

**A heteronormatividade e a saúde de mulheres bissexuais e lésbicas universitárias****Heteronormativity and the health of bisexual women and lesbians in university****La heteronormatividad y la salud de mujeres bissexuales y lesbianas universitarias**

 Naiara Regner da Silva<sup>1</sup>,  Marina Soares Mota<sup>2</sup>,  Luís Felipe Hatje<sup>3</sup>,  
 Victoria Leslyê Rocha Gutmann<sup>4</sup>,  Carolina Coutinho Costa Vallejos<sup>5</sup>,  Camila Daiane Silva<sup>6</sup>

**Recebido:** 07/12/2021 **Aprovado:** 23/07/2022 **Publicado:** 30/09/2022

**Objetivo:** conhecer a percepção de mulheres bissexuais e lésbicas universitárias sobre a heteronormatividade e sua influência na saúde. **Método:** estudo descritivo, quali-quantitativo, realizado no primeiro trimestre de 2020, com mulheres bissexuais e lésbicas acadêmicas de graduação e/ou pós-graduação por meio de questionário *online*. Os dados foram tratados pela Análise de Conteúdo e estatística descritiva. **Resultados:** participaram 163 mulheres, das quais 110 se declararam bissexuais e 53 lésbicas, das quais 140 eram discentes da graduação, idade entre 18 e 29 anos (93,87%), 57% informavam a orientação sexual nos atendimentos em saúde e 28,83% não informavam. Nas percepções a heteronormatividade influencia na saúde em 73,62%. Duas categorias foram construídas: “*A percepção da heteronormatividade e as implicações culturais, sociais e políticas de saúde*” e “*A heteronormatividade e as implicações pessoais em saúde*”. Pela heteronormatividade tem-se: danos à saúde, mental ou física; orientação sexual invisibilizada; falta de campanhas publicitárias e conhecimento insuficiente dos profissionais de saúde, inclusive sobre as sexualmente transmissíveis. **Conclusão:** atuar mais sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais é importante tanto em termos de políticas públicas, como num maior preparo dos profissionais envolvidos.

**Descritores:** Minorias sexuais e de gênero; Normas de gênero; Homossexualidade feminina; Bissexualidade; Atenção à Saúde.

**Objective:** to know the perception of lesbians and bisexual and women in university about heteronormativity and its influence on health. **Methods:** descriptive, quali-quantitative study, carried out in the first quarter of 2020, with undergraduate and/or graduate academic lesbians and bisexual women through an online questionnaire. Data were treated by Content Analysis and descriptive statistics. **Results:** 163 women participated, of which 110 declared themselves to be bisexual and 53 lesbians, of which 140 were undergraduate students, aged between 18 and 29 years (93.87%), 57% reported their sexual orientation in health care, and 28.83% did not inform it. On the perceptions of 73.62% of participants, heteronormativity influences health. Two categories were constructed: “*The perception of heteronormativity and the cultural, social and political implications for health*” and “*Heteronormativity and the personal implications for health*”. By heteronormativity, we have: damage to health, mental or physical; invisible sexual orientation; lack of advertising campaigns and insufficient knowledge of health professionals, including about sexually transmitted diseases. **Conclusion:** acting more on the health of lesbians and bisexual women is important both in terms of public policies and in a better preparation of the professionals involved.

**Descriptors:** Sexual and gender minorities; Gender norms; Homosexuality, female; Bissexuality; Delivery of health care.

