

ARTIGO ORIGINAL

Acesso de mulheres bissexuais e lésbicas em serviços públicos de saúde

Pablo Cardozo Rocon¹<https://orcid.org/0000-0003-2696-5786>**Dominique da Silva Reis³**<https://orcid.org/0000-0002-6806-5367>**Kallen Dettmann Wandekoken²**<https://orcid.org/0000-0002-2326-4880>

¹Universidade Federal de Mato Grosso, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Programa de Pós-Graduação em Política Social, Cuiabá, MT, Brasil

²Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem, Vitória, ES, Brasil

³Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Vitória, ES, Brasil

Acesso de mulheres bissexuais e lésbicas em serviços públicos de saúde

Resumo: São analisados desafios apresentados por lésbicas e mulheres bissexuais para acessarem serviços públicos de saúde em Cuiabá, Estado do Mato Grosso. Foram entrevistadas 14 participantes selecionadas por metodologia bola de neve e amostragem por saturação teórica. As entrevistas foram gravadas em áudio digital, transcritas e realizada análise temática. Foram identificadas como principais barreiras a invisibilização das orientações sexuais lésbicas e bissexuais com suas práticas afetivas e sexuais, a deslegitimação dessas por meio de práticas de violência e discriminação que levaram ao não acesso aos serviços de saúde buscados, não acolhimento e desumanização. Os achados são efeitos da heterocisnormatividade presente nos cotidianos de saúde, que na experiência das participantes se apresentou na invisibilidade das mulheres que não vislumbram a maternidade, nas violências a partir dos discursos de correção e anormalização das orientações sexuais e vivências afetivas e sexuais das participantes.

Palavras-chaves: lésbicas; mulheres bissexuais; saúde LGBT; saúde da mulher; discriminação.

Access by bisexual and lesbian women to public health services

Abstract: The challenges presented by lesbians and bisexual women to access public health services in Cuiabá, State of Mato Grosso, are analyzed. Fourteen participants were interviewed, selected by snowball methodology and initiated by theoretical saturation. The interviews were recorded in digital audio, transcribed and thematic analyzes were carried out. The main barriers identified were the invisibilization of lesbian and bisexual sexual orientations with their affective and sexual practices, their delegitimization through practices of violence and reception that led to non-access to the health services sought, non-welcoming and dehumanization. Overall, the findings are effects of heterocisnormativity present in daily health care, which in the experience of the participants were presented in the invisibility of women who do not envisage motherhood, in the violence from the discourses of correction and abnormalization of sex orientations and affective experiences and gender of women. participants.

Keywords: lesbians; bisexual women; LGBT health; women's health; discrimination.

Recebido em 26.06.2023. Aprovado em 21.08.2023. Revisado em 14.02.2024.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution Non-Commercial, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

A Política Nacional de Saúde Integral da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) podem ser consideradas importantes marcos legais no Sistema Único de Saúde que defendem a saúde integral e equânime com justiça social para lésbicas e mulheres bissexuais. Todavia, a literatura tem evidenciado atitudes corretivas, concepções heteronormativas sobre as sexualidades e patologização da homossexualidade e bissexualidade por profissionais da saúde, além de discriminação, ausência de acolhimento reverberando na exclusão de lésbicas e mulheres bissexuais dos serviços de saúde (Vezzosi et al., 2019; Santos et al., 2018; Araújo; Penna, 2014; Cardoso; Ferro, 2012; Marques; Oliveira; Nogueira, 2013; Araújo et al., 2019; Carvalho et al., 2013; Cabral et al., 2017; Rodrigues; Falcão, 2021).

Nessa direção, este artigo analisa os desafios enfrentados por lésbicas e mulheres bissexuais para acessarem e permanecerem nos serviços públicos de saúde em Cuiabá, Estado de Mato Grosso, um município da Amazônia Legal.

