

Narrativas de mulheres lésbicas, bissexuais e homens trans sobre o acesso ao cuidado em saúde

Narratives on Healthcare Access Among Lesbian, Bisexual Women, and Trans Men

Narrativas de mujeres lesbianas, bissexuales y hombres trans sobre el acceso a la atención médica

Bruna Schneider Pinto Coelho

Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Alexandre Costa Val

Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Rafaela Cristina Teixeira

Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Adriana Maria de Figueiredo

Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Autor correspondente: Adriana Maria de Figueiredo – E-mail: adrianamfigueiredo@ufop.edu.br

Recebido em: 29 de setembro de 2023 – Aprovado em: 5 de março de 2024 – Publicado em: 31 de maio de 2024

RESUMO

Introdução: A garantia do princípio da equidade supõe a compreensão de como a interação de diversos marcadores sociais da diferença – tais como sexualidade, identidade de gênero, classe social, raça/cor, etnia etc. – produz vulnerabilidades nos corpos. Esse fenômeno é evidente entre Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Travestis (LGBT), que, frequentemente, se deparam com barreiras no acesso à saúde. **Objetivo:** Conhecer trajetórias relacionadas à busca de cuidado por pessoas que se autodeclararam como mulheres cisgêneras lésbicas, bissexuais ou como homens trans. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, usando entrevistas em profundidade, de forma a espelhar as subjetividades, características e vivências de cada um(a) dos(as) participantes. As entrevistas foram analisadas a partir da perspectiva da análise de conteúdo. **Resultados:** As narrativas revelam a inexistência de espaços voltados para a escuta e aceitação da diferença, sendo comuns tratamentos violentos e inadequados, que reforçam a estigmatização e a segregação de corpos que desafiam as normas de gênero e sexualidade. **Conclusões:** A (cis)heteronormatividade alcança a formação dos profissionais de saúde e se reflete em suas práticas, fazendo com que mulheres lésbicas, bissexuais e homens trans sejam alijados do acesso ao cuidado. Tal constatação reforça a necessidade de fomentar processos de educação em saúde que, para transformar essa realidade, estejam constantemente abertos à reflexão e à criação de novas formas de atuar. Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu*

Palavras-chave

*Minorias Sexuais e de Gênero;
Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde;
Direito à Saúde;
Educação em Saúde.*

Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

ABSTRACT

Introduction: Ensuring the principle of equity requires an understanding of how the interaction of various social markers of difference - such as sexuality, gender identity, social class, race/color, ethnicity, etc. - leads to vulnerabilities in different bodies. This phenomenon is evident within the Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, and Transvestite (LGBT) community, who often face barriers to accessing healthcare. **Objective:** To learn more about the care-seeking trajectories of people who self-identify as cisgender lesbian women, bisexual women, or transgender men. **Methods:** Qualitative research using in-depth interviews to reflect the subjectivity, characteristics, and experiences of each of the participants. Interviews were analyzed from a content analysis perspective. **Results:** The narratives reveal that there is a lack of spaces aimed at listening to and accepting differences. Violent and inappropriate treatment is widespread and reinforces the stigmatization and segregation of bodies that challenge gender and sexuality norms. **Conclusions:** (Cis)heteronormativity impacts the training of health professionals and is reflected in their practice, meaning that lesbian women, bisexual women, and trans men are excluded from access to care. This finding reinforces the need to foster health education processes that, in order to change this reality, are constantly open to reflection and the creation of new possibilities for action. This text is the result of the stricto sensu postgraduate program Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE).

