

Políticas brasileiras, saúde e adoecimento de mulheres bissexuais: reflexões possíveis

Maria Eduarda Delduque Pereira¹
Fábio Henrique Almeida Dantas²
Breno de Oliveira Ferreira³
Universidade Federal do Amazonas

Resumo: Este ensaio desvela a trajetória da bissexualidade como uma identidade política e se propõe a analisar criticamente os enquadramentos de mulheres bissexuais em três documentos distintos: 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). Os textos demonstraram que embora as mulheres bissexuais sejam citadas quase integralmente ao lado de mulheres lésbicas, suas especificidades são invisibilizadas. Embora as políticas representem um avanço histórico no cuidado de mulheres com orientações sexuais dissidentes, as pautas de mulheres bissexuais permanecem fragmentadas, o que configura uma vulnerabilidade no processo saúde-doença-cuidado. Há a necessidade de considerar as especificidades de saúde de mulheres bissexuais nas diretrizes e planos de ação das políticas para combater a bifobia e os índices de adoecimento mental e violência contra bissexuais.

Palavras-chave: políticas públicas; saúde; mulheres bissexuais.

¹ Psicóloga e Mestranda em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI/UFAM). Integrante do Núcleo de Saúde, Sexualidade e Sociedade (NÓS -PPGPSI/UFAM) e da Rede Brasileira de Estudos sobre Bissexualidade e Monodissidências (REBIM).

² Doutor e Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Pós-doutorando da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

³ Psicólogo sanitário com doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ). Líder do grupo de pesquisa (CNPQ) – Núcleo de saúde, sexualidade e sociedade (NÓS) e coordenador do Laboratório de Psicologia, Saúde e Sociedade na Amazônia (LAPSAM). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI/UFAM).

Brazilian policies, health and illness of bisexual women: possible reflections

Abstract: This essay unveils the trajectory of bisexuality as a political identity and sets out to critically analyze the framing of bisexual women in three different documents: the National Policy for Comprehensive Women's Health Care (2004); the National Policy for Comprehensive Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transgender Health Care (2011); and the Report of the Workshop "Comprehensive Health Care for Lesbian and Bisexual Women" (2014). The texts showed that although bisexual women are mentioned almost in their entirety alongside lesbian women, their specificities are made invisible. Although the policies represent a historic advance in the care of women with dissident sexual orientations, the agendas of bisexual women remain fragmented, which constitutes a vulnerability in the health-disease-care process. There is a need to consider the health specificities of bisexual women in policy guidelines and action plans to combat biphobia and the rates of mental illness and violence against bisexuals.

Keywords: public policies; health; bisexual women.

Políticas brasileiras, salud y enfermedad de las mujeres bisexuales: posibles reflexiones

Resumen: Este ensayo devela la trayectoria de la bisexualidad como identidad política y se propone analizar críticamente los encuadres de las mujeres bisexuales en tres documentos diferentes: la Política Nacional de Atención Integral de la Salud de las Mujeres (2004); la Política Nacional de Atención Integral de la Salud de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transgéneros (2011); y el Informe del Taller «Atención Integral de la Salud de Lesbianas y Mujeres Bisexuales» (2014). Los textos mostraron que si bien las mujeres bisexuales son mencionadas casi en su totalidad junto a las mujeres lesbianas, sus especificidades son invisibilizadas. Aunque las políticas representen un avance histórico en la atención a las mujeres con orientaciones sexuales disidentes, las agendas de las mujeres bisexuales permanecen fragmentadas, lo que constituye una vulnerabilidad en el proceso salud-enfermedad-atención. Es necesario considerar las especificidades sanitarias de las mujeres bisexuales en las directrices políticas y en los planes de acción para combatir la bifobia y las tasas de enfermedad mental y violencia contra las bisexuales.

Palabras clave: políticas públicas; salud; mujeres bisexuales.

O presente ensaio tem como objetivo 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 as 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 e FALCÃO, 2021; CABRAL *et al.*, 2019).

Contudo, ao tratar da invisibilidade da bissexualidade em diversas arenas 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 *apud* 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: 24). Outrossim, seguindo os chamados de Sandra Harding (1993) e Clare 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 na arena acadêmica brasileira, 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 e 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 epistemologias, 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 e 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 polissexualidade e a sexualidade fluida.