Metodologia

Esta pesquisa elegeu o método qualitativo pelo qual “o trabalho de campo não é um exercício de contemplação. Tanto na observação como na interlocução com os atores o investigador é um ator ativo, que indaga, que interpreta, e que desenvolve um olhar crítico” (Mínayo, 2012, p. 624). Assim, utilizou-se de abordagem e entrevista cartográfica como dispositivo de pesquisa, tendo em vista que se buscou “acompanhar a experiência do dizer, considerando e alimentando a circularidade intensiva entre os planos do conteúdo e da expressão [...] Pensamos na entrevista como experiência compartilhada do dizer que, como vimos, em sua performatividade cria mundo, sempre” (Tedesco; Sade; Caliman, 2013, p. 316). Neste artigo, são analisadas as respostas oferecidas pelas entrevistas a partir da questão disparadora: Conte-me sobre sua experiência como lésbica ou mulher bissexual nos serviços de saúde? Ao longo do manejo das entrevistas, também foi perguntado sobre: a) Acolhimento das orientações sexuais por profissionais da saúde; b) Sobre experiências com atendimento ginecológico; c) Realização e frequência do exame preventivo Papanicolau. Essas questões foram elaboradas a partir das principais problemáticas identificadas em revisão de literatura prévia sobre saúde de lésbicas e mulheres bissexuais na Biblioteca Virtual em Saúde.

Foram entrevistas 14 participantes, sendo seis lésbicas e sete mulheres bissexuais e uma mulher pansexual (que também se autodenominou lésbica e mulher bissexual). Todas as orientações sexuais foram autodeclaradas. A seleção das participantes se deu pela metodologia de amostragem não probabilística nomeada bola de neve (Vinuto, 2014, p. 203). Assim, a primeira participante, nomeada semente, foi convidada por sua participação no movimento social de lésbicas e mulheres bissexuais no município de Cuiabá/MT, sendo as demais participações selecionadas a partir das indicações de cada participante. A amostra alcançou a saturação teórica conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008), a partir da 12ª entrevista. Os critérios de inclusão utilizados foram ser maior de 18 anos, autodeclarar-se lésbica, mulher bissexual e utilizar os serviços públicos de saúde no Cuiabá/MT.

Neste artigo foi realizada a técnica de análise conteúdo temática (Bardin, 2011), a partir da qual as entrevistas foram organizadas em categorias temáticas identificadas ao longo da leitura e releitura exaustiva das entrevistas, quais sejam: 1. Invisibilidade das orientações sexuais lésbicas e de mulheres bissexuais nos serviços de saúde, e 2. Discriminação e violação de direitos. Essas categorias serão apresentadas e analisadas pelas matrizes teóricas que problematizam os efeitos da heteronormatividade e da heterossexualidade compulsória na vida da população lésbica e de mulheres bissexuais a partir de Judith Butler e Michel Foucault.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE: 46592921.0.0000.5690). Todas as participantes consentiram a participação mediante preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o anonimato às participantes.

Resultados e Discussões

Caracterização da amostra

Ao apresentar os resultados, optamos por trazer a caracterização das mulheres (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização das mulheres entrevistadas, pelo método Bola de Neve, em Cuiabá- MT, 2022

Entrevistada	Idade	Profissão	Raça/etnia	Orientação Sexual	Estado Civil
Participante 1	34	Professora Ed. Física	Não informada	Lésbica	Solteira
Participante 2	33	Professora Ed. Física	Não informada	Lésbica	Casada
Participante 3	37	Técnica de Enfermagem	Negra	Bissexual	Solteira
Participante 4	28	Assistente Social	Negra	Bissexual	Solteira
Participante 5	41	Professora Universitária	Negra	Bissexual/lésbica/ pansexual	Solteira
Participante 6	24	Gerente de Convênio	Preta	Bissexual	Solteira
Participante 7	23	Trainee em ONG	Negra	Bissexual	Solteira
Participante 8	22	Estudante	Negra	Bissexual	Solteira
Participante 9	33	Estudante	Branca	Lésbica	Solteira
Participante 10	23	Estudante	Negra	Lésbica	Solteira
Participante 11	23	Estudante	Branca	Bissexual	Solteira
Participante 12	23	Estudante	Branca	Bissexual	Solteira
Participante 13	49	Psicóloga	Parda	Lésbica	Solteira
Participante 14	49	Professora Biologia	Negra	Lésbica/gay	Solteira

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

As 14 mulheres que foram entrevistadas se autoidentificaram como cisgênero, com idade entre 22 e 49 anos. Nove participantes se autodeclararam negras (pretas e pardas), todas elas com ensino superior completo ou em curso, apenas uma relatou ser casada. Em relação à orientação sexual, sete identificaram-se como lésbicas, sete como bissexuais e uma como lésbica ou bissexual ou pansexual. Além disso, ainda que atualmente todas elas residam na cidade de Cuiabá (MT), sete entrevistadas são naturais de outros estados.

