estudos, em que atributos e posturas corporais de mulheres ditas como mais “masculinas” tornam-se uma representação da sexualidade desviante e conseqüentemente resultam em um cuidado, sobretudo ginecológico, particularmente mais complexo para essas mulheres (Barbosa & Facchini, 2009; Rodrigues & Falcão, 2021). Do mesmo modo, Ferreira (2019) aponta que para as pessoas travestis e transexuais, cujas expressões corporais muitas vezes carregam a “marca” de sua dissidência, não é possível obter um tipo de passabilidade nesse sentido. No entanto, essa situação se refere mais especificamente a como essas pessoas são lidas a partir de seu corpo e a influência dessa espécie de leitura sobre a assistência prestada, não anulando aquilo que em termos da suposta passabilidade bissexual já pontuamos anteriormente. Aqui cabe pontuar também que, assim como Helena, nenhuma das outras interlocutoras deste estudo relatou ser lida socialmente como “masculinizada” e, portanto, nenhuma experiência nesse sentido foi narrada por elas.

Nos relatos acerca dos serviços públicos, houve recorrência das ações de um mesmo serviço de saúde, cujas ações são exclusivas para pessoas LGBTI+:

(...) indico muita gente, muita gente que eu conheço pra ir no PAM da Codajás¹⁶. Por mais que tenha planos de saúde, eu digo vão lá só pra sentir realmente como é um atendimento empático. Fora que é super acolhedor também né. E eu acho que isso seria até uma ótima orientação pros profissionais sabe? A questão mesmo de ter essa escuta mais respeitosa, de ter essa escuta mais empática, para além do que ela acredita (Valeska)

Eu sempre pude e tive conhecimento dos projetos que eram voltados pra mulheres lésbicas e bissexuais. Então eu fazia acompanhamento por lá (PAM da Codajás) também, cheguei a fazer alguns testes por lá. Então, pra mim, esse lugar foi sempre tentando acessar esses espaços que eram de acolhimento mesmo à comunidade e

¹⁶ Atualmente Policlínica Codajás, esse serviço de saúde já foi nomeado anteriormente por Posto de Atendimento Médico Codajás (PAM da Codajás) e pode ser comumente tratado a partir de ambas as nomenclaturas por quem reside no Amazonas.

tal (...) por essa trajetória eu não tive tantos episódios dolorosos nessa perspectiva de atendimento nos serviços, sempre acessando o SUS, o sistema aqui de Manaus mesmo (Honorina)

Lá no PAM eles têm um serviço específico pra mulheres LGBT, né? Eu acho bem legal. E eu sempre participei lá e eles sempre estavam fazendo esses testes, né? Eu queria ter recebido mais questões em relação a essas coisas de proteção e tal (orientações), acho que foi uma coisa que ficou em falta ainda, mas são pessoas que têm uma sensibilidade bem maior (Dandara)

O serviço ao qual Dandara, Valeska e Honorina se referem se trata do Ambulatório de Diversidade Sexual e de Gênero localizado na Policlínica Codajás, órgão vinculado à Secretaria de Estado em Saúde do Governo do Estado do Amazonas (SES-AM). O ambulatório foi criado no ano de 2017 e sua coordenadora foi a ativista e ginecologista Dária Neves (*in memoriam*). Desde então, o espaço é o único a prestar atendimento especializado para pessoas LGBTI+ no Amazonas (G1 Amazonas, 2025) e, entre seus vários programas, também oferece exames ginecológicos e testes rápidos para IST direcionado a pessoas com útero, entre pessoas cis, transexuais, não binárias e intersexo. Na imagem abaixo, retirada do arquivo pessoal da pesquisadora, é possível conferir o convite de um destes projetos:

Figura 4

Convite para o Projeto TRANSELUS

Projeto TRANSELUS

É um preventivo que visa em combater o HPV, conhecer a saúde sexual e a prevalência de IST na população LGBTQIA+ com útero.

Público Alvo

- LGBTQIA+ COM ÚTERO
- Transmasculinos
- Não Binários
- Mulheres Homoafetivas
- Intersexo

Lembrando que quem quiser participar no dia, não precisa ter feito o pré-agendamento. É só aparecer e participar 🍌

Local

Policlínica Codajás localizada na av. Codajás/Cachoeirinha. Setor 4 de Ginecologista na área de Diversidade Sexual e Gênero.

DIA: 03 DE FEVEREIRO
Horário: 7h às 11:30h e 13h às 16:30h
Pré-Agendamento: (92) 98451-5421
ou pelo Qr code:



Além da maior frequência com que os atendimentos ginecológicos foram citados pelas interlocutoras, igualmente obtivemos um número significativo de citações sobre profissionais de saúde mental, sobretudo psiquiatras e psicólogas. Em que pesem as considerações já realizadas sobre as demandas de saúde mental de pessoas bissexuais e especificamente das interlocutoras do presente estudo, que carregam imbricações com outras dimensões das experiências, as posturas de algumas profissionais dessa área foram destacadas por interlocutoras como Marília e Gaia, que pontuaram o papel de acolhimento e orientação exercido por suas psicólogas à época:

Mas eu também tive bons acessos, a primeira vez que eu fui numa psicóloga após a pandemia, eu quis trabalhar isso também, porque era uma questão que eu tinha acabado de identificar (a bissexualidade) (...) eu achei que ela foi muito positiva e inclusive ela trabalhava na rede (pública) também, mas eu tive acesso a ela por conta da universidade e acho que **foi o único momento que eu me senti realmente acolhida** (Gaia)

(...) a minha psicóloga também, ela é lésbica, então eu conversava muito com ela sobre essas questões (bissexualidade e estratégias de prevenção) até mesmo pra tentar entender e tudo mais (Marília)

Outras interlocutoras citaram o acompanhamento psicológico como uma das estratégias utilizadas por elas para a manutenção da saúde mental, ainda que, em muitos casos, essa atuação tenha se dado mais pela perspectiva de um diagnóstico de transtorno como ansiedade ou depressão. Contudo, os relatos demonstraram que tanto profissionais da Psicologia quanto o próprio espaço da psicoterapia foram majoritariamente receptivos, constituindo-se como espaços de acolhimento e de orientações adequadas, o que por vezes, como observamos, não foi encontrado em outros serviços de saúde. Esse cenário se mostra animador, dados outros estudos em que profissionais de saúde mental, sobretudo da Psicologia, acabaram por reproduzir bifobia e violências contra pessoas bissexuais, a partir da deslegitimação, da discriminação e até da tentativa de reversão da bissexualidade (Lima & Damacena, 2022; Monaco & Souza, 2024).

Nesse bojo, reforça-se ainda a importância de que esses profissionais se comprometam ético-politicamente para romper com o histórico de patologização, estigmatização e discriminação contra bissexuais por parte das ciências *psi*, compromisso demandado há tempos, mas que sobretudo foi instituído como norma a partir da Resolução 08/2022 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), forjada a partir de diálogos coletivos do movimento bissexual brasileiro com essa entidade, com o objetivo de que psicólogas, psicólogos e psicólogues não apenas deixem de reproduzir bifobia em suas atuações, mas, também, que assumam o trabalho de combater veementemente a perpetuação dessas violências, sendo espaços de acolhimento e compreensão, assim como nas experiências de Marília e Gaia.

6.3 RECONHECIMENTOS, SUBJETIVIDADES E PRODUÇÃO DE SAÚDE – COMO (R)EXISTEM?

Para este tema, reunimos as narrativas em que as mulheres relataram formas de reconhecimento, de si mesmas, de outras pessoas e espaços, como aspectos de resistência e produção de saúde. Esses reconhecimentos movimentaram, modificaram e mudaram a forma como elas enxergam a si mesmas, suas experiências e afetos e, por isso, os concebemos aqui também como aspectos fundamentais para a saúde. Esses reconhecimentos aconteceram tanto a um nível mais subjetivo, que elas significaram a partir de uma “descoberta” da bissexualidade ou de outras interseções próprias da sua experiência; quanto a um nível mais social e político, pelo encontro com redes de apoio, espaços e movimentos sociais. Contudo, reforçamos que essa separação se dá aqui apenas para efeito de organização das análises, dado que, na realidade concreta, entendemos que

essas duas dimensões se interligam e se relacionam mutuamente, gerando posições que são, ao mesmo tempo, subjetivas e sociais (Brah, 2006).

