

# MULHERIDADES DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ NO ACESSO À SAÚDE: QUANDO O LAÇO QUE NOS UNE É A VIOLÊNCIA

*Letícia Barcellos Castelar Vieira<sup>1</sup>*

## INTRODUÇÃO

O direito humano à saúde é reconhecido por meio de grandes tratados internacionais como a Declaração Internacional de Direitos Humanos, promulgada no final dos anos 40. No Brasil, o reconhecimento deste deu-se através da mais recente Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a qual entende a saúde não só como ausência de doenças, mas como um completo estado de bem-estar, e para tal o acesso à serviços de saúde não deve ter barreiras de qualquer natureza.

A relação entre saúde e estigma ocorre em cenários distintos, no entanto, aqui discutiremos sobre as pessoas que são estigmatizadas por conta de características sexuais, físicas, comportamentais e afins. Por conta do estigma existente, as pessoas que integram a população LGBTQIA+ podem afastar-se dos serviços de saúde por medo de um tratamento ruim ou degradante ou até mesmo da rejeição, contrariando o princípio constitucional de um acesso universal e igualitário.

Ao falar de preconceito e discriminação, estamos tratando de temas amplos e complexos, mas que possuem dinâmicas psicológicas próprias. Sob a luz da Psicologia Social, entendemos preconceito como uma atitude negativa adotada frente a um grupo social como um todo ou dirigida a um indivíduo, em função de seu pertencimento a tal grupo social (ALLPORT, 1971). Assim, preconceitos são atitudes, ou seja, se caracterizam por julgamentos prévios com componentes afetivos, disposicionais e cognitivos como crenças e estereótipos. Tal processo psicossocial está na base da discriminação, e essa última pode ser definida como um conjunto de ações e comportamentos contra um grupo social ou indivíduos pertencentes a ele.

A literatura atual aponta para uma série de estigmas, preconceitos e discriminações sofridos pela população LGBTQIA+ no Brasil, às quais tem suas origens

---

<sup>1</sup> Mestranda do Curso de Psicologia do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro - UFRRJ, [lbarcellosc@ufrj.br](mailto:lbarcellosc@ufrj.br).

desde o período da colonização europeia no país, e passam pela produção de categorias de patologias pela Medicina, Psiquiatria e Psicologia. Nas legislações vigentes, considera-se que esta população vive em situação de vulnerabilidade e este cenário social também aparece nos dispositivos de saúde para a população LGBTQIA+.

Este fato se coloca como uma barreira para o acesso à dispositivos que ofereçam cuidados em saúde, por mais que existam uma série de legislações que vislumbram assegurar a efetivação do direito à saúde no Brasil. E para solucionar esse problema de saúde pública, na última década foi criada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a qual afirma que “a garantia ao atendimento à saúde é uma prerrogativa de todo cidadão e cidadã brasileiros, respeitando-se suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais” (BRASIL, 2013 p. 6).

Assim, durante a realização do Trabalho de Conclusão de Curso da autora, foram feitas uma série de entrevistas com estudantes LGBTQIA+ universitários a fim de conhecer o efeito das políticas de saúde voltadas para esta população sob a ótica deles mesmos, analisar as formas de acesso à dispositivos de saúde e compreender, através de entrevistas, a visão de pessoas da comunidade LGBTQIA+ universitária sobre suas experiências de acesso à saúde em seu território e a qualidade destas.

Ao longo da realização dessa pesquisa, para fins de análise de dados, houve a separação dos participantes entre homens, mulheres e pessoas não binárias. Dessa forma, a população de mulheres ganhou destaque por ter sido o grupo que mais compartilhou relatos de violências e/ou negligências em seus atendimentos de saúde.

## METODOLOGIA

A realização deste trabalho deu-se através de pesquisa bibliográfica sobre a construção do direito social à saúde no Brasil, os processos de estigma, preconceito e discriminação em saúde. A pesquisa de campo contou com 15 participantes estudantes de graduação da UFRJ, destaca-se aqui o conjunto das mulheres: 4 mulheres cisgênero lésbicas, 2 mulheres cisgênero bissexuais e 1 mulher transgênero heterossexual. As idades variam entre 21 e 25 anos, dentre elas 4 cursam Psicologia, 1 cursa Ciências Sociais, 1 cursa História e 1 cursa Direito.

Os procedimentos usados nas entrevistas estão de acordo com os Critérios de Ética na Pesquisa com Seres Humanos segundo a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução garante o sigilo daqueles que

concordaram em participar das entrevistas, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, numeração CAEE 69330223.0.0000.5282.