Apesar de compartilharem similaridades, possuem uma pluralidade entre si referente a outras categorias, que irão interseccionar-se produzindo diferentes experiências nas relações sociais.

Análise das categorias

Invisibilidade das orientações sexuais lésbicas e de mulheres bissexuais nos serviços de saúde

De maneira geral, as participantes relatam pouco interesse dos profissionais da saúde quanto à orientação sexual. Este cenário se agrava na medida em que elas pontuam acreditar ser importante o compartilhamento de tal informação para o processo de cuidado. Questões essas que podem ser observadas nos relatos a seguir:

[...]. Em nenhuma das vezes que eu fui [ao serviços de saúde] nunca aconteceu [sobre ser perguntada quanto a orientação sexual], e é uma coisa que eu também percebo que as pessoas não perguntam isso, e acho que deveria ser uma questão também, não pra ter diferenciação, mas é porque eu acho que é importante né, durante o atendimento a pessoa saber realmente quem é a pessoa que ela está atendendo, como que é, qual que é a especificidade, aquela particularidade enfim... eu acho que deveria ser perguntado, mas eu também nunca cheguei a levantar essa questão, porque assim eu, eu acho que (resmungo) na minha cabeça era assim, “ah, não me perguntou então eu não preciso falar”... Mas ao mesmo tempo eu ficava assim, “mas eu acho que devia ter perguntado”, eu ficava nisso, então eu acabava que eu não, na minha também, não comentava... (Participante 6).

[...] toda vez quando eu fui lá ninguém nunca perguntou [sobre a orientação sexual] nada entendeu?! [...] E tem pessoas [usuárias] que tem receio assim de falar [sobre a orientação sexual] entendeu? De ser julgado (Participante 3).

[...] Eu não me lembro de ter sido perguntada, as pessoas pressupõem assim acho que... que eu não sou lésbica né, mas também as dependendo da pessoa como ela não faz essa pergunta, eu também não vou lá e falo, porque as vezes se a pessoa não tem a sensibilidade de perguntar, se não há necessidade de expor dependendo do atendimento, eu também não falo, não vi necessidade de falar... (Participante 13).

[...] das poucas vezes que eu fui é, pelo SUS, não tive nenhum questionamento, não passei por nenhum constrangimento, com relação a isso aqui em Cuiabá, mas também não teve pergunta, também não teve um interesse né, porque me parece que é, profissionais de modo geral, mesmo não só da saúde né, mas falando da saúde, é... as pessoas já pressupõem uma heterossexualidade né... (Participante 4).

A PNSI-LGBT pontua a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais e culturais do processo saúde-doença (Brasil, 2004). Tal afirmação é importante para analisar o cenário apresentado pelas participantes desta pesquisa, tendo em vista que revelam a desumanização e ausência de acolhimento nos serviços de saúde como efeitos de relações sociais normalizadas a partir da heterossexualidade compulsória.

Por heterossexualidade compulsória, compreende-se a expectativa social de que corpos, genitálias, gêneros e desejos sexuais se encontram relacionados de maneira linear, dicotômica e complementar sob a matriz da heterossexualidade (Butler, 2014). Esta norma social se fundamenta historicamente no que Foucault (2013) nomeou por dispositivo da sexualidade, que se constitui em estratégias disciplinares e de controle a partir da clínica e dos saberes da pedagogia, médicos, psiquiátricos e hospitalares de controle das relações sexuais e dos corpos de mulheres, crianças e populações.

Esse terreno histórico subsidia a constituição de normas sociais que classificam como normais as vidas que se organizam a partir das correspondências corpo-sociais vagina-útero-mulher-feminilidade e pênis-homem-masculinidade, e como anormais todos(as) que escapam a essas correspondências (Rocon, 2021). Engendrado neste cenário, se encontram os processos de violação, marginalização e exclusão de todos/as considerados/as anormais por um Racismo de Estado (Foucault, 2010), que tem por efeitos a manutenção da norma pela violência e o extermínio.