6.3.1 O encontrar-se em si mesma

eu abri uma parte de mim, descobri uma parte de mim muito, muito importante, que eu acho que se eu não tivesse me dado essa oportunidade, eu não teria crescido tanto de outras formas (Dandara)

Similar ao que foi narrado por Dandara, outras interlocutoras apontaram que reconhecer-se como mulher bissexual possibilitou o que foi narrado por elas como uma “descoberta” ou um maior encontro consigo mesmas, ao mesmo tempo em que as libertou de seguirem ou performarem alguns dos padrões e normas impostas socialmente. Os discursos de Valeska, Elizabeth, Audrey, Nick e Helena ilustram essas ideias:

Depois dos meus vinte e poucos anos **eu comecei a entender** e comecei a perceber realmente que eu não tenho só que me relacionar com homens (...) eu tive ótimas experiências e vi que eu não precisava seguir aquele *script* que eu cresci, né? Me ensinaram a seguir aquele *script* daquele tipo de relação. E aí foi quando eu falei, bom, **eu sou bi, né?** (Valeska)

Me deu essa vontade, né, de querer conhecer mais pessoas, enfim, no mundo, e então foi aí que eu acho que eu fui, né, **entendendo melhor o que eu queria**, foi nesse momento que eu fui me **descobrir** também como uma mulher bissexual (Elizabeth)

Depois eu fui catando lá no fundo, no fundo, e aí eu pensei, cara, eu fui assistir *The Runaways*, o filme, sabe? E eu tinha uma obsessão pela Kristen Stewart de *Joan Jett*, eu fiquei tipo, bicha, olha os sinais aí. Garota Infernal também, que eu tinha uns 12 anos, aquela cena me deixava... depois eu fiquei mona, só tu não sabia né. Mas **depois que eu me entendi, sabe? Maior paz** (Audrey)

Quando eu me **entendi** mesmo, eu me sentia muito assim, parece que eu realmente me conheci naquele momento, **como se eu tivesse parado de mentir pra mim** e realmente começado a ser sincera comigo, parece que saiu um peso das minhas costas, admitir isso, reconhecer isso e tomar consciência disso (Nick)

Porque como eu não tinha essa experiência, então eu fui buscar né? Essa experiência, fui buscar nas mulheres, **fui buscar o que eu sentia**, que tipo de atração era essa, enfim né. E aí cada vez mais eu fui me encantando nesse universo e querendo entrar cada vez mais dentro desse universo (Helena)

É possível perceber que, ao narrarem suas experiências, as interlocutoras fazem referência a um reconhecimento que possibilitou maior entendimento sobre o que

sentiam, em alguns casos, desde o período da infância ou da adolescência. Nesse diapasão, importa realizar algumas considerações.

As referências a “sinais” que já pareciam sugerir a bissexualidade ou a uma “descoberta” de algo que já era presente, mas não havia sido alcançado, nos dá pistas do que Monaco (2020) também encontrou em seus interlocutores, em que a narrativa de uma descoberta da bissexualidade, nesse contexto, parece evidenciar uma visão essencialista da bissexualidade: não como algo construído ou em processo, mas algo natural, que sempre esteve ali. Essa concepção entra em conflito com discussões teóricas mais recentes dos movimentos bissexuais, que reforçam justamente o caráter não essencializado e cristalizado da bissexualidade, sendo esse o grande contraponto dessa sexualidade à matriz heterossexual. Também buscamos defender essa ideia aqui, sobretudo após as leituras e reflexões nesse sentido que, inclusive, modificaram nossas concepções ainda ao longo da realização desta pesquisa. Contudo, também concordamos com a antropóloga quando ela diz que, sob a dimensão das narrativas, é essa construção de bissexualidade que abriga importantes produções de subjetividades (Monaco, 2020),

Assim, entendemos que as frequentes narrativas de “descoberta” da bissexualidade, tanto nesse quanto em outros estudos, compreendem uma espécie de emergência de se afirmar enquanto bissexual publicamente, articulando o pessoal a uma existência que também se torna política, dado o apagamento da bissexualidade. Essa ideia se fortalece, também, quando constatamos que a maioria das interlocutoras teve significativas influências de pensamentos religiosos que predominaram em seus âmbitos familiares ao longo da vida. Nesse sentido, as afirmações parecem se tratar daquilo que Butler aponta como urgência da narração de si mesmo, em que a partir do momento em que essas sujeitas narram sobre si mesmas e se afirmam enquanto bissexuais, elas também assumem um lugar para si e para os outros, que é, portanto, tanto individual quanto social (Butler, 2015). Outras falas, como a de Ana, surgem nesse sentido:

Eu levanto essa bandeira hoje de **me afirmar, de falar** (sobre a pansexualidade) e de me comunicar abertamente até com outras meninas mais jovens, assim, sobre elas se sentirem mais à vontade para se expressarem e **entenderem o local delas na sociedade**, pra que elas possam ter uma realidade diferente da que eu tive, sabe? (Ana)

Destarte, o discurso de Ana nos mostra a articulação do subjetivo com o social e demonstra que se “entender” como bissexual ou pansexual torna-se um ato político na medida em que esse reconhecimento se transforma em afirmação, revestido também por

um desejo de que outras mulheres não passem pelas mesmas opressões vivenciadas por ela ou que, ao menos, consigam acionar outras formas de resistir. Essa ideia também se coaduna com o que foi posto por Brah (2006), quando afirma que as subjetividades de grupos dominantes e dominados constituem teias e emaranhados de poder que se intersectam, produzindo poder, ao mesmo tempo em que também podem enfrentar práticas opressivas de poder. Assim, quando produzem outras formas de subjetivação ao se afirmarem como bissexuais, podemos dizer que essas mulheres também encontram novos modos de vida e novas práticas, terreno fértil para distintas formas de fazer saúde.

6.3.2 O encontrar-se em outra(s)

porque o movimento te ensina que também a tua pele, a tua cor, a tua história, elas têm um outro significado, né? Um significado de força, um significado de cultura, de resistência (Dandara)

Além de um reconhecimento de si, as interlocutoras deste estudo também deram importância para o papel do reconhecimento que veio a partir da sua inserção em espaços e movimentos de acolhimento e validação de suas experiências. Nesse sentido, destaca-se a contribuição de Santos et al. (2018), que afirmam que devido à monodissidência, é comum que bissexuais, pansexuais e outras identidades dentro desse guarda-chuva convivam constantemente com o isolamento e a solidão, especialmente no que se refere à discriminação dentro e fora da comunidade LGBTI+. Assim, aspectos como acolhimento e empatia se fazem ainda mais significativos nos encontros com sujeitos e grupos, e outras interseções também podem se fazer presentes.

Desse modo, houve uma ênfase, por parte de algumas das narrativas, em grupos e espaços feministas e LGBTI+ que acolheram essas mulheres e, ao mesmo tempo, também se constituíram enquanto redes de apoio. Importa pontuar que, nas experiências das interlocutoras, nenhum ambiente ou pessoa da sigla reproduziu violências ou bifobia, de modo que a preferência se deu justamente por ambientes inclusivos para todas as “letrinhas”, em detrimento de ambientes ditos heterossexuais, ainda que tivessem consciência de que algumas agressões também podiam ocorrer nesses espaços. As falas de Honorina, Shauna e Dandara corroboram essa perspectiva:

Eu acho que não são escolhas aleatórias, né? **A gente que é da comunidade nunca faz essas escolhas aleatórias.** Faz sentido a gente estar num ambiente que a gente se sente acolhido, né? Que pode ver pessoas se relacionando com várias outras pessoas e que não tem esse lugar de violência, **ainda que nesses próprios lugares possam surgir, né, violências, porque não estão isentos delas** (Honorina)

Eu acho que eu só tenho um número específico de bares que eu vou. Que é o que todo mundo conhece sabe? Da galera... **dos LGBTs**. Negócio de **lugar hétero não dá certo não** (risos) (Dandara)

Eu não saio muito de casa, mas quando eu saio, e se eu saio, geralmente é pra algum... **algum ambiente LGBT**, assim (Shauna)

Ainda nesse sentido, percebemos que também foi no espaço de coletivos e movimentos que essas interlocutoras significaram outras formas de resistência em suas experiências, como as que se referem ao racismo ou às questões relativas à parentalidade bissexual/lésbica/LGBTI+, conforme relatam Elizabeth, Honorina e Dandara:

Quando eu era mais nova, eu **participava muito de grupos feministas e tal, coletivos, coletivos de mulheres negras**. Particpei muito também das cenas de *ballroom*¹⁷ (...) E aí vem a questão de movimento, né? Porque o movimento te ensina que também a tua pele, a tua cor e a tua história, elas têm um outro significado, né? Um significado de força, um significado de cultura, de resistência (Dandara)

Eu sempre fiz parte de muitos movimentos, sempre fiz parte de movimento social aqui de Manaus, mas eu sempre fiz parte também de alguns projetos que eram voltados para a comunidade LGBTQIAPN+ aqui, **então também tive mais acesso** (à saúde) nesse sentido (Honorina)

A gente recentemente começou a construir **um grupo de famílias LGBT**, né, que a gente está fazendo também que **virou uma grande rede de apoio** (...) ao longo do nosso processo de adoção, a gente foi conhecendo outras famílias também que também tinham adotado (Elizabeth)

Ao relatar que fez parte de movimentos sociais e projetos voltados para pessoas LGBTI+, Honorina também pontua que essas experiências se relacionam diretamente com um maior conhecimento sobre saúde, bem como sobre os serviços especializados, o que possibilitou maior acesso e experiências menos desconfortáveis nos serviços; para Dandara, por sua vez, a participação em coletivos feministas negros foi importante para

¹⁷O *Ballroom* se refere a um movimento cultural de origem periférica norte-americana, cujos corpos de pessoas trans, negras e latinas são protagonistas de competições em eventos conhecidos como *balls*. Conforme Silva (2024), esse movimento surge nos Estados Unidos em resposta ao racismo, por volta das décadas de 1960 e 1970 e, em Manaus, as identidades que frequentam as *balls* são ainda mais diversas, constituídas também por indígenas, quilombolas, caboclos, ribeirinhos e outras identidades que habitam o território amazônico.

o combate ao racismo; e para Elizabeth, o grupo de famílias LGBTI+ iniciado ainda no processo de adoção de sua filha também se transformou em uma rede de apoio.