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e utilizou-se da estratégia bola de neve para compor sua amostragem. Esta estratégia é caracterizada por apropriar-se de uma cadeia de referência para encontrar seus participantes. Esta forma de amostra é muito comum quando a pesquisa está relacionada a questões problemáticas ou sensíveis aos entrevistados (VINUTO, 2014). Na presente pesquisa, as participantes são estudantes LBT da UFRRJ, as quais foram localizadas a partir de vínculos e contatos da própria pesquisadora e, a partir disso, as primeiras entrevistadas também ajudaram a localizar outros possíveis entrevistadas.

As entrevistas foram semi estruturadas e aconteceram de maneira remota e também presencial, de acordo com a disponibilidade e conforto dos entrevistados. A partir disso, elas foram transcritas e analisadas por meio do método cartográfico, o qual ambiciona alcançar a pluralidade de vozes na experiência através da fala, colocando-se como um dispositivo privilegiado para uma intervenção compartilhada (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013). Assim, a escolha da entrevista como instrumento para viabilizar esse trabalho mostrou-se muito potente para promover reflexões e analisar a experiência do acesso à saúde do usuário LGBTQIA+.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as mulheres cisgênero, com exceção de uma entrevistada bissexual, todas elas relatam ter medo de sofrer alguma discriminação ou violência no atendimento em ginecologistas por razão de sua orientação sexual ou de sua performance de gênero. Os relatos analisados mostram que estas mulheres afastam-se de serviços de saúde ou escondem sua orientação sexual por medo.

Este medo não deveria existir, uma vez que o acesso à serviços de saúde deveria ser universal, o que está garantido em lei há mais de 30 anos. No entanto, elas demonstram que o medo de expor sua sexualidade dissidente passa por: medo de passar por alguma discriminação ou constrangimento, e medo de ter algum exame negado.

Existem experiências compartilhadas apenas por mulheres lésbicas que não performam feminilidade, as quais dizem respeito a uma dúvida dos profissionais de saúde quanto à sua cisgeneridade, mesmo que elas tenham afirmado-se como tal. Uma das entrevistadas relata acreditar que a sua performance de gênero faz com que os profissionais de saúde não ofereçam cuidado da mesma forma que oferecem a mulheres com uma performance mais feminina que a sua.

No que diz respeito aos atendimentos psicoterapêuticos, a única mulher trans entrevistada afirmou nunca ter frequentado psicoterapia porque nunca encontrou uma recomendação de um profissional em quem confiasse falar sobre seu gênero. Duas mulheres bissexuais e uma lésbica relatam sentirem certo receio em compartilhar questões relacionadas à sua orientação sexual, seja por experiências anteriores, relatos de amigos ou tabu.

Em entrevista, uma das mulheres lésbicas compartilhou que sua antiga psicóloga a acusou de relacionar-se com mulheres apenas para contrariar sua família, um movimento que a fez se afastar da psicoterapia por anos. Uma das mulheres bissexuais relata que ao ser atendida em um dispositivo de saúde do seu município, ouviu que ela estava apenas passando por uma fase de sua juventude, e que não era uma informação médica relevante.

Uma das entrevistadas bissexuais e uma entrevistada trans compartilharam experiências em que consideram ter recebido um bom atendimento dos profissionais de saúde, mas que estes não trouxeram respostas que elas considerassem satisfatória às suas demandas, uma vez que esses profissionais demonstraram desconhecimento de suas especificidades em saúde. O desconhecimento de suas especificidades levou a encaminhamentos equivocados ou até mesmo negligentes no que diz respeito à saúde sexual.

No que diz respeito a exames solicitados por profissionais de saúde, uma delas conta ter sido impedida de realizar mamografia e exame preventivo em razão de sua orientação sexual. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2013) já indicava para dados de 2002 que apontam para situações semelhantes a vivenciadas por ela recentemente.

Uma das entrevistadas lésbicas relatou uma situação diferente das demais entrevistadas, na qual o desconforto vivenciado por ela não veio por parte de nenhum profissional de saúde, mas de outros usuários daquele dispositivo de saúde na sala de espera. A percepção dessa usuária traz a ela a sensação de que não deveria estar naquele lugar, uma vez que sentiu-se discriminada pelos demais usuários.