Associada à heterossexualidade compulsória, no decorrer das entrevistas observamos aspectos da invisibilidade que se produzem por meio da maternidade compulsória, como nos relatos a seguir:

[...] ela [médica] perguntou se eu usava alguma método contraceptivo, eu disse que não que eu era uma mulher lésbica e que no momento não né, não me sentia confortável com nenhum método contraceptivo que já me foi apresentado, então eu não utilizava e o meu método contraceptivo era manter os meus exames em dia, porque assim né eu posso me prevenir e prevenir é possíveis parceiras né sexuais, então é... nesse momento assim ela me indagou assim diversas vezes assim sobre isso, sobre métodos contraceptivos... (Participante 9).

[...]. Não [nunca foi perguntada sobre a orientação sexual], inclusive isso me incomodou bastante assim é, porque principalmente no atendimento ginecológico né, é, quando você vai no médico, na médica né, eles pressupõem que enfim, uma maternidade ali né, eu entendo que tipo assim é eu fui colocar né, eu fui em busca de colocar o DIU, mas previamente já, já fui pré idealizada é com o plano de ser mãe e tudo mais, e nunca, nunca fui questionada, isso pra mim né... mas assim a questão dos atendimentos eu nunca consegui ver uma oportunidade de conversar sobre isso, sabe, por exemplo, se eu vou num num atendimento e tudo mais, se o se o médico não introduz isso, as vezes não me sinto à vontade está expondo, entendeu?!.. (Participante 11).

[...] sempre a primeira pergunta quando você chega no ginecologista quando não falam a sua orientação, nem nada né, é assim “é... você está prevenindo gravidez?” é sempre a primeira pergunta, e aí eu falava “olha, então eu me relaciono com mulheres e tal, então assim, não, uso nenhum método contraceptivo né” (Participante 8).

A invisibilidade das orientações sexuais lésbicas e de mulheres bissexuais nesta pesquisa, parecer ser efeito da maternidade e heterossexualidade compulsórias que produzem no imaginário e nas práticas em saúde a impossibilidade do cuidado com os corpos e sexualidades não associadas a lógicas de procriação e desejo inequívoco de manter relações sexuais com o sexo oposto. Além disso, os dados evidenciam a desconsideração e não garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das participantes da população LGBT como prevê os objetivos PNSI-LGBT (BRASIL, 2013).

Esses achados corroboram as pesquisas de Carvalho et al. (2013), Cabral et al. (2017), Vezzosi et al. (2019) e Rodrigues e Falcão (2021) que também evidenciaram o não acolhimento das orientações sexuais de lésbicas e mulheres bissexuais, seja pela ausência de pergunta, seja pela não abertura ao compartilhamento da informação, ou ainda pela crença numa predisposição à heterossexualidade. Carvalho et al. (2013) ainda evidenciam que alguns profissionais da saúde consideraram as informações sobre orientação sexual como irrelevantes para o atendimento em saúde.

Nesse ponto, ainda, se destacam alguns relatos que se somam às diferentes formas de produção de invisibilidades, como mostra-se a seguir:

O preventivo... Ah, não [nunca realizou] Tô sabendo agora [que a realização do exame é importante mesmo quando não há relação heterossexual] ... (Participante 6).

[...] teve um caso recente que a minha esposa foi, né, no qual ela nunca tinha ido é no ginecologista por agora, ela ia quando ela era nova, né mais nova, e ela sentiu, ela foi explicar pro médico e ele não soube é... conversar com ela, porque ela precisou fazer o preventivo e ele não sabia se, se poderia fazer ou não, porque ele achou que ela tinha ainda, ai, como que ele explicou pra ela, o hímen alguma coisa assim e não poderia colocar o objeto pra fazer, e ela falou, não doutor, eu sou lésbica, mas eu não sou virgem né eu tenho relação com mulher, mas eu não sou virgem, então ela teve que explicar pra ele... (Participante 2).