Assim, conforme o que foi encontrado por Lima (2020), nesse contexto, os afetos e as experiências surgem intrinsecamente relacionados e, em conjunto, são capazes tanto de produzir linguagem quanto ação política, transformando (f)atos supostamente individuais em trajetórias coletivas. Nenhuma das interlocutoras pontuou ter participado de iniciativas, grupos ou coletivos estritamente bissexuais, como por vezes pode ocorrer com bissexuais que experimentam rejeição tanto em ambientes heterossexuais quanto homossexuais, fato que pode estar relacionado às experiências positivas em espaços para a comunidade em geral. Assim, pode-se considerar que, na realidade das sujeitas, esses grupos diversos assumiram um lugar de acolhimento e suporte às suas narrativas de si, ao mesmo tempo em que possibilitaram, junto a elas, novas tessituras às suas experiências.

7. CONSIDERAÇÕES (NADA) FINAIS

*Sou feita de retalhos.
Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou
costurando na alma.
Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me
fazem ser quem eu sou.
Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...
Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...
Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.
E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras
gentes que vão se tornando parte da gente também.
E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados...
Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.*

Cris Pizzimenti

Ao pensar sobre o que este trabalho representa, cheguei à conclusão de que ele é similar à uma colcha de retalhos. A colcha de retalhos compreende uma peça, geralmente um tipo de cobertor, composta pela união de diversos pedaços de outros tecidos, que podem ser de diferentes jeitos. Juntos, ao final, eles formam um artefato único. Assim, penso que esta dissertação se apresenta agora como uma peça única, mas é resultado de uma tecelagem produzida por diferentes pontos de vista e diferentes localizações, que uniram literaturas às experiências de Valeska, Dandara, Audrey, Honorina, Helena, Ana, Gaia, Nick, Luz, Marília, Shauna e Elizabeth, ao mesmo tempo em que também as minhas próprias experiências estiveram imbricadas à cada fase de realização da pesquisa.

Também por isso, falarei tanto na primeira pessoa do singular quanto do plural, uma vez que este trabalho é fruto, igualmente, do que é tanto individual quanto coletivo. Assim, nosso objetivo foi analisar as experiências de cuidado e identificar necessidades em saúde, desafios e barreiras no acesso, além de resistências e enfrentamentos na produção de saúde em mulheres amazônidas que se reivindicam a partir das bissexualidades, seja a partir de uma identidade propriamente dita ou não. Nesse sentido, nos esforçamos para tratar essas experiências como construções plurais, que traduzem uma diversidade de *feminismos*, *bissexualidades* e *saúdes*, ainda que todas elas tenham desembocado em um “produto final” que é a presente dissertação.

Nesta empreitada, junto aos meus orientadores e bebendo das fontes de cada encontro e cada literatura que passou por mim nesta caminhada, iniciei percorrendo alguns “mundos” das produções científicas, expostos no Capítulo 2, que inicialmente já demonstraram a escassez de publicações sobre as demandas da saúde bissexual e o difícil

acesso às produções acadêmicas existentes sobre bissexualidade. Nesse capítulo, aponte que o não-lugar das pessoas bissexuais em serviços de saúde é uma extensão da invisibilidade e da discriminação sofrida nos demais ambientes, e que o despreparo de profissionais para lidar com a bissexualidade sugere a necessidade de transformações nas condutas sociais, médicas e acadêmicas. No Brasil, em que políticas, protocolos e intervenções são construídas e mantidas a partir de uma lente cisheteronormativa, é necessário que profissionais alinhem suas práticas a políticas já existentes, como a própria PNSI-LGBT, para garantir a aproximação das mulheres bissexuais dos serviços de saúde, fazendo valer os princípios do SUS. A análise foi um estudo inicial de mapeamento da literatura e seus resultados, sobretudo, deram “fôlego” para o andamento da pesquisa.

No Capítulo 3, realizei algumas costuras possíveis entre os movimentos do SUS, parte das políticas de saúde direcionadas às mulheres e à população LGBTI+, e a saúde das mulheres bissexuais, em busca de apontar os emaranhados de tensionamentos e disputas envolvidos nessas movimentações, que carregam a importância histórica de terem aberto caminhos para a discussão da saúde integral e equânime, mas, em sua maioria, ainda reproduzem o apagamento bissexual ou a visão das bissexualidades somente a partir de estereótipos, como o da suposta promiscuidade e infecciosidade. Aponte também que a conquista da Resolução 08/2022 representou o esforço do movimento bissexual brasileiro de dialogar com o Conselho Federal de Psicologia, materializando a importância de psicólogas, psicólogos e psicólogues romperem com a tendência histórica de profissionais *psi* ao patologizarem ou estigmatizarem as bissexualidades. Por fim, essas costuras possibilitaram perceber que pensar especificidades de saúde de bissexuais nas políticas e planos de ação em saúde é, também, combater a bifobia e os índices de adoecimento e violência contra mulheres bissexuais, uma vez que os textos das políticas refletem imaginários sociais e são refletidos por práticas no cotidiano de cuidado.

Após tecer a colcha de retalhos com alguns destes tecidos, ainda era salutar verificar, contudo, o que surgiria ao buscar por essas experiências nas realidades concretas de mulheres que residem na capital amazonense, sobre suas próprias produções de saúde. Aponte, durante a Incursão Metodológica, o quanto os meus encontros afetivos, acadêmicos e políticos, sobretudo antes e depois da qualificação do projeto de pesquisa, influenciaram na forma como o estudo de narrativas foi realizado. Assim, ao adentrar os mundos das doze interlocutoras da pesquisa, acabei me desprendendo da ideia de buscar pela bissexualidade enquanto uma identidade mais enrijecida, e que me impossibilitasse

– ou ao menos, dificultasse em larga escala - de vê-la também enquanto práticas e afetos, que podem ser tão plurais quanto as próprias trajetórias das mulheres a quem eu me dispus a escutar. Nesse sentido, pontuei que algumas modificações metodológicas me ajudaram na busca por sujeitas que fossem mais diversas internamente, uma vez que, partindo de nossas lentes epistemológicas e analíticas, a proposta era apreender as experiências a partir das heterogeneidades, que se por um lado as diferenciam, ao mesmo tempo as aproximam como sujeitas coletivas, constituindo pontos nodais entre elas, especialmente nos encontros *na* e *com* a produção de saúde.

Nesse bojo, conforme situei na seção de Resultados e Discussão, essas interlocutoras narraram suas experiências, que aqui dividimos em três grandes categorias: necessidades em saúde, desafios provocados por encontros e desencontros com profissionais e serviços; e formas de resistência, essas últimas narradas tanto a partir de uma perspectiva posicionada como mais subjetiva, quanto mais social e política.

Nas necessidades de saúde, as análises permearam discursos sobre saúde mental e sofrimento psíquico que desvelaram uma realidade em que essas mulheres apresentavam uma recorrência de episódios, transtornos e tratamentos, sobretudo psiquiátricos, que foram narrados predominantemente enquanto algo já natural e estável, quase como uma característica própria de suas trajetórias. Problematizamos que a patologização e a medicalização refletem sofrimentos reais, mas que não podem ser analisados separadamente de outros marcadores presentes nessas histórias de vida, nem das violências as quais são submetidas ao terem negados os seus direitos, inclusive à saúde integral. Nesse sentido, apontamos que as violências, sobretudo as sexuais e as psicológicas, sofridas pelas interlocutoras por parte de parcerias íntimas e de outros sujeitos, em momentos distintos da vida, também estiveram ligadas às vulnerabilidades apresentadas por elas.

Ao mesmo tempo, pensar as experiências relacionadas ao sofrimento psíquico e às violências levou-nos a discutir as reverberações presentes na saúde sexual e reprodutiva, e esse tema foi narrado tanto sob a perspectiva de uma preocupação em excesso com as infecções sexualmente transmissíveis quanto por dificuldades encontradas para receber orientações e informações adequadas de profissionais e serviços de saúde. Interpretamos que, a despeito de um maior acesso à saúde sexual como algo positivo, a necessidade de verificações constantes em exames ginecológicos e sorológicos também pode estar ligada à associação comum da bissexualidade enquanto “grupo de

risco”, criando a necessidade de que pessoas bissexuais comumente sintam que precisam se provar como o oposto disso.