RESUMEN

Introducción: Garantizar el principio de equidad supone la comprensión de cómo la interacción de diversos marcadores sociales de diferencia tales como la sexualidad, la identidad de género, la clase social, la raza/color, la etnia, etc., produce vulnerabilidades en los cuerpos. Este fenómeno es evidente entre las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans y travestis (LGBT), quienes a menudo se enfrentan a barreras en el acceso a la atención en salud. **Objetivo:** Conocer las trayectorias de búsqueda de cuidado de personas que se autodeclaran como mujeres lesbianas cisgénero, mujeres bisexuales u hombres trans. **Métodos:** Investigación cualitativa, utilizando entrevistas en profundidad para reflejar las subjetividades, características y experiencias de cada uno(a) de los(as) participantes. Las entrevistas se analizaron desde la perspectiva del análisis de contenido. **Resultados:** Las narrativas revelan la falta de espacios destinados a la escucha y aceptación de la diferencia, siendo común el trato violento e inadecuado, reforzando la estigmatización y segregación de los cuerpos que desafían las normas de género y sexualidad. **Conclusiones:** La (cis)heteronormatividad alcanza a la formación de los profesionales de la salud y se refleja en sus prácticas, haciendo que mujeres lesbianas, bisexuales y hombres trans queden excluidos del acceso al cuidado. Esta constatación refuerza la necesidad de impulsar procesos de educación para la salud que, para transformar esta realidad, estén constantemente abiertos a la reflexión y a la creación de nuevas formas de actuar. Este texto es resultado del programa de posgrado *stricto sensu*, Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE).

Keywords

Sexual and Gender Minorities; Equity in Access to Health Services; Right to Health; Health Education..

Palabras clave

Minorías Sexuales y de Género; Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud; Derecho a la Salud; Educación en Salud.

Introdução

A equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) prevendo a provisão de cuidados em saúde capazes de atender às necessidades específicas dos grupos sociais, garantindo a inclusão de todos em um sistema igualitário e solidário em que os mais vulneráveis sejam priorizados. É fundamental, nesse sentido, que os profissionais sejam capazes de compreender e abordar os diversos marcadores sociais da diferença, tais como sexualidade, identidade de gênero, classe social, raça/cor, etnia etc. Afinal, eles se articulam dinamicamente na produção de desigualdades e hierarquias, endossando iniquidades e dispositivos de exclusão no campo da saúde (1).

Esse fenômeno é evidente entre Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Travestis (LGBT), que frequentemente se deparam com barreiras no acesso à saúde. Tendo em vista a heterogeneidade desse grupo, buscamos, neste estudo, conhecer trajetórias na busca de cuidado de pessoas que se autodeclaram como mulheres cisgêneras lésbicas, bissexuais, ou como homens trans. Trata-se de um recorte de pesquisa realizada no Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE (2), cujo foco se justifica não só pela escassez de trabalhos que tratam especificamente das experiências dessas pessoas, mas também por um incremento da vulnerabilidade de corpos que, pelo menos em algum momento de suas vidas, foram designados como pertencentes ao sexo feminino em um contexto sociocultural marcado pelo machismo e pela misoginia (3-4).

De fato, nessa lógica, parece não haver muitas opções: ou esses corpos se enquadram em um ideal (cis)heronormativo e são tomados como objetos de cuidado a partir de ações que focam aspectos orgânicos e reprodutivos relacionados especialmente à maternidade, ou subvertem esse padrão e são excluídos do sistema. Na prática, isso se materializa, por exemplo, através do silêncio dos profissionais em relação às práticas de sexo seguro e à necessidade de prevenção de câncer de colo e de mama entre esse público, que, diante da ausência de acolhimento, acaba se afastando dos serviços de saúde (5-7). Esperamos que, nesse sentido, os resultados de nossa investigação possam contribuir para ampliar essa discussão, particularmente no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde e à construção de políticas e espaços mais acolhedores que contemplem, efetivamente, as diferenças que atravessam os corpos dessas pessoas.

Métodos

Este estudo, de cunho qualitativo, adotou entrevistas em profundidade de forma a permitir um mergulho nas subjetividades, assim como nas características e vivências de cada um(a) dos(as) participantes (8). Estes(as) foram selecionados(as) a partir dos seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 18 anos; se autodeclarar como mulher cisgênera lésbica ou bissexual, ou como homem trans; e morar na Região dos Inconfidentes, MG. Para acessá-los(as), buscamos, inicialmente, integrantes de coletivos feministas e grupos LGBT da região, que nos permitiram tecer uma rede de contatos a partir de novas indicações, tal como proposto na técnica “bola de neve” (9).