**Objetivo:** conocer la percepción de las mujeres bissexuales y lesbianas universitarias sobre la heteronormatividad y su influencia en la salud. **Método:** estudio descriptivo, cuali-cuantitativo, realizado en el primer trimestre de 2020, con mujeres bissexuales y lesbianas académicas en pregrado y/o postgrado por medio de un cuestionario *online*. Los datos se trataron mediante Análisis de Contenido y estadística descriptiva. **Resultados:** Participaron 163 mujeres, de las cuales 110 se declararon bissexuales y 53 lesbianas, de las cuales 140 estaban en el pregrado, edad entre 18 y 29 años (93,87%), 57% informaban de la orientación sexual en las consultas de salud y 28,83% no informaban. En las percepciones, la heteronormatividad influye en la salud en un 73,62%. Se construyeron dos categorías: “*La percepción de la heteronormatividad y las implicaciones culturales, sociales y políticas de salud*” y “*La heteronormatividad y las implicaciones personales en salud*”. Por heteronormatividad se comprende: daños a la salud, mental o física; orientación sexual invisibilizada; falta de campañas publicitarias e insuficiente conocimiento de los profesionales de la salud, incluso sobre las enfermedades de transmisión sexual. **Conclusión:** actuar más sobre la salud de las mujeres lesbianas y bissexuales es importante tanto en términos de políticas públicas, como en la mayor preparación de los profesionales involucrados.

**Descriptores:** Minorías sexuales y de género; Normas de género; Homossexualidad femenina; Bissexualidad; Atención a la Salud.

Autor Correspondente: Victoria Leslyê Rocha Gutmann - victorialeslye@gmail.com

1 Enfermeira. Rio Grande/RS, Brasil.

2 Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPel, Pelotas, RS, Brasil.

3 Programa de Pós Graduação em Educação em Ciências pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande/RS, Brasil.

4 Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis/SC, Brasil.

5 Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FURG, Rio Grande/RS, Brasil.

6 Curso de Graduação em Enfermagem da FURG, Rio Grande/RS, Brasil.

## INTRODUÇÃO

**A**lém do sexo anatômico que define, biologicamente, homem e mulher por meio de sua fisionomia, existe a identidade de gênero, a orientação sexual e a expressão de gênero. A identidade de gênero se refere à maneira como a pessoa se auto define, podendo estar de acordo com o sexo do nascimento, ou seja, cisgênero, ou em discordância, isto é, transgênero. Ainda, a identidade de gênero pode não se adequar ao gênero binário e dicotômico, de modo que o indivíduo se identifique como gênero fluido e ambíguo ou agênero<sup>1</sup>.

A orientação sexual, por sua vez, dialoga diretamente com a expressão da sexualidade, desejo e atração afetiva e sexual. Logo, pode ser apresentada como hétero, homo, bi ou pansexual. Heterossexualidade consiste no desejo afetivo e/ou sexual pelo sexo oposto. Enquanto homossexualidade consiste na atração por pessoas do mesmo gênero, de forma que a mulher homossexual é denominada lésbica e o homem é chamado de gay. Além disso, há o indivíduo bissexual, o qual se sente atraído por ambos, feminino e masculino. Por último, o pansexual sente atração afetiva ou sexual independente do gênero<sup>1</sup>.

Apesar da vasta diversidade acerca da sexualidade, padrões de comportamento historicamente construídos e naturalmente incorporados aos contextos masculino e feminino presumem a heterossexualidade compulsória dos indivíduos, denominada como heteronormatividade<sup>2</sup>. Falar sobre sexualidade, corpo e gênero, muitas vezes, é motivo de inquietação, dúvidas e tabus, de forma que orientações sexuais distintas da heterossexual são desconhecidas, ignoradas e até mesmo perseguidas<sup>3</sup>. As mulheres bissexuais e lésbicas são duplamente marginalizadas, primeiro por serem biologicamente mulheres, segundo por estarem num contexto hierarquizante e normativo das relações de dominação e submissão ao homem, bem como, por se distanciarem da determinação da reprodução, quebrando o paradigma historicamente imposto sobre a mulher<sup>4</sup>.

As formas como as mulheres bissexuais e lésbicas são vistas pela sociedade refletem em diferentes setores de suas vidas, inclusive no campo da prevenção de agravos e da promoção da saúde<sup>5</sup>. Falhas no acolhimento e preparo dos profissionais, acrescidos do preconceito, contribuem para o afastamento desta população nos serviços de saúde. Muitas vezes, em consultas, presume-se a heterossexualidade da paciente, contribuindo para que as necessidades da mulher bissexual ou lésbica não seja atendida ou abordada<sup>6</sup>.