Nos desafios de acesso à saúde, visualizamos que, a partir de dificuldades que se relacionam em vários níveis, essas mulheres, em sua maioria, acessam a saúde de maneira fragmentada. A realidade amazônica de centralização dos serviços de saúde na capital em detrimento dos interiores ocasiona frequentemente a necessidade forçada de mudança para Manaus em busca de cuidado, como aconteceu com algumas das interlocutoras do estudo, demonstrando que as territorialidades e o SUS amazônico também necessitam ser levados em consideração quando tratamos das saúdes de mulheres bissexuais amazônicas. Partindo de diferentes localizações, essas mulheres acessam a cidade, a casa e os serviços e encontram, mais frequentemente, uma realidade de despreparo para lidar com suas demandas, inclusive as que envolvem a (bis)sexualidade. Por outro lado, também existe uma realidade em que as interlocutoras encontraram profissionais e serviços dispostos a atendê-las considerando as suas singularidades, despidos de julgamentos e preocupados com o acolhimento de suas necessidades em saúde.

Procuramos demonstrar que, a despeito das necessidades expostas verbalmente nos encontros com profissionais e serviços, essas mulheres sempre estão acompanhadas de suas “bagagens” sociais, econômicas, culturais e geográficas. Nesse sentido, o interesse genuíno de profissionais de saúde pelas histórias afetivo-sexuais figurou como aspecto importante para a assistência e a integralidade do cuidado.

Por outro lado, as interlocutoras trouxeram, com frequência, discursos sobre o que foi narrado por elas como uma “descoberta” da bissexualidade, que possibilitou um maior encontro consigo mesmas, suas necessidades e possibilidades de resistir. Pontuamos que muito embora essa visão pode ser lida sumariamente como algo que posiciona as bissexualidades nas redes do essencialismo, ela parece ser importante a um nível de produção de subjetividades, em que essas mulheres, ao narrarem-se a partir das bissexualidades, também se afirmam socialmente. Por outro lado, as inserções em grupos, inclusive os coletivos feministas, negros e LGBTI+, bem como as redes de apoio, também tiveram papel essencial no processo de resistir e produzir saúde, intercalando os afetos às experiências de maneira mais concreta.

Cabe posicionar questões importantes de nossa colcha de retalhos: a despeito de suas singularidades, as quais nos esforçamos para pontuar, todas as doze interlocutoras deste estudo são escolarizadas e, conseqüentemente, apresentam uma realidade socioeconômica que as possibilita ocupar espaços que não são ocupados por todas as

mulheres. Nesta perspectiva, aponta-se que a estratégia de seleção delas se deu a partir da divulgação dos convites nas minhas redes sociais, não adentrando outros espaços, o que possivelmente teve peso em nos trazer mulheres com um perfil de escolaridade e realidade econômica mais específica. Desse modo, tomamos o cuidado de reiterar que o acesso à saúde por parte das interlocutoras também é grandemente influenciado por essa dimensão, ainda que, conforme visualizamos, ele se dê de diferentes formas e, por vezes, não reflita uma perspectiva de cuidado integral, que ainda necessita ser problematizada. Assim, as narrativas aqui posicionadas e as interpretações feitas sobre elas não podem e nem devem ser generalizadas para todas as mulheres ou pessoas bissexuais.

É nesse sentido que apontamos as considerações aqui feitas, conforme o título, como nada finais. Do contrário, elas representam uma colcha de retalhos constituída por discursos em um espaço e tempo histórico específicos, que esperamos que abram caminhos para outros muito retalhos que se debrucem sobre as diversas bissexualidades e saúdes no território amazônico, em diferentes grupos e realidades possíveis. Esperamos ter traduzido o quanto essas trajetórias, que são tanto individuais quanto coletivas, necessitam serem olhadas em suas minúcias até que tenhamos políticas e práticas de cuidado verdadeiramente interessadas nas mulheres bissexuais amazônidas e em tantas outras mais. Essa colcha de retalhos é a continuação de outros tecidos e, por certo, ela não se acaba aqui. Com nossas diferentes cores, texturas e padrões, estamos dispostas a seguir tecendo novas histórias, de muitas formas e por muitos tempos que ainda estão por vir!

REFERÊNCIAS

- Alves, I. G., Moreira, L. E., & Prado, M. A. M. (2020). Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: política, movimento e heteronormatividade. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(3), 145-161.
- Amancio, S. C. P. (2020). *Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais com o cuidado de sua saúde sexual e reprodutiva* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista (Unesp). Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/204821>
- Andrade, J. M. O., Rios, L. R., Teixeira, L. S., Vieira, F. S., Mendes, D. C., Vieira, M. A., & Silveira, M. F. (2014). Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3497–3504.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.19952013>
- Azevedo, G. R. B., Therense, M., Tamborini, S. A. S. R., Almeida, G. P. de L., & Neves, A. L. M. das. (2024). Saúde sexual e acesso aos serviços para mulheres lésbicas em Manaus, Amazonas, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(5), e03512023.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.03512023>
- Ayres, J. R. C. M. (2004). *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16–29. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
- Ayres, J. R. (2022). Vulnerabilidade, cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde em Debate*, 46(7), 196-206.
- Baére, F. de. (2019). A mortífera normatividade: o silenciamento das dissidências sexuais e de gênero suicidadas. *Rebeh: Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, 2(1), 128–140.
- Barbosa, R. M., & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(supl. 2), S291–S300. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400011>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barros, F. P. C., & Sousa, M. F. (2016). Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e Sociedade*, 25(1), 9–18.
- Balenger, A., et al (2023). Acceptability of primary care counseling and brief educational messages to increase awareness about alcohol and breast cancer risks among bisexual and lesbian women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4184.

- Baptista, T. W. F. (2007). História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In G. C. Matta & A. L. Moura (Orgs.), *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. EPSJV/FIOCRUZ.
- Bezerra, M. L., et al. (2022). HIV epidemic among Brazilian women who have sex with women: An ecological study. *Frontiers in Public Health*, 10.
- Brah, A. (2006). Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, 26, 329–376. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332006000100014>
- Brasil. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2014). *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012*. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2016). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução no 510, de 7 de abril de 2016*. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brown, J. L., et al. (2014). Atención ginecológica de lesbianas y bissexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(51), 673–684.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Feminist Review.
- Butler, J. (2015). *Giving an account of oneself*. Fordham University Press.
- Cabral, et al. (2019). Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 13(1), 79–85.
- Callis, A. S. (2009). Playing with Butler and Foucault: Bisexuality and Queer Theory. *Journal of Bisexuality*, 9(3-4), 213–233.
- Campeiz, A. B. (2023). *A violência nas relações de intimidade vivenciada por bissexuais em contexto pandêmico: perspectiva do paradigma da complexidade* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo. Disponível em <https://repositorio.usp.br/item/003145642>
- Campos, C. M. S. (2004). *Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo.
- Campos, C. M. S., & Mishima, S. M. (2005). Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1260–1268. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400029>

- Cavalcanti, C. (2007). *Visíveis e indivisíveis: práticas e identidade bissexual*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Pernambuco.
- Cepeda, I. J., et al. (2020). Examination of multilevel domains of minority stress: Implications for drug use and mental and physical health among Latina women who have sex with women and men. *PLOS ONE*, 15(3), e0230437.
- Coelho, F. (2019). Bissexualidade. In D. Ferrão, L. H. de Carvalho, & T. Coacci (Eds.), *Psicologia, gênero e diversidade sexual: saberes em diálogo* (pp. 221-241). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais.
- Colledge, M., et al. (2015). Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: Evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. *Journal of Public Health*, 37(3), 427–437.
- Conselho Federal de Psicologia. (2022). *Resolução nº 8, de 17 de maio de 2022: estabelece normas de atuação para profissionais da psicologia em relação às bissexualidades e demais orientações não monossexuais*. Brasília.
- Costa, C. de L. (2002). O sujeito no feminismo: revisitando os debates. *Cadernos Pagu*, (19), 59–90. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332002000200004>
- Cruz, B. F., Lima, M. L. C., & Carneiro, L. R. C. (2022). Faces da bifobia dentro (e fora) da comunidade LGBTQIAP+: reflexões a partir de narrativas de pessoas bissexuais. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 38.
- Cunha, F. M. (2008). *Delicta factis permanentis: marcas de um delito invisível* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Disponível em <https://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/282009>
- Dal Santo, A., & Zambenedetti, G. (2021). Prevenção às ISTs/HIV entre mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão bibliográfica (2013-2017). *PSI UNISC*, 5(1), 111–126. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v5i1.14846>
- Damacena, F. C., & Lima, L. A. G. (2022). Experiências de bissexuais em psicoterapia: “cura bi”, discriminação e patologização do sofrimento social. *Revista Debates Insubmissos*, 5(16), 97–131.
- Dias, R. R. W. (2021). O pensamento de Gayatri Chakravorty Spivak: o lastro material da performatividade do tropo. *Anãnsi: Revista de Filosofia*, 2(1), 89–112. Disponível em <https://revistas.uneb.br/index.php/anansi/article/view/11958>
- Eisner, S. (2013). *Bi: Notes for a bisexual revolution*. Seal Press.
- Ehlke, S. J., et al. (2020). Sexual minority stress and social support explain the association between sexual identity with physical and mental health problems among young lesbian

and bisexual women. *Sex Roles: A Journal of Research*, 83(5-6), 370–381.