Eles(as) foram convidados(as) a participar de uma entrevista após leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas aconteceram entre setembro de 2020 e maio de 2021 por meio de plataformas que permitiam conversa através de vídeo (Google meet®, Skype®, Zoom® e WhatsApp®) devido às medidas sanitárias impostas pela pandemia de covid-19, tendo, cada conversa, uma duração média de 45 minutos. Norteados por algumas perguntas desencadeadoras, adotamos uma postura que permitisse a criação de um espaço dialógico em que o entrevistado sentisse liberdade para compartilhar suas opiniões, crenças e emoções (8-9).

As entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com a ideia de que a narrativa é aquilo que se constrói a partir de uma troca entre, pelo menos, duas pessoas, em um processo em que falas inacabadas, entrecortadas e fora de ordem sobre o vivido adquirem o estatuto de experiência. Uma experiência que, para além dos aspectos singulares, reflete certo contexto sociocultural específico (10). Para mediar esse processo, seguimos a perspectiva da análise de conteúdo (9).

Tomamos, nesse sentido, a sexualidade como um dispositivo que se materializa nos corpos dentro de uma lógica norteada pela matriz de inteligibilidade fundada pela (cis)heteronormatividade. Conforme esclareceu Butler (11), com a teoria de performatividade, o que está em jogo é um processo de repetição que, ao mesmo tempo em que permite a reprodução e a estabilização da norma, também abre a possibilidade para contingências, resistências e subversões dessa matriz. Seguindo essa indicação, apresentaremos as seis narrativas a partir de pontos de encontro e de desencontros das histórias que compartilhamos com os(as) entrevistados(as), de forma a evidenciar não só o contexto sócio-histórico em que elas foram produzidas, mas também as singularidades e potencialidades políticas de cada uma delas. Os resultados decorrentes desse exercício foram cotejados com a literatura

sobre o tema no campo da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais, conforme será debatido nos Resultados e discussão e retomado na Conclusão.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP (parecer n.º 4.046.689; CAAE n.º 28646120.2.0000.5150).

Resultados e discussão

De forma geral, os(as) seis entrevistados(as), como se observa no quadro 1, são adultos(as) jovens, com curso superior completo ou em andamento e, em sua maioria, negros(as), sendo assim impactados pelo racismo estrutural que compõe a nossa sociedade. Referiram possuir renda mensal entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.500,00, correspondente às classes econômicas de baixa renda. Porém, além do nível alto de estudo, os(as) participantes tinham, na ocasião da entrevista, algum engajamento com os movimentos sociais, fato que parece contribuir para a criação de estratégias para transitar de forma um pouco menos problemática pelos serviços de saúde. No entanto, como veremos a seguir, os desafios e as barreiras com que eles(as) se depararam na busca por cuidado não foram muito diferentes daqueles relatados em outros estudos apoiados nas perspectivas de profissionais de saúde (12-13).

Quadro 1. Perfil dos(as) entrevistados(as)

Pseudônimo	Idade	Escolaridade	Auto identificação
Gabi	39	Superior incompleto	Lésbica, negra
Loise	25	Superior incompleto	Lésbica, <i>butch</i> , negra
Bia	32	Superior completo	Bissexual, branca
Quel	23	Superior incompleto	Bissexual, negra
Igor	24	Superior incompleto	Homem trans, negro
Tiago	27	Superior completo	Homem trans, branco