Percebemos que as participantes relataram desconhecer a importância da realização dos exames preventivos em meio a um cenário no qual os profissionais afirmam em suas práticas a heterossexualidade compulsória. Com base na literatura, podemos afirmar que o primeiro cenário — de não busca ou desconhecimento por parte das mulheres, ou ainda, a ausência de qualificação do profissional — é efeito do segundo — valorização da heterossexualidade compulsória nas práticas profissionais. Rankow e Tessaro (1999) e Rodrigues e Falcão (2021) evidenciam que a valorização da heterossexualidade nas consultas médicas leva as lésbicas e mulheres bissexuais a acreditarem num suposto menor risco de desenvolvimento de câncer cancro cervical, em razão da ausência do sexo penetrativo com homens cisgêneros heterossexuais, produzindo não adesão ao exame Papanicolau, ou ainda receio, medo e dúvida sobre a necessidade de realizá-lo.

Discriminação e violação de direitos

As participantes 6 e 8, mencionadas a seguir, vivenciaram situações de violência por parte de profissionais da saúde que questionaram e deslegitimaram as orientações autodeclaradas. As referidas participantes também relatam preocupação com as possíveis reações profissionais diante da orientação sexual informada.

[...]. Com essa que eu falei que não deu certo, ela [a psicóloga] tinha muita aquela coisa de meio que deslegitimar (falando pausadamente) a minha sexualidade, entendeu, “ah, mas você não se relaciona” ..., “você tem certeza?” (Participante 6).

[...] e eu estava me abrindo pra é, enfim realmente afirmar a minha sexualidade enfim, e aí já teve profissionais que meio que caçoaram tipo assim “aí, mas você é muito nova”, tipo “depois você pensa essas coisas”, “vai com calma”, não sei o que, então tipo, já teve vezes deu escutar coisas assim sabe... sempre rola um medinho assim de falar [sobre a orientação sexual], mas eu tento falar pra eles entenderem tipo, ... aí mais ter tipo colocar todas essas questões é complicado porque a gente nunca sabe como que vai ser o atendimento, se vou ser desrespeitada, e já aconteceu várias vezes, e aí tudo isso meio que que trava né a gente assim [...]. (Participante 8).

Sinceramente? Não [falo da orientação sexual], porque eu fico com, com certo receio sabe, de como é que vai se dar esse atendimento, se vai rolar algum tipo de preconceito sabe, ou se vai rolar algum tipo de violência, em relação ao profissional de saúde que está atendendo né, e, tem vários estigmas em relação a ser bissexual né, tem toda uma questão de “ah, é frescura”, e tem um estereótipo de que é uma pessoa que é promíscua e aí que vai ter várias doenças e tudo mais, então acaba não sendo colocada sabe ... (Participante 7).

Esses relatos de deslegitimação das orientações sexuais, demonstram uma crença de que a orientação sexual pode ser alterada com o tempo, corroboram os achados de Vezzosi et al. (2019) e Santos et al. (2018), que evidenciam associação por profissionais da saúde das orientações não heterossexuais com desvios psiquiátricos, psicológicos e a crença nas possibilidades de correção da orientação sexual.

Frente a esses relatos de violações, importante ressaltar que em 2009, a Portaria nº 1.820, nomeada Carta dos Direitos dos usuários da Saúde, definiu em seu art. 4º, parágrafo único, que “É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de [...] orientação sexual, identidade de gênero [...]” (Brasil, 2011, p. 11). Este documento fortalece a afirmação do direito a ser acolhido nos serviços de saúde sob a perspectiva das múltiplas orientações sexuais vividas por homens, mulheres cisgêneros, transgêneros ou pessoas não binárias. Além de um direito, as orientações sexuais devem ser observadas como marcadores de diferença, na medida em que sob uma perspectiva interseccional, podem revelar iniquidades e inequidades em saúde que emergem de modos diferentes a partir das diferentes orientações.

Nessa direção, a Política Nacional de Saúde Integral da Mulher pontua que a orientação sexual interseccionada às desigualdades de gênero, aprofundam outras desigualdades sociais e processos discriminatórios aos quais as mulheres estão expostas (Brasil, 2004). Um exemplo importante é citado pela PNSI-LGBT, que citando o Dossiê das Mulheres Lésbicas, informa que “Com relação às mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as mulheres que revelam, 28% referem maior rapidez do atendimento do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários” (Brasil, 2013, p. 14).