<https://doi.org/10.1007/s11199-019-01076-9>

El Kadri, M. R., Schweickardt, J. C., & Freitas, C. M. (2022). Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 26, e220056.

<https://doi.org/10.1590/interface.220056>

Elias, P. E. (2004). Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, 18(3), 41–46.

Facchini, R. (2005). *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond.

Facchini, R. (2020). De homossexuais a LGBTQIAP+: sujeitos políticos, saberes, mudanças e enquadramentos. In R. Facchini & I. França (Eds.), *Direitos em disputa: LGBTI+ poder e diferença no Brasil contemporâneo*. Campinas: Editora da Unicamp.

Ferreira, B. de O. (2019). *Os vários tons de não: experiências de profissionais da atenção básica na assistência à saúde das populações LGBTT em Teresina, Piauí* (Tese de doutorado). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

Ferreira, B. de O., & Bonan, C. (2020). Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1765–1778. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34492019>

Ferreira, B. de O., & Nascimento, M. (2022). A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 3825–3834.

Fernandes, M., Soler, L. D., & Leite, M. C. B. P. (2018). Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: Nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. *Revista Bis*, 19(2), 37–46.

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.), *Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (2ª ed., pp. 125–144). CEPESC/UERJ; ABRASCO.

G1 Amazonas. (2025, 14 de abril). Defensora de direitos LGBTQIA+: quem era Dária Barroso, ginecologista referência no AM que morreu aos 56 anos. G1. Recuperado de [https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2025/04/14/defensora-de-direitos-lgbtqia-quem-era-daria-barroso-ginecologista-referencia-no-am-que-morreu-aos-56-anos.ghtml:contentReference\[oaicite:7\]{index=7}](https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2025/04/14/defensora-de-direitos-lgbtqia-quem-era-daria-barroso-ginecologista-referencia-no-am-que-morreu-aos-56-anos.ghtml:contentReference[oaicite:7]{index=7})

- Gaino, L. V., Souza, J. de, Cirineu, C. T., & Tulimosky, T. D. (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: Um estudo transversal e qualitativo. *SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 14(2), 108–116.
- Garnelo, L., Sousa, A. B. L., & Silva, C. O. (2017). Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1225–1234. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>
- Garnelo, L. (2019). Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(12), e00220519. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220519>
- Gerhardt, T. E., Pinheiro, R., Francescato Ruiz, E. N., & Silva Junior, A. G. (Eds.). (2016). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS / UERJ – ABRASCO.
- Giovanella, L., & Fleury, S. (1996). Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In C. Eibenschutz (Org.), *Política de saúde: o público e o privado* (pp. 177–198). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gomes, J. D. M., & Costa, R. A. (2021). Negros no Amazonas: Constituição de identidade étnico-racial e ação afirmativa. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, 13(Ed. Especi), 103–119.
- Hahm, H. C., et al. (2016). Use of mental health care and unmet needs for health care among lesbian and bisexual Chinese-, Korean-, and Vietnamese-American women. *Psychiatric Services*, 67(12), 1380–1383. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500488>
- Haraway, D. J. (1995). Saberes localizados: A questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, (5), 7–41. <https://doi.org/10.1590/1678-913X.1773>
- Harding, S. (1993). A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista (V. Pereira, Trad.). *Revista Estudos Feministas*, 1(1), 7–32.
- Hemmings, C. (2009). Contando estórias feministas. *Revista Estudos Feministas*, 17(1), 215–241.
- IBGE. (2022). *Censo Demográfico 2022*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Jaeger, M. B., Longhini, G. N., Oliveira, J. M. de, & Toneli, M. J. F. (2019). Bissexualidade, bifobia e monossexismo: problematizando enquadramentos. *Revista Periódicus*, 2(11), 1–16. <https://doi.org/10.9771/peri.v2i11.28011>

- Jovchelovitch, S., & Bauer, M. W. (2002). Entrevista narrativa. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (pp. 90–113). Petrópolis: Editora Vozes.
- Kalichman, A. O., & Ayres, J. R. C. M. (2016). Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(8), 1–13. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00183415>
- Kim, S., & Choi-Kwon, S. (2021). Physical and mental health-related quality of life and their influencing factors on sexual minority women in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2115. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042115>
- Lavaccare, S., et al. (2018). Healthcare experiences of underrepresented lesbian and bisexual women: A focus group qualitative study. *Health Equity*, 2(1), 131–138. <https://doi.org/10.1089/heq.2017.0046>
- Leão, M. (2018). *Os unicórnios no fim do arco-íris: bissexualidade feminina, identidades e política no Seminário Nacional de Lésbicas e Bissexuais*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Lewis, E. S. (2012). *“Não é uma fase”: Construções identitárias em narrativas de ativistas LGBT que se identificam como bissexuais*. [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Lewis, N. M., et al. (2019). Health disparities among exclusively lesbian, mostly lesbian, and bisexual young women. *LGBT Health*, 6(8), 400–408.
- Lima, S. P. (2020). *“A gente não é só negro!”: interseccionalidade, experiência e afetos na ação política de negros universitários* (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Disponível em <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1141261>
- Litt, D. M., et al. (2013). Protective behavioral strategies as a mediator of the generalized anxiety and alcohol use relationship among lesbian and bisexual women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(1), 168–174. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.168>
- Lipnicka, M. (2023). Beyond the norm of monogamy – Consensual non-monogamy as an example of a “post-modern” relationship? *Studia Socjologiczne*, 250(3), 159–178. <https://doi.org/10.24425/sts.2023.147165>

- Logie, C. H., et al. (2018). Contextualising sexual health practices among lesbian and bisexual women in Jamaica: A multi-methods study. *Reproductive Health Matters*, 26(52), 109–127. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1512032>
- Machado, C. V., Lima, L. D. de, & Baptista, T. W. de F. (2017). Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128316>
- Mattos, R. A. de. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(1), 771–780. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500009>
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (25ª ed.). Vozes.
- Minayo, M. C. S., & Guerriero, I. C. Z. (2014). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1103–1112. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.17750>
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1–12. <https://doi.org/10.5935/2238-1236.20170007>
- Monaco, H. M. (2020). *“A gente existe!”: ativismo e narrativas bissexuais em um coletivo monodissidente*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Monaco, H. M. (2021). *Entre muros, pontes e fronteiras: teorias e epistemologias bissexuais*. ACENO – Revista de Antropologia do Centro-Oeste, 8(16), 91–106.
- Monaco, H., & Souza, J. S. de. (2024). “Eu ficava desconfiando de mim mesma”: saúde mental e bissexualidade entre biolegitimidade e injustiças epistêmicas. *Temáticas*, 32(64), 84–109. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v32i64.18565>
- Moschkovich, M. (2022). *Ebisteme: Bissexualidade como epistemologia*. Linha a Linha.
- Mota, C. S., Almeida, M. A., & Machado, M. F. (2024). Os impactos da violência entre mulheres em relação íntima: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(2), 1–12. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024292.03232023>
- Muylaert, C. J., Sarubbi Jr., V., Gallo, P. R., Rolim Neto, M. L., & Advincula Reis, A. O. (2014). Entrevistas narrativas: Um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(Esp. 2), 184–189. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>

- Neves, A. L. M. das, & Sívori, H. F. (2024). Ação política em saúde de pessoas trans em Manaus, Amazonas, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(1), e00642023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00642023>
- Oliveira, G. S., Pacheco, Z. M. L., Salimena, A. M. O., Ramos, C. M., & Paraíso, A. F. (2021). Método bola de neve em pesquisa qualitativa com travestis e mulheres transexuais. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(68), 7581–7588. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7581-7588>
- Oliveira, J., Cavalcanti, F., & Ericson, S. (2024). Medicalização da subjetividade e fetichismo psicofármaco: Uma análise dos fundamentos. *Saúde e Sociedade*, 33(1), e220833. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024220833pt>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- Paim, J. S., Selau, A. P., & Kovaleski, D. F. (2025). Gordofobia e acesso à saúde: desafios e perspectivas. *Saúde e Sociedade*, 34(1), e220123. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020252220123>
- Paulino, D. B., Rasera, E. F., & Teixeira, F. do B. (2019). Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180279.
- Paveltchuk, F. O., & Borsa, J. C. (2020). A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. *Revista SPAGESP*, 21(2), 41–54.
- Paveltchuk, F. O., Borsa, J. C., & Damásio, B. F. (2020). Apoio social, resiliência, estresse de minorias e saúde mental de mulheres lésbicas e bissexuais. *Psico-USF*, 25(3), 403–414. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250306>
- Pimenta, M. C., Bermudez, X. P., Godoi, A. M. M., Maksud, I., Benedetti, M., Kauss, B., et al. (2022). Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à profilaxia pré-exposição ao HIV no Brasil: estudo ImPrEP stakeholders. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(1), e00290620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00290620>
- Rede Feminista de Saúde. (2008). *Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos: material produzido a partir do 10º Encontro Nacional da Rede Feminista de Saúde*. Porto Alegre, RS, Brasil.
- Reiter, P. L., & McCree, A. L. (2015). Cervical cancer screening (Pap testing) behaviours and acceptability of human papillomavirus self-testing among lesbian and bisexual women