Fonte: elaborado pelos autores

Gabi é uma mulher que se identifica como lésbica e preta. Apesar de dizer que se sente acolhida nos serviços de saúde da região estudada, relatou, com certo desconforto, a recorrência com que é tratada como heterossexual, fato já documentado em outras investigações (4, 14). Ela, contudo, não

recua e faz questão de se afirmar como homossexual para os profissionais não só para ter um diagnóstico mais preciso, mas também para fomentar um cuidado mais direcionado aos corpos marcados por essa particularidade. Apesar da estratégia de se auto afirmar, ela fez o Papanicolau uma única vez e nunca foi orientada a respeito de modos de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Loise, por sua vez, também se identifica como lésbica e negra, mas entende que a sua performatividade de gênero não corresponde aos estereótipos clássicos do feminino, acrescentando o termo *butch* à sua identidade. Isso já a expôs a diversas situações de violência, não só em serviços de saúde – quando, por exemplo, um dentista a perguntou, como se ela fosse um *brother dele*, o que ele achava da bunda de sua secretária –, mas também em circunstâncias sociais em que pessoas LGBT a questionaram se ela não era um homem trans. Para evitar situações como essas, ela passou a preferir profissionais do gênero feminino, estratégia já relatada em outros estudos (15) e que, para ela, nem sempre foi bem-sucedida. Ela se lembrou, nesse contexto, de um episódio em que uma dentista a perguntou como mulheres lésbicas faziam para ter relações sexuais. Loise, em tom jocoso, sugeriu a profissional que experimentasse para saber como era. Vale lembrar, no entanto, que, se, por um lado, essa via do humor pode deixar o profissional constrangido, fazendo-o recuar, por outro, pode ser interpretada como uma atuação violenta, corroborando o lugar de abjeção em que os corpos dissidentes são alocados pela sociedade (15-16), tal como Loise se sentiu diante da insistência da dentista.

De fato, assim como Gabi, Loise nunca encontrou um espaço de cuidado onde pudesse falar tranquilamente sobre suas práticas sexuais e formas de prevenção de IST, situação que a faz evitar o encontro com profissionais de saúde por receio de tratamentos violentos e inadequados.

Eu não vou em médico porque eu não gosto de médico, não gosto de dentista, não gosto de ginecologista, tudo que está ligado à saúde eu tenho pavor (2). Só de pensar, eu já fico nervosa, prefiro fazer um chá de boldo do que ir em um médico. Não procuro porque realmente não gosto, tenho pavor! (Loise)¹ (2)

Isso contribui para que essas mulheres fiquem isoladas do sistema em um contexto em que as deixa ainda mais vulneráveis às diversas formas de sofrimento psíquico e adoecimento orgânico (12,14). A vulnerabilidade se torna, assim, um quadro conceitual fluido, que toma as diferenças “*não como características grupais, fixas, identitárias, e sim como efeitos de relações sociais (...)*” (17). Esse aspecto relacional desloca a vulnerabilidade da lógica individualizante do risco, permitindo que aspectos

¹ Procurou-se manter a sintaxe original dos depoimentos.

singulares e coletivos relacionados à forma e ao grau de exposição a certa situação, assim como ao acesso a recursos para enfrentamento, sejam contemplados.

É fundamental, portanto, que o cuidado integral em saúde inclua essas questões de caráter biopsicossocial – incluindo a prevenção de IST (18) –, sobretudo quando se trata de mulheres atravessadas por marcadores, tais como raça e condição socioeconômica, que as colocam em situações menos favoráveis, como é o caso de Loise e Gabi. Isso não significa reduzir essas pessoas aos seus aspectos orgânicos e sexuais, criando espaços hostis em que as pessoas se sintam constrangidas e violentadas, tal como relatado por ambas as entrevistadas em episódios em que as suas orientações sexuais foram hipervisibilizadas de forma descontextualizada e desnecessária.