Conforme sinalizam Inácio Saldanha, Helena Monaco e Beatriz Cruz (2022), ao citarem os estudos de Steven Angelides (2001), 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 os campos 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 e 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 e 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: 228). Da mesma forma, Lewis (2012) retrata que a bissexualidade é apagada dentro do movimento LGBTQIA+⁴ 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

⁴ Adotamos, na maior parte do texto, o acrônimo “LGBTQIA+” 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 involudável com os tensionamentos da própria *experiência*.

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 LGBTQIA+ 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 conseqüentemente 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 LGBTQIA+, 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 e 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 conseqüências 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 movimentos e epistemologias bissexuais e monodissidentes, 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 o campo não inteligível 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 LGBTQIA+ (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; JAEGER *et al.*, 2019; SALDANHA, MONACO e CRUZ, 2022). 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 (FACCHINI, 2004; 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 e 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 LGBTQIA+, 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 LGBTQIA+, estes passaram a lutar por uma identidade bissexual própria, não necessariamente vinculada ao pertencimento à comunidade LGBTQIA+ 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 e 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; SALDANHA, MONACO e 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 LGBTQIA+. 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, aqui pretendemos superar o acrônimo “lésbicas-e-bissexuais” para dar protagonismo às demandas de mulheres bi, contribuindo para novas tessituras que valorizem a identidade da mulher bissexual e esperando novos entrelaces possíveis de política e prática de cuidado para mulheres bissexuais.

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 e BAPTISTA, 2017). O movimento sanitaria 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 estancos (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 e 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 e 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 e 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 e 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 LGBTQIA+, foi a resposta à primeira epidemia de HIV/Aids no país (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008; ALVES, MOREIRA e 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 LGBTQIA+ 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 e BURGOS, 2016; LOGIE *et al.*, 2018; CABRAL *et al.*, 2019; RODRIGUES e 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 na esteira do campo acadêmico, social e de políticas específicas ocasionam prejuízos significativos à saúde de mulheres bi (LEWIS, 2012; ALVES, MOREIRA e 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 e RONDINI, 2012: 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, Lima e Damacena (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 (LIMA e DAMACENA, 2022).

O que dizem, enfim, 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 e 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 (SE-

NALE) tiveram como tema central a saúde da mulher lésbica e, nos anos seguintes, esse debate permaneceu em outros eventos organizados pelo movimento (FERNANDES, SOLER e LEITE, 2019; ALVES, MOREIRA e 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: 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 e 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 e FALCÃO, 2021: 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 LGBTQIA+ 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 das demandas da saúde no campo da diversidade sexual e de gênero, e os seus ganhos, conforme apontado por Ferreira e Nascimento (2022), são fruto de uma trajetória de lutas e tensionamentos protagonizados pelos movimentos sociais LGBTQIA+ 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: 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: 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 LGBTQIA+ 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: 16). Portanto, a criação da política não garante a sua execução e os direitos adquiridos estão sempre sob vigilância e disputas (FERREIRA e 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: 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: 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 LGBTQIA+, 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: 65), denotando o esforço em superar o binômio lésbicas-e-bissexuais que não oferecia a devida atenção às mulheres bissexuais visualizado nos discursos anteriores.

Considerações finais

Esse estudo se propôs a realizar uma análise da trajetória da bissexualidade e da vulnerabilidade em saúde de mulheres bissexuais por meio de uma revisão crítica dos movimentos do SUS e dos discursos produzidos em três grandes documentos oficiais que representam políticas de saúde voltadas para mulheres lésbicas e mulheres bissexuais, apontando os enquadramentos ocupados por mulheres bissexuais e os emaranhados de tensionamentos e disputas que estiveram

no bojo da conquista dos direitos das mulheres no Brasil. Por meio de uma epistemologia feminista e bissexual, explicitamos que as bissexuais sempre ocuparam espaço no movimento LGBTQIA+, a despeito dos preconceitos e discriminações dentro e fora do movimento, da bifobia e da invisibilidade dessa orientação sexual e suas especificidades, inclusive no campo da saúde.