- aged 21–26 years in the USA. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41(4), 259–264. <https://doi.org/10.1136/jfprhc-2014-101063>
- Rich, A. (2012). Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Bagoas - Estudos Gays: Gêneros E Sexualidades*, 4(05). Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309>
- Rodrigues, J. L., & Falcão, M. T. C. (2021). Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. *Saúde e Sociedade*, 30(1), 1-14.
- Sá, C. H. C. de. (2023). *A saúde mental de pessoas bissexuais à luz da teoria do estresse de minoria* (Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal de Pernambuco). UFPE Repositório Institucional.
- Saldanha, I. S., Monaco, H. M., & Cruz, B. F. (2022). Bissexualidade, ativismo e produção de saberes: notas introdutórias sobre os estudos e movimentos bissexuais. *Revista Anômalas*, 2(2), 139–159.
- Santos, R. A., Mezzari, D. C. S., & Teixeira-Filho, F. S. (2021). A narrativa de histórias de vida como recurso metodológico na pesquisa em psicologia. *ACENO - Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 8, 171–184. <https://doi.org/10.20873/uft.2359-3480.2021v8n1p171>
- Seffner, F. (2003). *Derivas da masculinidade: representação, identidade e diferença no âmbito da masculinidade bissexual*. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Seemanthini, T. S., & Cavale, J. (2018). Biphobia and bierasure: Deconstructing the issues of bisexual men and women in India. *International Journal of Current Research and Academic Review, Special Issue 5*, 133-138.
- Silberman, P., Buedo, P. E., & Burgos, L. (2016). Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista de Salud Pública*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n1.48523>
- Silva, J. L. P. da, Ferreira, B. de O., Sousa, A. de L., & Silva, I. R. da (2024). O Sofrimento Ético-Político e as Resistências de ser mulher amazônida: uma narrativa de vida durante a trajetória no Ensino Superior. *Diversidade E Educação*, 12(1), 672–696.
- Silva, C. J. A. da. (2024). *Intersecções amazônidas: uma etnografia da comunidade Ballroom em Manaus* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Amazonas.
- Siqueira, M. D. de, & Klidzio, D. (2020). BISSEXUALIDADE E PANSEXUALIDADE: IDENTIDADES MONODISSIDENTES NO CONTEXTO INTERIORANO DO RIO

GRANDE DO SUL. *Revista Debates Insubmissos*, 3(9), 186–217.

<https://doi.org/10.32359/debin2020.v3.n9.p186-217>

- Souza, C. de, Oliveira-Cardoso, É. A. de, Oliveira, W. de, Nascimento, L. C., Araújo, J., Leite, A. C. A. B., Neris, R. R., Risk, E., Braga, I., & Santos, M. A. dos. (2021). Violência contra mulheres lésbicas/bissexuais e vulnerabilidade em saúde: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(2), 437–453. <https://doi.org/10.15309/21psd220210>
- Schütze, F. (2010). Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In Weller, V. & Pfaff, N. (Orgs.), *Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e prática* (pp. 283–293). Petrópolis: Vozes.
- Smith, C., & George, D. (2021). Bisexual women’s invisibility in health care. *AMA Journal of Ethics*, 23(7), 563–568. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2021.563>
- Spivak, G. C. (1985). Can the subaltern speak?. *Wedge*, 7–8, 120–130.
- Tasqueto, T. S., Oliveira, W. de, Souza, C. de, & Santos, M. A. dos. (2022). Violência de gênero em mulheres estudantes universitárias. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.5935/1678-7761.20220001>
- Tavares, J. de P. (2024). *Mapeamento da violência contra crianças na região Norte do país: reflexões sobre indicadores e políticas públicas* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Amazonas.
- Teixeira Filho, F. S., & Rondini, C. A. (2012). Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde Soc*, 21(3), 651-667.
- Vas, D. (2021). *Militância enquanto convite ao diálogo: O caso da militância monodissidente*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo.
- Vinuto, J. (2014). *A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto*. *Temáticas*, 22(44), 203–220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
- Weller, W. (2009). Tradições hermenêuticas e interacionistas na pesquisa qualitativa: a análise de narrativas segundo Fritz Schütze. In *Anais da 32ª Reunião da ANPED* (pp. 11-16).
- Wittig, M. (2022). *O pensamento hétero e outros ensaios*. Editora Autêntica.
- Williams, N. D., Turpin, R. E., Akre, E.-R. L., Boekeloo, B. O., & Fish, J. N. (2022). Disparities in mental health care access among persons differing in sexual identity: Nationally representative findings. *Psychiatric Services*, 73(4), 456–459. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100045>
- Whitaker, R. (2017). *Anatomia de uma epidemia: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Editora Fiocruz.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para participação na pesquisa

Google Forms - <https://forms.gle/QpTKqDPFcKqK7VTA6>

Você é uma mulher cis (que se identifica com o gênero feminino atribuído no nascimento), já se relacionou sexual e/ou afetivamente com pessoas de mais de um gênero ou se identifica como bissexual, tem entre 18 e 40 anos, mora em Manaus e já frequentou serviços de saúde públicos ou privados em Manaus?

Sim

Não

Nome:

Cidade/Estado que nasceu;

Se não tiver nascido em Manaus, há quanto tempo mora na cidade?

Idade atual:

Você se identifica como mulher bissexual?

Sim

Não, me identifico de outra forma

Escolaridade:

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Ensino superior incompleto

Ensino superior completo

Pós-graduação (especialização, mestrado e/ou doutorado completo)

Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a sua renda familiar mensal?

Até 1 salário mínimo (até R\$ 1.501,94)

De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 1.501,95 até R\$ 4.505,82).

De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 4.505,83 até R\$ 9.011,64).

De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 9.011,65 até R\$ 13.517,46).

De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 13.517,47 até R\$ 18.023,28).

Mais de 12 salários mínimos

Estado Civil:

Solteira

Namorando

Casada ou em união estável (vivendo com companheira/o/e)

Separada ou divorciada

Viúva

Qual a sua raça/etnia?

Indígena

Branca

Preta

Parda

Amarela

Outro:

Com relação à sua religião/doutrina/crença, você se considera:

Ateia/agnóstica

Evangélica

Católica

Espírita

Religiões de matriz africana

Outro:

Você possui alguma deficiência?

Sim

Não

Se marcou que possui alguma deficiência, especifique qual:

Deixe aqui o seu e-mail para contato:

Deixe aqui o seu número para contato (de preferência, com WhatsApp):

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturado

- A entrevistadora se apresenta e retoma os objetivos da pesquisa, reforça a importância da leitura e assinatura do TCLE e confirma a assinatura do TCLE via formulário online que precedeu a entrevista.
- A entrevistadora reafirma o compromisso com o anonimato e o sigilo das informações.
- A entrevistadora relembra que a conversa será gravada conforme acordado no TCLE.

Bloco I - Conhecendo a interlocutora

Conte-me sobre você e sua história de vida.

Questões para observar e, caso necessário, retomar e aprofundar ao final:

- Local de nascimento (caso não tenha nascido em Manaus, há quanto tempo está na cidade e qual motivo ocasionou a mudança do local de origem);
- Se retomou alguma das informações pessoais informadas no formulário: escolaridade, estado civil, raça, renda, religião, deficiência.

Bloco II - História da vida sexual, reprodutiva e afetiva

Conte-me como foram suas experiências afetivas, sexuais e reprodutivas ao longo da vida.

Questões para observar e, caso necessário, retomar e aprofundar ao final:

- Construções de gênero, sexualidade e identidade.
- Percepções do próprio corpo e das necessidades de saúde.
- Observar a bissexualidade nas categorias de DESEJO, PRÁTICA e IDENTIDADE e o entrecruzamento de raça, gênero, sexualidade e outros marcadores da diferença que compõem a diversidade dessas mulheres (Barbosa & Facchini, 2009).
- Variação de significados do ser lésbica, bissexual ou outra categoria não heterossexual na trajetória individual das mulheres.

Bloco III - Estilo de vida

Conte-me mais sobre sua rotina e seu estilo de vida, os lugares que você costuma frequentar e sua rede de apoio.