Bia, mulher branca e bissexual, relatou, nesse contexto, uma outra forma de violência, que, embora seja mais silenciosa, também pode causar sofrimento e prejudicar o vínculo com o profissional: a indiferença. Após um processo terapêutico em que ela pôde falar abertamente de sua orientação sexual, ela adotou a postura de não recuar em relação ao tema quando buscava cuidado em saúde. Apesar de ter tido experiências em que se sentiu acolhida pelos profissionais, ela comentou que a única vez em que um ginecologista a perguntou sobre sua orientação sexual, não houve qualquer aprofundamento na questão. De fato, a revelação de orientações e práticas dissidentes pode causar constrangimentos nos profissionais pouco sensibilizados ou capacitados para o atendimento dessas pessoas. Após a verbalização da identidade, muitos(as) usuários(as) percebem o desconforto de profissionais, com rápida mudança de assunto, incapacidade de continuar a comunicação ou mesmo expressando incredulidade (19).

No caso das pessoas bissexuais, essa postura é especialmente comum, tendo-se em vista que essa identidade remete mais a uma fluidez do desejo e a uma maneira de “estar” no mundo do que propriamente a uma forma fixa de “ser”. Isso subverte a gramática estatal, que comporta apenas o “sou” como possibilidade de resposta, gerando descrença e apagamento dessa identidade política (20). Esse fenômeno está presente não apenas nos espaços de cuidado em saúde, pois envolve toda a sociedade, tal como Quel, mulher negra bissexual, destacou ao relatar a reação de sua mãe.

Depois de um tempo ela [a mãe] disse que eu teria que escolher um ou outro (no caso, o menino, ela queria que eu escolhesse o menino). Mas ela disse “já que você disse que é isso, você vai ter que escolher. Eu te aceito hétero, eu te aceito até sapatão, mas os dois, não!” [...] como depois disso eu acabei me envolvendo mais com rapazes, ela entende que eu estou heterossexual. (Quel) (2)

Quel teve uma experiência semelhante quando procurou um serviço de saúde, e o profissional prontamente marcou em um formulário que ela era heterossexual. Apesar de ela ter reivindicado a retificação de sua orientação sexual e contornado a situação, ela percebe que os atendimentos partem do pressuposto de que ela faz sexo apenas com homens, fato que a impede de esclarecer outras questões como, por exemplo, prevenção de IST em relacionamentos com outras mulheres. Isso pode gerar uma atitude negativa em relação à própria sexualidade e uma tendência a internalizar estigmas (21). Quel também comentou que, para além da questão relacionada à orientação sexual, percebe que tem algo relacionado ao racismo que permeia a sua busca por cuidado, o que a faz se afastar dos serviços de saúde.

Eu tenho um problema com meu ciclo menstrual, que é terrível. A dor que eu sinto na cólica é muito forte. E eu já fui em alguns médicos para ver a possibilidade de algum remédio para tirar essa dor, mas o que eu queria mesmo era tirar meu útero. E me disseram que não, que eu tenho que aguentar, e que é isso mesmo. E eu fico pensando se eles não encontram essa solução para essa dor por eu ser uma mulher negra. Que eu sou forte! E já fiz muitos exames, inclusive achei que tivesse endometriose, mas não. E uma vez, quando estava para chegar esse período, uma psicóloga falou para eu procurar um médico. E eu falo “não vou, eles vão me falar que esse é meu corpo, que tenho que aguentar e que eu tenho que voltar para casa!” (Quel) (2)

Em sua narrativa, Quel faz uma reflexão profunda sobre a objetualização da mulher negra em nossa sociedade, especialmente quando esse marcador vem acompanhado da bissexualidade, fato que pode contribuir para que esse último aspecto seja omitido por algumas pessoas em certos momentos. Vale destacar que, se por um lado, a ocultação da identidade sexual e de gênero se associa a maior risco de estresse psicológico, por outro, pode funcionar como estratégia de proteção contra estigmatização e violências diversas, a depender da circunstância (21). Igor, homem trans negro, contou que, apesar de fazer hormonioterapia, regula a sua performatividade de gênero de acordo com os lugares em que circula. Especialmente no trabalho e na família, espaços onde não se sente acolhido, ele prefere não se assumir como trans. Não é por acaso que ele tem postergado a retificação dos documentos e a adesão plena às formas de cuidado propostas pelo profissional que o acompanha.