Logo, a heteronormatividade gera consequências diretas e indiretas para a saúde das mulheres bissexuais e lésbicas, tais como: problemas menstruais, mamários, renais e de bexiga, câncer do colo de útero, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), uso e dependência de

álcool, tabaco e outras drogas, ansiedade, depressão, além de violências das mais diversas, desde verbal, psicológica, física e inclusive sexual<sup>2</sup>.

Assim, apesar dos direitos sexuais e reprodutivos conquistados, como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT+), ações que promovam efetivamente a saúde da mulher bissexual e lésbica permanecem escassas<sup>7</sup>. Desse modo, a área da saúde, especialmente a enfermagem, tem um papel crucial no atendimento e visibilidade de populações em vulnerabilidade, uma vez que são os profissionais mais próximos da população nos serviços de saúde. Portanto, sua atuação pode contribuir para um atendimento com maior equidade e igualdade na saúde e no meio social<sup>6</sup>.

Acredita-se que conhecer a percepção de mulheres bissexuais e lésbicas universitárias sobre a heteronormatividade e sua influência na saúde contribuirá para identificar as demandas desse público, bem como pensar em estratégias que contemplem as suas necessidades nas práticas assistenciais. Dessa forma, este estudo tem como objetivo conhecer a percepção de mulheres bissexuais e lésbicas universitárias sobre a heteronormatividade e sua influência na saúde.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de cunho quali-quantitativo, desenvolvida por meio de questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas, disponibilizado de forma *online* na plataforma *Google Forms*<sup>®</sup>. A pesquisa teve como questão norteadora: *Qual a percepção de mulheres bissexuais e lésbicas universitárias sobre a heteronormatividade e sua influência na saúde delas?*

O *Google Forms* é uma ferramenta gratuita, compatível com qualquer navegador e sistema operacional, que permite a construção de formulários com questões discursivas ou de múltipla escolha. O *link* de acesso foi divulgado nas mídias sociais, como *Instagram*<sup>®</sup> e *Facebook*<sup>®</sup>. Optou-se por esse formato, uma vez que potenciais participantes poderiam deixar de integrar o estudo devido à necessidade de afirmar sua sexualidade, além do difícil mapeamento, por questões sociais e culturais, de quem seriam essas potenciais participantes.

Foram incluídas no estudo mulheres acadêmicas de graduação ou pós-graduação, maiores de 18 anos e que se auto definiam como bissexuais ou lésbicas. Foram excluídas as mulheres que se auto definiram como heterossexuais, menores de 18 ou maiores de 60 anos e homens. O tempo de disponibilidade do questionário *online* foi limitado em três meses, a partir da liberação do parecer de aprovação do Comitê de Ética, abrangendo, assim, os meses de janeiro, fevereiro e março de 2020.

Ao clicar no *link*, na primeira página, constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após sua leitura, a participante expressava o aceite clicando na opção “aceito participar”. Na sequência, o questionário ficava disponível para ser respondido, devendo a participante clicar na opção “enviar” ao responder para efetivar sua participação.

A análise dos dados ocorreu de duas formas: respostas fechadas, que correspondem aos dados estatísticos, foram analisadas pela estatística descritiva simples. Enquanto as respostas das perguntas abertas foram tratadas pela análise de conteúdo proposta por Bardin, composta pelas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados<sup>8</sup>.

Preservando-se o compromisso com a sua confidencialidade e anonimato, as participantes foram identificadas pela inicial “P”, de “Participantes”, seguido do número da ordem de realização da entrevista (P1, P2, P3...). A pesquisa respeitou os preceitos éticos, conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer aprovado em 12 de dezembro de 2019 sob nº 3.766.225 e C.A.A.E. nº. 26421419.1.0000.5324.