Questões para observar e, caso necessário, retomar e aprofundar ao final:

- Impacto da sexualidade sobre a construção das redes de apoio e a frequência em ambientes específicos.
- Outros marcadores da diferença como raça, etnia, classe social, geração, questões

culturais e ou religiosas.

- Mudanças significativas na trajetória de vida e suas motivações.

Bloco IV - História de saúde

Conte-me sobre seu histórico de saúde e como você costuma cuidar da sua saúde.

Questões para observar e, caso necessário, retomar e aprofundar ao final:

- Percepção de riscos à saúde, adoção de estratégias de autocuidado, busca de serviços ou formas de atendimento às demandas de saúde e motivos e obstáculos a isso.
- Cuidado em saúde de maneira formal ou informal.
- Associação entre expressões de gênero ou atributos socialmente atribuídos a mulheres e homens e a busca e o acesso a cuidados em saúde, seja para mais ou para menos. Ex: se referir como “mais masculina” ou “mais feminina” e buscar menos ou mais cuidados.
- Associação entre busca por cuidados ginecológicos e ou prevenção de ISTs em momento de práticas sexuais com homens cis.

Bloco V - Relação com profissionais e serviços de saúde

Conte-me como foram suas experiências com profissionais e serviços de saúde, seja para consultas, exames ou outras especialidades, caso tenha utilizado.

Questões para observar e, caso necessário, retomar e aprofundar ao final:

- Tipos de serviços frequentados, critérios para escolher ou permanecer em um serviço (localização geográfica, indicação por pessoa de confiança, tratamento recebido por profissional ou equipe de saúde, características físicas do ambiente, critério aleatório...)
- Consultas ginecológicas como experiências marcantes (positiva ou negativamente).
- Revelação ou não de práticas sexuais para profissionais de saúde e receio ou experiência real de discriminação e atribuição de estereótipos.

Bloco VI - Finalização

- Estamos chegando ao fim da entrevista, você gostaria de retomar alguma questão?
- Tem alguma coisa sobre a qual não falamos e que você acha importante comentar?
- Finalizar a gravação e, informalmente, pedir para escolher um nome fictício para ser atribuído a ela no trabalho.
- Agradecimento pela participação e despedida.

APÊNDICE C – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UFAM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Entrevista (presencial)

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa **Experiências de cuidado em saúde de mulheres bissexuais em Manaus/Amazonas**, cuja pesquisadora responsável é **Maria Eduarda Delduque Pereira**, psicóloga e mestrande do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI/UFAM), sob orientação do **Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira**. O objetivo do projeto é **conhecer as vivências com a bissexualidade e as experiências de cuidado em saúde de mulheres bissexuais no contexto manauara e suas dimensões subjetivas, sociais, políticas e culturais** e você está sendo convidada por preencher os critérios de inclusão da pesquisa. Sua participação nos permitirá compreender os enquadramentos de saúde de mulheres bissexuais especialmente no contexto manauara, nos ajudando a visibilizar demandas de saúde de mulheres e pessoas bissexuais amazônidas e auxiliar na criação e no fortalecimento de políticas públicas adequadas a esse grupo.

Você tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe. Caso aceite, você participará de uma entrevista individual expondo sua opinião e suas experiências sobre a problemática da pesquisa. Também solicitamos a sua autorização para gravação de áudio de sua participação na entrevista, apenas para fins da pesquisa, assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da sua imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa, os riscos são o de se sentir constrangida e/ou desconfortável no momento da entrevista ao relatar tópicos sensíveis. Caso ocorra, a pesquisadora e os orientadores, que são psicólogos, atenderão ou encaminharão você para atendimento psicológico e a participação será cessada no imediato momento. A equipe de pesquisa conta também com a colaboração da Faculdade de Psicologia (FAPSI/UFAM), especificamente pelo Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), em que psicólogos e estudantes de psicologia, devidamente supervisionados, poderão auxiliar e garantir a você a devida assistência.

Rubricas _____ (Participante)

Página 1 de 3

_____ (Pesquisador)



UFAM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: bem-estar ao poder compartilhar abertamente sobre suas experiências como mulher bissexual amazônica, contribuir para a visibilidade das demandas de mulheres bissexuais manauaras e auxiliar na criação de políticas públicas de saúde adequadas às especificidades de mulheres bi que residem no território amazônico, promovendo a saúde mental e física dessa população. Se julgar necessário, você dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Também estão assegurados a você o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Asseguramos a você o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário. Garantimos a você a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

Você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável, **Maria Eduarda Delduque Pereira**, a qualquer tempo, para informação adicional no endereço Rua José Bonaparte, nº 196, bairro Parque 10, e-mail: eduarda.delduque@ufam.edu.br e telefone (WhatsApp): (92) 98856-7387 e com o orientador **Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira**, telefone: (92) 99159-3991, e-mail: breno@ufam.edu.br.

Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término por você e pela pesquisadora responsável, ficando uma via com cada uma.

Rubricas _____ (Participante)

Página 2 de 3

_____ (Pesquisador)



UFAM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Participante

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Rubricas _____ (Participante)

Página 3 de 3

_____ (Pesquisador)

APÊNDICE D – DECLARAÇÃO

Declaração

Declaro para os devidos fins que estou de acordo com atendimento psicológico, caso necessário, às participantes da pesquisa “Experiências de cuidado em saúde de mulheres bissexuais em Manaus/AM”, que será desenvolvida pela mestranda Maria Eduarda Delduque Pereira, sob orientação do professor Breno de Oliveira Ferreira.

02 de novembro de 2024

Atenciosamente,

Caroline Stefany Marques de Sousa

Caroline Stefany Marques de Sousa
Psicóloga
CRP 20/12482

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO EM SAÚDE DE MULHERES BISSEXUAIS EM MANAUS/AM

Pesquisador: MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84393824.1.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.264.483

Apresentação do Projeto:

Resumo:

A bissexualidade pode ser compreendida como uma orientação sexual, uma identidade política que traduz uma experiência e um conceito epistemológico. Bissexuais são pessoas que desejam e relacionam-se afetiva e sexualmente com pessoas de mais de um gênero, em um mesmo momento ou em distintas fases da vida. Assim como outras sexualidades, a bissexualidade é atravessada e construída pelo contexto histórico e social, e as concepções históricas de marginalização e apagamento de pessoas bissexuais das arenas acadêmicas, médicas, sociais e políticas reforçaram estereótipos que ocasionam prejuízo à saúde de bissexuais, como a alegação de ser uma sexualidade ilegítima e transitória, a ligação à promiscuidade, confusão, indecisão e a associação a infecções sexualmente transmissíveis. Quanto às mulheres, a fetichização e a hipersexualização também levam a vulnerabilidades significativas na saúde mental, sexual e reprodutiva, além de índices de violência doméstica e sexual. Reconhecendo essa problemática, esta pesquisa está dividida em três estudos, sendo os dois primeiros já finalizados: 1) um artigo de revisão de escopo, cujo objetivo foi revisar a literatura sobre a saúde de mulheres bissexuais, submetido e aceito na Physis: Revista de Saúde Coletiva (Qualis A3); 2) um ensaio que analisou como a saúde das mulheres bissexuais foi posicionada nas políticas brasileiras, submetido e aceito na ACENO - Revista de Antropologia do Centro-Oeste (Qualis A2); e 3) uma pesquisa qualitativa, a ser realizada, utilizando o método

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

Continuação do Parecer: 7.264.483

de entrevistas narrativas, com o objetivo de acessar as experiências de cuidado em saúde de mulheres bissexuais cisgêneras na cidade de Manaus/AM e suas dimensões subjetivas, sociais, políticas e culturais. Ao pensar as experiências de cuidado, parto da concepção de que o cuidado em saúde pode tanto ser produzido por profissionais e serviços de saúde quanto fora deles, mas, principalmente, que é produzido pelas próprias mulheres em suas redes sociais e em seus modos de vida. Ao tratar das vivências de mulheres bissexuais manauaras, esta pesquisa também considera que as experiências amazônidas estão sempre imbricadas aos aspectos sociais, históricos, políticos, culturais e geográficos que compõem o curso de vida no território amazônico. A partir do afunilamento dos três estudos, busco contribuir para visibilizar as especificidades de mulheres bissexuais amazônidas, gerando reflexões outras que possam auxiliar na implementação de políticas públicas de saúde que contemplem efetivamente essa população, bem como para fortalecer o cenário de produções acadêmicas sobre bissexualidade e saúde no contexto amazônico.

Hipótese:

H1: Mulheres bissexuais manauaras vivenciam a bissexualidade de forma singular, interligando aspectos subjetivos, sociais, econômicos, políticos e culturais próprios do território amazônico. H2: A bifobia impacta nas experiências de cuidado em saúde das mulheres bissexuais manauaras, especialmente no contexto dos serviços de saúde.