Além das questões subjetivas relacionadas ao comportamento de Igor, ele enfatizou algumas dificuldades mais pragmáticas com as quais se depara em seu processo de transição como, por exemplo, os horários de funcionamento dos serviços de saúde que são incompatíveis com o seu trabalho, o preço dos hormônios que não são disponibilizados pelo SUS, a falta de acolhimento e o “não saber” dos profissionais. Esse último elemento já foi discutido em outros estudos (12-13), que evidenciaram como essa forma tácita de violência está mais relacionada a um “não querer saber” e a um “não querer atender” do que propriamente à falta de informação. Isso reforça a importância de que

os processos de educação em saúde não sejam reduzidos à transmissão da técnica e incluam estratégias de sensibilização e de reflexão acerca dos preconceitos e julgamentos que fazem parte da constituição subjetiva dos profissionais.

Tiago, homem trans branco, destacou esse ponto ao contar que, após enfrentar muitas dificuldades, sobretudo após iniciar o processo de afirmação de gênero e não poder mais ocultar a sua identidade, se deparou com profissionais da Atenção Primária mais sensíveis às suas demandas. Esse tipo de posicionamento do profissional de um serviço que deve funcionar como a porta de entrada do SUS pode contribuir para um diminuir os altos índices de automedicação entre homens trans (12,15,22), garantindo formas de cuidado mais acessíveis, rápidas e seguras e reduzindo os índices de vulnerabilidade de seus corpos. Isso envolve não apenas a hormonioterapia, mas também as ações de prevenção de IST, de câncer de colo e de útero, assim como aquelas voltadas para a fertilidade em homens trans que desejam gestar em algum momento de suas vidas, como é o caso de Tiago, que ainda não encontrou esse tipo de oferta nos serviços que frequenta.

Mas quando eu fui para Ouro Preto para estudar, não fui à procura da transição, tive a sorte de conhecer esses médicos que falaram: “olha eu não sei nada sobre o assunto, mas me dá um tempo que vou estudar e você volta daqui a 30/60 dias que já terei um pouco mais de conhecimento”. E assim nós fizemos! Para quem esperou 26 anos, 30, 60 dias não era nada, né?! (Tiago) (2)

Para além das demandas particulares de cada grupo, conforme ressaltamos anteriormente, é preciso pensar em lógicas de cuidado que sejam verdadeiramente integrais e humanizadas e que contemplem não só toda a dimensão psicossocial do(a) usuário(a), mas também o seu protagonismo nos processos assistenciais. Isso implica, necessariamente, conhecer as diversas dimensões das vulnerabilidades que se formam a partir do intercruzamento dos marcadores sociais das diferenças. Por exemplo, como é possível oferecer uma forma de cuidado adequada para Igor desconsiderando a sua negritude e a fragilidade da rede de apoio com a qual o racismo estrutural de nossa sociedade contribui ativamente? Como construir um plano terapêutico para abordar a dor abdominal crônica que tanto incomoda Quel sem levar em conta a sua percepção de que os profissionais não legitimam o seu sofrimento porque entendem que um corpo negro é mais forte e resistente a esse tipo de acontecimento? Como pensar em uma abordagem ginecológica adequada para Gabi e Loise desprezando o fato de que elas dependem exclusivamente do SUS, pois não têm condições financeiras de acessar a rede de saúde particular? Esperamos que os resultados de nossa investigação possam fomentar essas e outras reflexões de forma a incentivar uma constante reinvenção das práticas de saúde

no intuito de criar espaços mais acolhedores, onde as diferenças possam efetivamente circular. Os profissionais da Atenção Primária, nesse caso, assumem um lugar de destaque nesse processo de transformar e ampliar as formas de cuidado voltadas para a população LGBT, tendo-se em vista que eles atuam em um espaço que deve funcionar como porta de entrada do sistema de saúde.