Todavia, apesar dos marcos legais expostos, tendo em vista ainda que eles estão em profunda afinidade com o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que define saúde como direito universal sob responsabilidade estatal, nesta pesquisa ainda nos deparamos com narrativas de discriminação das orientações sexuais e violação de direitos - como se pode observar também no relato da Participante 5:

[...] quando eu fiz um exame que eu estava com gonorreia, sei lá que que era, era uma coisa que sai branca da vagina, eu estava com isso, o médico falou na cara, na minha cara, um outro médico, aqui também, antes de eu ir pra essa ginecologista, ele disse assim pra mim e pra minha companheira, porque ela estava limpinha, e que eu não estava tão limpinha (pausa curta) que ele iria atende-la, mas a mim ele não ia atender, porque eu estava com mioma e porque eu estava com a doença sexualmente transmissível, eu saí de lá me sentindo a pessoa mais suja da face da terra, primeiro, porque eu falei, “cara, eu to fedendo será? É, eu to suja, é será que foi falta de cuidado, de limpeza?” ... já fui questionada [também] por médico quando eu estava com a perna aberta, a mulher passando o bastonete na minha vagina e dizendo pra mim que eu teria câncer de útero porque eu não queria uma penetraçãozinha do espéculo (voz trêmula de choro), essa foi uma situação extremamente dolorosa... (Participante 5).

O relato da Participante 5 apresenta dois momentos em que vivenciou violências ao acessar o serviço de saúde e realizar exames ginecológicos. A fala revela um profundo processo de desumanização dos corpos, falas e orientação sexual da participante, além de discriminação ao buscar atendimento para cuidados com uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST).

Constatamos que, de maneira geral, todas as participantes apresentam receio, resistência e medo quanto a consulta ginecológica. Sentimentos que podem ser traduzidos pela fala “ainda bem que eu não vou ter que fazer de novo” (Participante 11). Nesse ponto, importante destacar as situações de violência relatadas pela Participante 7:

[...] fui violentada de várias maneiras sabe, tanto com o processo de racismo, quanto o processo de assédio, e aí eu prefiro, não é um espaço que eu me sinta confortável sabe, um espaço de, com profissional da saúde assim, eu fico[...] bem receosa assim, principalmente se forem homens, que for me atender assim, eu não, eu não sei muito como lidar sabe, fico muito nervosa e as vezes parece que me dá um branco.

Questões essas que apontam um quadro dramático de receio de resistência em retornar ao serviço de saúde em razão dos processos de discriminação e violência. Situação similar a vivida por mulheres transexuais e travestis, como evidenciado por Rocon et al. (2016). Este cenário se agrava quando relacionado ao atendimento ginecológico, na medida em que a omissão da orientação sexual pode conduzir a equívocos como a escolha de um espéculo para exame citopatológico que gere sofrimento (Cabral et al., 2019). Nesta pesquisa, as participantes relataram alívio em não ter que retornar ao ginecologista, bem como experiências dolorosas na realização do exame Papanicolau.

Todavia, divergindo da análise de Cabral et al. (2019), mesmo a participante 5 informando sua orientação sexual e solicitando a utilização do espéculo adequado, relatou sofrer violência durante o procedimento, demonstrando que a informação da orientação sexual pode ampliar a exposição das lésbicas e mulheres bissexuais aos processos de discriminação. Uma realidade já denunciada pela PNSI-LGBT ao citar que dentre as “[...] mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as mulheres que revelam, 28% referem maior rapidez do atendimento do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários” (Brasil, 2013, p.14). Cardoso e Ferro (2012) ainda mencionam o despreparo dos profissionais no acolhimento das especificidades em saúde de lésbicas e mulheres bissexuais como um dos principais motivos para a menor procura dos serviços de saúde por essas usuárias.

Evidencia-se, assim, um profundo processo de desumanização dos corpos e sexualidades das participantes desta pesquisa, na medida em que a humanidade das vidas é reconhecida “pela adequação das estruturas físico-corporais [e das práticas sexuais] às normas para gênero e sexualidade” (Rocon et al., 2020, p. 2349). Nesse sentido, humanização é compreendida como um processo no qual ocorre o reconhecimento de corpos e vidas “[...] como vida vivível como humano é o que organiza esforços para sua proteção e para que sua possível perda seja objeto de comoção e luto” (Rocon et al., 2022, p. 8). O que percebemos é a completa ausência de esforços para proteção, cuidado e acolhimento das participantes desta pesquisa; produz-se assim processos de exclusão, que Foucault (2010) nomeou por deixar morrer, na medida em que não se vislumbra qualquer esforço para reconhecimento e acolhimento das participantes, mas sim, práticas que as violentam e discriminam.