Partimos da perspectiva da bissexualidade como uma identidade política que, ao longo da história, no contexto brasileiro e internacional, esteve atrelada a lutas e resistências para ser considerada uma identidade autônoma da díade homo/hetero, o que se reflete no cenário social, político, acadêmico e da saúde, em que o não lugar ocupado por mulheres bissexuais e por dados sobre a saúde dessa população possui suas raízes no apagamento da bissexualidade. Buscamos demonstrar que embora as demandas conjuntas de lésbicas e bissexuais tenham relevância histórica na conquista de direitos, insistir em acoplar essas identidades acaba por produzir políticas e práticas de cuidado que desconsideram as especificidades de cada grupo, além de recair na tentativa de adequar as bissexualidades às monossexualidades.

As movimentações políticas brasileiras corroboram essa problemática: embora as mulheres bissexuais quase sempre tenham sido citadas junto às mulheres lésbicas, a maior parte dos textos não se debruçou sobre as singularidades das bissexuais e apenas o documento mais recente discutiu a vulnerabilidade em saúde de mulheres bissexuais, a invisibilidade e a bifobia de maneira independente. Por outro lado, o avanço na discussão sobre a bissexualidade nos dez anos de diferença entre o primeiro e o último documento, bem como a conquista recente da Resolução 08/2022 do Conselho Federal de Psicologia que trata do compromisso de psicólogas com a saúde mental de bissexuais, evidencia o crescente reconhecimento da bissexualidade e das demandas de mulheres bissexuais no contexto da saúde no Brasil.

Reconhecemos os múltiplos fatores que configuram os desafios da implementação das políticas no cotidiano das práticas de cuidado do SUS e escancaramos a necessidade de mais discursos que posicionem as mulheres bissexuais como sujeitas de direitos, primeiro, para legitimar as suas existências; depois, para fazer valer os princípios doutrinários de integralidade, equidade e universalidade. Pensar a vulnerabilidade em saúde mental de corpos bissexuais é pensar ineludivelmente na fragilidade das políticas e das práticas de cuidado direcionadas a essas pessoas e considerar as especificidades de saúde de mulheres bissexuais nas diretrizes e planos de ação das políticas é também combater a bifobia e os índices de adoecimento mental e violência contra bissexuais.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam).

*Recebido em 17 de julho de 2024.
Aceito em 29 de outubro de 2024.*

Referências

- ALVES, I. G.; MOREIRA, L. E.; PRADO, M. A. M. Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: política, movimento e heteronormatividade. *Revista Psicologia e Saúde*, 12 (3): 145-161, 2020.
- AYRES, J. R. 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, 2022.
- BAPTISTA, T. W. F. “História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde”. In: MATTA, G. C; MOURA, A. L. *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
- BARROS, F. P. C. de; SOUSA, M. F. de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e Sociedade*, 25 (1): 9-18, 2016.
- BRASIL. *Assistência integral à saúde da mulher: Bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. *Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BROWN, J. L. *et al.* Atención ginecológica de lesbianas y bissexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18 (51): 673–684, 2014.
- BUTLER, J. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. *Feminist Review*, 1990.
- CABRAL, *et al.* Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 13 (1): 79–85, 2019.
- CALLIS, A. S. Playing with Butler and Foucault: Bisexuality and Queer Theory. *Journal of Bisexuality*, 9 (3-4): 213–233, 2009.
- CAVALCANTI, C. *Visíveis e Indivisíveis: Práticas e identidade bissexual*. Dissertação Dissertação (Mestrado em Sociologia), UFPE, 2007.
- CEPEDA, Alice *et al.* 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): 2020.
- COELHO, Fernanda. “Bissexualidade”. In: FERRÃO, D. *et al.* (orgs.), *Psicologia*,

Gênero e Diversidade Sexual: saberes em diálogo. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2019. pp. 221-241.

COLLEDGE *et al.* 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, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução 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, 2022.

CRUZ, B. F.; LIMA, M. L. C.; CARNEIRO, L. R. C. Faces da bifobia dentro (e fora) da comunidade LGBTQIAP+: reflexões a partir de narrativas de pessoas bissexuais. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 38: 2022.