Conclusão

Retomando o princípio da equidade, com o qual iniciamos este artigo e sobre o qual nos propomos a debruçar ao visibilizar a população LGBT, o que podemos reforçar após acompanhar, por meio das entrevistas, as existências, as buscas, os encontros e os desencontros no cuidado em saúde que nos foram relatados é que não surpreende que essa população se encaixe nos piores indicadores em saúde que a população (cis)heterossexual. Destacamos, neste estudo, as pessoas que se autodeclaram como mulheres cisgêneras lésbicas, bissexuais, ou como homens trans, que, de acordo com a lógica patriarcal e binária, estão, ao longo da vida, particularmente expostas à misoginia e ao sexismo. O gênero assinalado pelo nascimento e pela socialização pretende se impor e prescrever comportamentos e estereótipos que sustentam uma divisão entre polos opostos dentro de um sistema que pressupõe uma continuidade entre sexo, gênero e desejo. Nesse contexto, a feminilidade, moldada pela cultura, provê um lugar de complacência em relação às expectativas do homem cisgênero e heterossexual.

Observamos, nesta investigação, que esse tipo de socialização alcança a formação dos profissionais de saúde e se reflete em suas práticas de cuidado. Ao abordar as narrativas das sujeitas e sujeitos, percebemos que mulheres lésbicas e bissexuais e homens trans enfrentam dificuldades de acesso a um cuidado adequado às suas expectativas e necessidades e que, muitas vezes, evitam os atendimentos pela vivência de tratamentos violentos e inadequados. Tendo-se em vista que os profissionais de saúde ocupam um lugar de poder outorgado pela detenção do saber, é preciso pensar em estratégias que possam verdadeiramente engajá-los na mudança dessa realidade. Isso se torna particularmente importante quando se trata de profissionais que trabalham na Atenção Primária, porta de entrada do nosso sistema de saúde.

É fundamental, nesse contexto, fomentar um cuidado integral em saúde que seja capaz de abarcar a diferença e suas implicações, sobretudo quando se trata de pessoas atravessadas por marcadores, como raça e condição socioeconômica, que as colocam em situações menos favoráveis.

Nesse processo, é preciso estar atento para não reduzir essas pessoas aos seus aspectos sexuais, criando espaços hostis, em que elas se sintam constrangidas e violentadas. Acreditamos que, para isso, seja necessário investir em processos de educação em saúde que não estejam focados exclusivamente na transmissão da técnica (23), mas que estejam abertos à reflexão e ao conhecimento dos preconceitos e estigmas que atravessam esse grupo populacional em especial.

Esperamos que as reflexões aqui tecidas possam se desdobrar em outras, potencializando as discussões sobre o tema que lançamos ao debate neste artigo, tendo como base a investigação realizada no contexto do mestrado. O cuidar, eixo de nossa preocupação, é um ato social que deve ser desenvolvido desde a mais tenra idade em um processo de troca em que o outro se faça realmente presente. A nossa expectativa é, portanto, de que as narrativas aqui apresentadas alcancem uma escuta atenciosa e reflexiva, muito mais que uma leitura passiva, pois, por trás de cada história compartilhada, uma voz gritou, pediu, formulou e ecoou um desejo; conclamou, enfim, todos(as) não só para um ouvir atencioso, mas para uma escuta que gere significados, que oportunize a construção, ou se não tanto, a percepção de uma alteridade que nos alinhe e nos certifique de que, dentro de nossas singularidades, somos iguais no que se refere ao direito à saúde, ao acolhimento e ao usufruto do nosso corpo e de nossa sexualidade (2). A confirmação disso só é possível com ações concretas e cotidianas que nos permitam vislumbrar que nossa humanidade e o esplendor de nossas diferenças – as quais deveriam nos ampliar e não nos fazer encolher – só podem ser construídas nas relações de alteridade, de empatia e de respeito por si mesmo e pelo outro.

Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Referências

- (1) Pelúcio L. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à AIDS. *Saude soc.* 2011; 20:76-85.
- (2) Coelho, BSP. Somos de todas as cores: narrativas de acesso à saúde de mulheres cis lésbicas e bissexuais e de homens trans. 2021. 98 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Escola de Medicina, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2021.
- (3) Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis* 2009; 19(2):301-31.
- (4) Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad.Saúde Pública* 2009; 25(2): s291-s300.
- (5) Corcoran N. Promoting health in lesbian and bisexual women: it is not just about behaviour change. *Journal of clinical nursing* 2017; 26(21-22): 3742-50.
- (6) Grant R, Nash M. Navigating unintelligibility: Queer Australian young women's negotiations of safe sex and risk. *Journal of Health Psychology* 2018; 23(2): 306-319.

- (7) Barbosa RM, Koyama MAH. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(7): 1511-4.
- (8) Moré CLOO. A "entrevista em profundidade" ou "semiestruturada", no contexto da saúde. In: Atas 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação; 2015 ago 5-7; Aracaju, SE. Goiânia: UFG; 2015. p. 126-31. Vol. 3.
- (9) Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC; 1992.
- (10) Onocko-Campos RT, Palombini AL, Leal E, Serpa Junior OD, Baccari IOP, Ferrer AL, et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciênc saúde coletiva* 2013;18(10):2847-57.
- (11) Butler J. *Cuerpos que importan: sobre los limites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós; 2015.
- (12) Costa-Val A, Manganelli MS, Moraes VMF, Cano-Prais HA, Ribeiro GM. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Physis* 2022; 32(2): e320207.
- (13) Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2019; 23: e180279.
- (14) Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis* 2011; 21(4): 1451-67.
- (15) Pereira LBC, Chazan, ACS. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2019; 14(41):179.
- (16) Muller MI, Knauth DR. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado!'. *Cad EBAPEBR*; 2008; 6(2): 01-14.
- (17) Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39.
- (18) Andrade J, Ignácio MAO, Freitas APF, Parada CMGL, Duarte MTC. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Ciênc saúde coletiva* 2020; 25(10): 3809-19.
- (19) Ferreira BO, Bonan C. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT. *Ciênc saúde coletiva*; 2020; 25(5): 1765-78.
- (20) Facchini R. De homossexuais a LGBTQIAP+: sujeitos políticos, saberes, mudanças e enquadramentos. In: Facchini, R, França, IL, organizadores. *Direitos em disputa: LGBT+, poder e diferença no Brasil contemporâneo*. Campinas/SP: Ed. Unicamp, 2020; 1: 31-69.
- (21) Gomes G, Costa PA, Leal, I. Impacto do estigma sexual e coming out na saúde de minorias sexuais. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2020; 21(1): 97- 103.
- (22) Braz C. Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. *Cad Saúde Pública* 2019; 35(4): e00110518.
- (23) Val AC, Mesquita LM, Rocha V de A, Cano-Prais HA, Ribeiro GM. "Nunca Me Falaram sobre Isso!": o Ensino das Sexualidades na Perspectiva de Estudantes de uma Escola Federal de Medicina. *Rev bras educ med* 2019; 43(1):108-18.

Como citar

Coelho BSP, Val AC, Teixeira RF, Figueiredo AM. Narrativas de mulheres lésbicas, bissexuais e homens trans sobre o acesso ao cuidado em saúde. *Revista Portal Saúde e Sociedade*, 9 (único): e02409008esp. DOI: 10.28998/rpss.e02409008esp



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

Conflito de interesses

Sem conflito de interesses

Financiamento

Sem apoio financeiro

Contribuições dos autores

Concepção e/ou delineamento do estudo: BSPC, ACV, AMF. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: BSPC, ACV, RCT, AMF. Redação preliminar: BSPC, ACV, AMF. Revisão crítica da versão preliminar: BSPC, ACV, AMF, RCT. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.