Ser uma entrevistadora lésbica teve um impacto profundo ao realizar essas entrevistas. Para as pessoas entrevistadas, estar diante de outra pessoa da comunidade LGBTQIA+ proporcionou um ambiente mais seguro para compartilhar as experiências vividas. Pessoalmente, ouvir tantos relatos de violações de direitos trouxeram lembranças de experiências muito similares às que foram ouvidas, o que causou profunda angústia. Estar diante de histórias tão similares às vivências pessoais trouxe um sentimento de impotência, por estar diante de uma realidade compartilhada por muitas pessoas.

Apesar de ser o foco da pesquisa, o cenário encontrado nas entrevistas está longe de ser um cenário desejado. No entanto, mesmo diante do sentimento de impotência exposto, e outrora experimentado, realizar esta pesquisa e entrevistas trouxe também a sensação potente de dar ouvidos às histórias que precisam ter voz, e que precisam ecoar para além da escrita deste trabalho, de forma que mudem a realidade apresentada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Barreiras formais ou simbólicas que impedem o acesso à saúde configuram-se como violações a um direito humano, e também a um direito social garantido constitucionalmente. As políticas específicas em saúde para a população LGBTQIA+ constituem-se como uma ferramenta para alcançar o princípio do SUS da universalidade, pois estas contribuem para enfrentar e superar as desigualdades no acesso aos cuidados em saúde.

Além disso, tais políticas públicas também têm a proposta de promoção de equidade em saúde, uma vez que reconhecem os processos de estigmatização, discriminação e patologização voltados à orientações sexuais e identidade de gêneros dissidentes da cisheteronormatividade. É importante lembrar que tais políticas de saúde são fruto de luta e pressão dos movimentos sociais LGBTQIA+ e da sua aliança com as esferas de gestão nacionais, estaduais e municipais.

As entrevistas realizadas revelaram que, apesar da PNSI tratar da população LGBTQIA+ como um todo, este grupo populacional apresenta demandas distintas entre si, e existem lacunas maiores e menores de uma letra da sigla para outra. As mulheres cisgênero ainda são vistas sob uma ótica materno-infantil na saúde, o que faz com que as mulheres cis que relacionam-se mulheres cis fiquem no lugar da abjeção, do lugar desconhecido e desvalorizado. Entre as transgeneridades, seus maiores aliados parecem ser a própria comunidade, mais do que os serviços formais de saúde.

As mulheres trans ou cisgênero compartilham de um grande desconhecimento e despreparo profissional para lidar com as suas questões específicas principalmente no que tange a saúde sexual. Para mulheres trans, o preconceito institucional parece ser o mais hostil, pois não há investimentos suficientes para suprir as suas demandas, o que vai além de um preparo médico para lidar com suas questões em saúde. Para as bissexuais, além de compartilharem com as lésbicas esse não saber sobre suas questões de saúde, há também o enfrentamento a estereótipos que invisibilizam a suas vivências, o que também as afasta dos serviços de saúde.

É inegável que a evolução de políticas públicas, legislações, resoluções e afins trouxeram uma grande mudança no cenário nacional, uma vez que reconhecem direitos historicamente negados à população LGBTQIA+, o que oferece um respaldo legal para cobranças de sua efetivação. As políticas existentes trazem a possibilidade de um cuidado digno a este grupo populacional, por mais que muitos dos entrevistados tenham encontrado profissionais ou equipamentos de saúde que não praticassem tais políticas, também podemos observar que alguns deles encontram profissionais e equipamentos que respeitam e acolhem suas demandas, como prevê a política vigente.

Dessa forma, conclui-se que essa série de políticas e marcos históricos em relação à saúde para a população LGBTQIA+ trazidos neste trabalho não terão o efeito esperado e necessário, enquanto não houver uma mudança estrutural nos currículos acadêmicos dos profissionais de saúde. Os objetivos das políticas de equidade para a população LGBTQIA+ e de outras minorias sociais devem estar no currículo básico de formação dos profissionais de saúde e não deve depender da busca pessoal por formação continuada. Além disso, a educação permanente em saúde, como prevista em diversas políticas públicas elencadas aqui, deve estar no cotidiano dos dispositivos de saúde em qualquer território, uma vez que estes precisam rever suas práticas e rotinas.

**Palavras-chave:** LGBTQIA+, Saúde; Acesso à Saúde; Mulheres; Violência.

## REFERÊNCIAS

ALLPORT, G. W. La naturaleza del prejuicio. 4º ed. Buenos Aires: Eudeba Universitaria, 1971.

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**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, p. 299-322, 2013.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.