Metodologia Proposta:

A pesquisa acontecerá na cidade de Manaus/AM. As interlocutoras serão mulheres cisgênero bissexuais adultas que residem em Manaus e já frequentaram serviços de saúde públicos ou privados em algum momento da vida. O convite para participação na pesquisa se dará por meio de divulgação nas redes sociais da pesquisadora, especialmente o X (Twitter), o Instagram e o WhatsApp. Na mensagem do convite constará o seguinte texto: ¿Experiências de cuidado em saúde de mulheres bissexuais em Manaus, Amazonas. Você é uma mulher cisgênero (que se identifica com o gênero feminino), que se identifica como bissexual, tem idade entre 18 e 40 anos e mora em Manaus? Você já frequentou, em algum momento da vida, serviços de saúde públicos ou privados em Manaus? Participe da nossa pesquisa! Demonstre seu interesse preenchendo o formulário pelo link <https://forms.gle/QpTKqDPFcKqK7VTA6> ou acessando o QR CODE (imagem do QR CODE que leva direto ao link do formulário online). Para

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

Continuação do Parecer: 7.264.483

mais informações, contate a pesquisadora responsável, Maria Eduarda Delduque Pereira, pelo número (92) 98856-7387 ou eduarda.delduque@ufam.edu.br e/ou o orientador da pesquisa, Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira, pelo e-mail breno@ufam.edu.br.

O formulário possibilitará à participante informar o interesse em participar da pesquisa, assim como alguns dados relevantes: nome, naturalidade, tempo de residência em Manaus (apenas para o caso de não ser natural da cidade), idade atual e idade em que se autoidentificou como bissexual, escolaridade, renda mensal, estado civil, raça/etnia, religião, deficiência (se possui, qual), e-mail e telefone (WhatsApp) para contato (Apêndice A e Formulário de participação na pesquisa). Salienta-se que embora a entrevista propriamente dita ocorra posteriormente de forma presencial, por se tratarem de dados pessoais sensíveis, antes que as interessadas respondam às perguntas do formulário online será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a sua anuência, em conformidade com a Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS e que será realizado o contato com as participantes que disponibilizarem e-mail e/ou Whatsapp no formulário de maneira individual. O objetivo é evitar a utilização de listas que permitam a identificação das convidadas e/ou a visualização de seus dados de contato por terceiros. Nesse contato, será esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, o formato das entrevistas e sanadas possíveis dúvidas. Será acertado o dia, horário e local da entrevista, sendo passível de novo agendamento caso haja necessidade. Reforça-se que o convite às participantes não será feito utilizando listas que permitam a identificação das convidadas, nem a visualização de seus dados de contato por terceiros. Além disso, qualquer convite por e-mail só terá um remetente e um destinatário, se enviado em forma de lista, será utilizada a opção lista oculta. Somente a pesquisadora e, se houver necessidade, o orientador, terão acesso aos dados fornecidos nos formulários.

A partir do compartilhamento nas redes sociais, poderá haver também a seleção por meio de *bola de neve*, um tipo de estratégia não probabilística que utiliza cadeias de referência, ou seja, uma participante captada pode repassar o convite para outras mulheres que cumpram os critérios de inclusão para participação na pesquisa. A técnica em bola de neve é eficaz para tirar proveito das redes sociais e fornecer ao pesquisador um conjunto de contatos potenciais, sendo profícua no caso de populações relativamente menores e que possivelmente estejam em contato umas com as outras (Vinuto, 2014). São previstas inicialmente pelo menos 20 (vinte) entrevistas. As entrevistas serão conduzidas a partir do seguinte tópico-guia: *“Gostaria que você me narrasse sobre suas experiências de cuidado, em serviços de saúde públicos e/ou privados de Manaus, considerando em sua resposta a sua vivência como mulher bissexual.”*

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

Continuação do Parecer: 7.264.483

Critério de Inclusão:

Ser mulher cisgênero que se identifica como bissexual; ser residente da cidade de Manaus; ter idade entre 18 e 40 anos; utilizar serviços de saúde público e/ou privado, independentemente do período.

Critério de Exclusão:

Mulheres que nunca frequentaram serviços de saúde públicos ou privados em Manaus.

Tamanho da Amostra no Brasil: 20

O Cronograma está detalhado e prevê as seguintes etapas:

Revisão seguindo as orientações da banca 01/01/2025 31/01/2025

Exame de qualificação da pesquisa 25/11/2024 20/12/2024

Defesa da dissertação 03/06/2025 30/06/2025

Revisão final da dissertação 02/05/2025 02/06/2025

Escrita do estudo final da dissertação 05/03/2025 02/05/2025

Coleta de dados para o estudo final da dissertação 05/02/2025 01/03/2025

O Orçamento está detalhado e prevê custo total de R\$ 8360,00.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

1. Revisar a literatura científica nacional e internacional sobre a saúde de mulheres bissexuais (Estudo 1).
2. Entender como a saúde da mulher bissexual é posicionada nas políticas de saúde brasileiras (Estudo 2).
3. Conhecer as vivências com a bissexualidade e as experiências de cuidado em saúde de mulheres bissexuais no contexto manauara e suas dimensões subjetivas, sociais, políticas e culturais (Estudo 3).

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

Continuação do Parecer: 7.264.483

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a Resolução nº466/2012 (CONEP/CNS), toda pesquisa possui riscos para os participantes (Brasil, 2013). Neste estudo, as participantes poderão se sentir constrangidas e/ou desconfortáveis no momento da entrevista por relatarem tópicos sensíveis. Em caso de ocorrência, a pesquisadora e psicóloga inscrita sob o CRP 20/12.333 irá prestar atendimento psicológico imediato, em sequência a participante será encaminhada para atendimento com a psicóloga Caroline Stefany Marques de Sousa, CRP 20/12.482, conforme consta em Termo de Anuência anexo ao projeto.

Benefícios:

Entre os benefícios estão a possibilidade de bem-estar por poder compartilhar abertamente sobre a experiência de ser uma mulher bissexual amazônica e a contribuição para a visibilidade das demandas de mulheres bissexuais manauaras, além da viabilidade de auxiliar na criação de políticas públicas de saúde que contemplem mulheres bissexuais, adequadas à realidade do território amazônico, promovendo a saúde dessa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto consiste no Protocolo Versão 2 do estudo "EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO EM SAÚDE DE MULHERES BISSEXUAIS EM MANAUS/AM" da Pesquisadora MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA, Projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas vinculado à linha de Processos Psicológicos e Saúde. Orientador: Prof. Dr. Breno de Oliveira Ferreira e Coorientador: Prof. Dr. Fábio Henrique Almeida Dantas, os quais constituem a equipe.

O Protocolo deve atender as Resoluções 466/2012 - CNS/MS e 510/2016 - CNS/MS, além da CARTA CIRCULAR Nº 1/2021/CONEP/SECNS/MS, pois prevê etapas em ambiente virtual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: ADEQUADA. Apresentada no arquivo folhaDeRosto_MariaEduarda_assinado.pdf, com a assinatura da pesquisadora e da Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-4000 **E-mail:** cep@ufam.edu.br

Continuação do Parecer: 7.264.483

Psicologia, Gisele Cristina Resende, como instituição proponente.

TERMO DE ANUÊNCIA - PSICÓLOGA: ADEQUADO. Apresentado no arquivo declaracao_psi.pdf, a anuência assinada por Caroline Stefany Marques de Sousa, Psicóloga, CRP 20/12482.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS: ADEQUADOS. Apresentados nos arquivos instrumentoguiaentrevistas.pdf e formulario_online.pdf, também presentes como apêndices no Projeto Detalhado (PROJETO_CEP.pdf) e no link <https://forms.gle/QpTKqDPFckKqK7VTA6>.

TCLE - Formulário de participação na pesquisa (online): ADEQUADO. Apresentado como Apêndice C, no arquivo tcleonline_ATUALIZADO.pdf e também no link <https://forms.gle/QpTKqDPFckKqK7VTA6>.

TCLE ç Entrevista (presencial): PRESCÍNDIVEL. ADEQUADO. Apresentado como Apêndice D, no arquivo TCLE_PRESENCIAL_ATUALIZADO.pdf.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Por não haver óbices éticos, o parecer é de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2451259.pdf	13/11/2024 16:52:01		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.docx	13/11/2024 16:49:20	MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_ATUALIZADO.docx	13/11/2024 16:45:42	MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PRESENCIAL_ATUALIZADO.docx	13/11/2024 16:45:19	MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tcleonline_ATUALIZADO.docx	13/11/2024 16:45:02	MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 7.264.483

Ausência	teleonline_ATUALIZADO.docx	13/11/2024 16:45:02	MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_MariaEduarda_assinado.pdf	03/11/2024 21:12:28	MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA	Aceito
Outros	declaracao_psi.pdf	03/11/2024 18:38:21	MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA	Aceito
Outros	instrumentoguiaentrevistas.pdf	03/11/2024 18:37:47	MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	03/11/2024 18:34:00	MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	03/11/2024 18:33:15	MARIA EDUARDA DELDUQUE PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 03 de Dezembro de 2024

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

E-mail: cep@ufam.edu.br