Este cenário de não reconhecimento das participantes como vidas vivíveis e que merecem esforços para acolhimento e proteção como conceitua Butler (2019), é efeito do conjunto de normas heteronormativas e patriarcais que delimitam as fronteiras humano e não humano. Um modo de produção das relações sociais de gênero e sexualidade que nos cotidianos de saúde, contribui para o adoecimento das lésbicas e mulheres sexuais, na medida em que não acolhem as necessidades em saúde vinculadas às múltiplas possibilidades de viver as sexualidades. Um cenário, que por exemplo, dificultará discutir no campo da saúde sexual e reprodutiva, o acompanhamento da gravidez de mulheres lésbicas, problematizando que as rotinas dos profissionais e dos serviços sob lógica heteronormativa como propõe Marques, Oliveira e Nogueira (2013) e Rocon (2021), segundo o qual, a formação hegemônica de profissionais da saúde “formata e modela modos de cuidar, ouvir, acolher, trabalhar, praticar e gerir os serviços de saúde conduzidos por pressupostos da vida e dos corpos lidos pela heterossexualidade compulsória e a cisnormatividade” (Butler, 2019, p. 111–112).

Considerações Finais

Os dados desta pesquisa apontam inúmeros processos de exclusão que são acionados por este terreno histórico, que produz a invisibilidade ou punem as mulheres que não vislumbram a maternidade (dispositivo da maternidade compulsória), as violências físicas e psíquicas empreendidas a partir dos discursos de deslegitimação, desconsideração, desumanização das orientações sexuais e, os processos em si de anormalização das vivências lésbicas e de mulheres bissexuais, na medida em que suas vivências sexuais são associadas a aspectos de impureza.

Desse modo, os dados reforçam a importância de compreender a orientação sexual como componente dos determinantes sociais, históricos e culturais do processo saúde e doença de lésbicas e mulheres bissexuais. Tal constatação se embasa nas evidências de que a invisibilização das orientações sexuais, os processos de violência ginecológica e na recepção das necessidades em saúde destas mulheres, são efeitos de um processo de desumanização social e históricas das orientações sexuais não centradas nas normas pautadas pela heterossexualidade compulsória.

Nesse sentido, a orientação sexual se apresenta como um marcador de iniquidade e inequidade, na medida em que a intersecção das desigualdades de gênero reverbera em injustiças no acesso aos bens e serviços de saúde a partir da produção com distribuição desigual entre homens e mulheres, heterossexuais e lésbicas e mulheres bissexuais e marcador de inequidade. Processos de produção de desigualdades sociais que tem dentre seus múltiplos fundamentos o racismo contra os anormais, o não reconhecimento das sexualidades não heterossexuais como passíveis de serem vividas e acolhidas, desprezando não apenas suas necessidades em saúde, como também, todas as suas necessidades sociais para manutenção da vida.

Assim, os serviços de saúde e a realidade de exclusão das participantes desta pesquisa não podem ser analisados descolados da realidade social que os produzem, e o processo saúde e doença não deve ser isolado de sua historicidade social. Uma vez que profissionais da saúde são produzidos como sujeitos em meio a normas sociais que atribuem normalidade e humanidade aos corpos heteronormalizados, logo, “[...] numa sociedade cujas normas predominantes para a inteligibilidade dos corpos residem no gênero binário e na heteronormatividade, todos os corpos inadequados a esse padrão poderão ser considerados doentes [...]” ou anormais (Rocon et al., 2016, p. 2524).

Sob esta perspectiva, faz-se necessária a elaboração de dispositivos formativos que possibilitem aos profissionais da saúde analisarem suas práticas e, até mesmo, suas próprias vivências nos gêneros e sexualidades. Dispositivos que possibilitem produzir “[...] ambulatórios e serviços de saúde que afirmem a diferença e que defendam uma vida” (Rocon, 2021, p. 164). Carvalho et al. (2013) sugerem o foco na educação permanente em saúde, analisando que os processos formativos devem ultrapassar a graduação e se estender a todo percurso dos trabalhadores da saúde.