DAMACENA, Felipe Carvalho; LIMA, Luís Antônio Gomes. Experiências de bissexuais em psicoterapia: “cura bi”, discriminação e patologização do sofrimento social. *Revista Debates Insubmissos*, 5 (16): 97-131, 2022.

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

FACCHINI, R. “De homossexuais a LGBTQIAP+: sujeitos políticos, saberes, mudanças e enquadramentos”. In: FACCHINI, R.; FRANÇA, I. (org.). *Direitos em disputa: LGBTI+ poder e diferença no Brasil contemporâneo*. Campinas: Editora da Unicamp, 2020.

FACCHINI, R. Bissexualidade em movimento [Post do Blog Espaço B]. 2004.

FACCHINI, R. *Entre umas e outras: Mulheres, homossexualidades e diferenças na cidade de São Paulo*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), UNICAMP, 2008.

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

FERNANDES, M.; SOLER, L. D.; LEITE, M. C. B. P. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: Nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. *Revista Bis*, 19 (2): 37-46, 2018.

FERREIRA, B. de O.; NASCIMENTO, M. A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27: 3825-34, 2022.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, 5: 7-41, 1995.

HARDING, S. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. Tradução de Vera Pereira. *Revista Estudos Feministas*, 1 (1): 7-32, 1993.

HEMMINGS, C. Contando estórias feministas. *Revista Estudos Feministas*, 17 (1): 215-241, 2009.

JAEGER, Melissa *et al.* Bissexualidade, bifobia e monossexismo: problematizando enquadramentos. *Revista Periódicus*, 2 (11): 1-16, 2019.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. de C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 32 (8), 2016.

LEÃO, M. *Os unicórnios no fim do arco-íris: bissexualidade feminina, identidades e política no Seminário Nacional de Lésbicas e Bissexuais*. Dissertação de Mestrado, Saúde Coletiva, UERJ, 2018.

LEWIS *et al.* Health Disparities Among Exclusively Lesbian, Mostly Lesbian, and Bisexual Young Women. *LGBT Health*, 6 (8): 400–408, 2019.

LEWIS, E. S. “Não é uma fase”: *Construções Identitárias em Narrativas de Ativistas LGBT que se identificam como bissexuais*. Dissertação de Mestrado, Letras, PUC-RIO, 2012.

LOGIE, C. H. *et al.* Contextualising sexual health practices among lesbian and bisexual women in Jamaica: a multi-methods study. *Reproductive Health Matters*, 26 (52): 109–127, 2018.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (2): 2017.

MATTOS, R. A. de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13 (1): 771-780, 2009.

MONACO, H. M. “A gente existe!”: *ativismo e narrativas bissexuais em um coletivo monodissidente*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), UFSC, 2020.

MONACO, H. M. Seminário Internacional Fazendo Gênero 12. Lugares de fala: direitos, diversidades, afetos. “As pessoas precisam saber o que é bi?”: *visibilidade e movimentos bissexuais*. 2021.

MOSCHKOVICH, Marília. *Ebisteme: bissexualidade como epistemologia*. São Paulo: Linha a Linha, 2022.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *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, 2008.

RODRIGUES, J. L.; FALCÃO, M. T. C. 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, 2021.

SALDANHA, I. S.; MONACO, H. M.; CRUZ, B. F. Bissexualidade, ativismo e produção de saberes: notas introdutórias sobre os estudos e movimentos bissexuais. *Revista Anômalas*, 2 (2): 139–159, 2022.

SEFFNER, F. *Derivas da masculinidade: representação, identidade e diferença no âmbito da masculinidade bissexual*. Tese (Doutorado em Educação), UFRGS, 2003.

SILBERMAN, P.; BUEDO, P. E.; BURGOS, L. 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, 2016.

TEIXEIRA FILHO, Fernando Silva; RONDINI, Carina Alexandra. Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hetero e Homoeróticas. *Saúde e Sociedade*, 21 (3): 651-667, 2012.

VAS, D. *Militância enquanto convite ao diálogo: O caso da militância monodissidente*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), USP, 2021.