Referências

- ARAÚJO, L. M. et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Revista de enfermagem UERJ*, v. 27, p. 1–7, 2019.
- ARAÚJO, L. M.; PENNA, L. H. G. A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher. *Revista de enfermagem UERJ*, v. 22, n. 1, p. 134–138, 2014.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. 1. ed. 1. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
- BUTLER, J. *Vidas precárias: os poderes do luto e da violência*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
- CABRAL, K. T. F. et al. Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Revista de enfermagem UFPE*, v. 13, n. 1, p. 79–85, 2019.
- CABRAL, L. S. C. et al. Homossexualidades femininas no contexto dos sistemas de informação de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 11, n. 4, p. 1699–1707, 2017.
- CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, n. 3, p. 552–563, 2012.
- CARVALHO, P. M. G. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo. *Brazilian Journal of Nursing*, v. 12, n. 4, p. 931–941, 2013.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008. DOI 10.1590/S0102-311X2008000100003
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 23. ed. São Paulo: Graal, 2013.
- MARQUES, A. M.; OLIVEIRA, J. M.; NOGUEIRA, C. A. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2037–2047, 2013.

- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.
- RANKOW, E. J.; TESSARO, I. Cervical cancer risk and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women. *J Fam Pract*, v. 47, n. 2, p. 139–143, 1999.
- ROCON, P. C. et al. Difficulties experienced by trans people in accessing the unified health system. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517–2526, 2016. DOI: 10.1590/1413- 81232015218.14362015
- ROCON, P.C. Clínica (trans)sexualiza(dor)a: processos formativos de trabalhadores da saúde. Salvador: Devires, 2021.
- ROCON, P.C. et al. O reconhecimento e o aparecimento público como determinantes para a saúde: diálogos com mulheres transexuais e trabalhadores(as) da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 2, p. e210356pt, 2022.
- ROCON, P.C. et al. Vidas após a cirurgia de redesignação sexual: sentidos produzidos para gênero e transexualidade. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2347–2356, 2020.
- 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*, v. 30, n. 1, p. 1–14, 2021.
- SANTOS, C. G. C. O.; BERNARDES, S. P.; FERREIRA, W. T. R. Da invisibilidade ao reconhecimento: experiência de roda de conversa e validação da bissexualidade em São Paulo. *Diversidade Sexual e de Gênero*, v. 19, n. 2, p. 77–85, 2018.
- TEDESCO, S. H.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal*, Niterói, v. 25, n. 2, p. 299–322, 2013. DOI 10.1590/S1984-02922013000200006
- VEZZOSI, J. L. P. et al. Crenças e Atitudes Corretivas de Profissionais de Psicologia sobre a Homossexualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, n. 3, p. 174–193, 2019.
- VINUTO, J. A. Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 201–218, 2014. DOI 10.20396/tematicas.v22i44.10977

Pablo Cardozo Rocon

E-mail: pablocardoz@gmail.com

Doutor em Educação pela Universidade Federal do Espírito Santo

Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Professor Permanente no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Programa de Pós-Graduação em Política Social na Universidade Federal de Mato Grosso(UFMT).

Kallen Dettmann Wandekoken

E-mail: kallendw@gmail.com

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo.

Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Dominique da Silva Reis

E-mail: dominiquesilvar@gmail.com

Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso.

Aluna de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

UFMT

Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). (ISC/UFMT, Cuiabá, Brasil), Bloco CCBSIII, 2º piso. Avenida Fernando Corrêa, nº 2367, Boa Esperança, Cuiabá (MT), CEP: 78060-900.

UFES

Prédio do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Av. Mal. Campos, 1468 - Maruípe, Vitória - ES, Brasil, CEP: 29047-105.

Agradecimentos

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado.

Agência financiadora

Não houve agência financiadora do projeto de pesquisa.

Contribuições dos autores

Rocon é responsável pela produção e análise dos dados, redação e revisão final. Wandekoken contribuiu na análise dos dados e revisão final. Silva é responsável pela produção dos

dados e contribuiu revisão final. Todos(as) autores(as) aprovam a versão final apresentada.

Aprovação por Comitê de Ética e consentimento para participação

CAEE: 46592921.0.0000.5690, Número do Parecer: 4.826.722

Consentimento para publicação

Os(as) autores(as) consentem com a publicação desta.

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.