## RESULTADOS

Participaram 163 mulheres, das quais 110 se declararam bissexuais e 53 lésbicas. A maioria possuíam idade entre 18 e 29 anos (93,87%), seguido de 30 e 39 anos (4,29%) e 40 e 49 (1,84%) e, 140 eram discentes de graduação, e 15 de pós-graduação. No que se refere à escolha de informar ou não a orientação sexual nos atendimentos de saúde, 57% responderam que informavam dependendo do contexto, 28,83% escolhiam não informar, 11,04% escolhiam sempre informar, e 3,07% não informavam mais.

Identificou-se que 42,94% deixaram de frequentar um local por conta da sua sexualidade, com destaque para igrejas, clínicas, casa de familiares, bares e festas, principalmente quando o público é majoritariamente heterossexual. Os principais motivos para deixarem de frequentar esses locais foram o medo, o preconceito, a sensação de não se sentirem livres e seguras, além de relatarem fetichização por parte de homens.

A rede de apoio era composta por amigos, profissionais e familiares, não se alterando conforme a orientação sexual, tanto para mulheres bissexuais quanto para as lésbicas. Ainda, 7,36% relataram não possuírem rede de apoio.

Nas percepções das participantes, a heteronormatividade influencia na saúde em 73,62% das pesquisadas, 19,3% não souberam responder e 6,75% acreditavam não haver interferência. Duas categorias foram construídas: “*A percepção da heteronormatividade e as implicações culturais, sociais e políticas de saúde*” e “*A heteronormatividade e as implicações pessoais em saúde*”.

## ***A percepção da heteronormatividade e as implicações culturais, sociais e políticas de saúde***

Houve destaque para as imposições sociais e culturais delimitadas por um padrão, que estabelece para homens e mulheres o que é aceito como normal e único dentro da sociedade:

*A presunção imediata da sexualidade de alguém, a definição de padrões de comportamento e personalidade de "homem" e "mulher" baseados em relacionamentos héteros, patriarcais e machistas. (P45)*

Identificaram-se os papéis de gênero e a expectativa social em estabelecer uma forma adequada e esperada de se vestir, se comportar, agir e pensar, com o estabelecimento de padrões desde a infância e fomentado através das relações sociais:

*Normas sociais em que a heterossexualidade é considerada normal e única possível, assim como a personificação de gênero baseada nos padrões femininos e masculinos, ou seja, mulheres devem ser femininas e homens masculinos, de acordo com as normas. A heteronormatividade como qualquer estrutura social está presente em todos os aspectos sociais, como em brincadeiras de criança, entretenimento no geral, nas relações sociais... (P120)*

*Padrões de gênero e de comportamento que a sociedade padrão entende que seria o "normal", por exemplo, roupas de menino e roupas de menina. Azul ser cor de menino e rosa de menina. Além disso, a heteronormatividade impõe a mulher não poder usar roupas e objetos que sejam "de homem" e vice-versa. Também existe um padrão de comportamento, desde pequenos os meninos serem influenciados a gostarem de meninas e vice-versa. (P2)*

Esse papel de gênero é premeditado pela heteronormatividade, inclusive dentro das relações homoafetivas, pressupondo um sistema hierárquico de poder, implicando também na estigmatização como mulheres que apenas não encontraram o homem ideal:

*Um padrão que tenta nos encaixar em tudo que é hetero, tipo perguntar qual o "homem" da relação lésbica, ou desvalidar a mulher lésbica achando que ela não encontrou o homem certo ou que para sentir prazer seja necessário um pênis. (P141)*

*[...] Nas relações entre mulheres, por sua vez, muitos desses comportamentos são reproduzidos direta ou indiretamente, como quando em um casal em que uma das mulheres não performa feminilidade e a outra sim, espera-se que a não feminilizada assuma a posição de forte e provedora do lar. (P41)*

A heteronormatividade pode ser evidenciada inclusive nas políticas públicas, nas quais as participantes expressaram não se sentem contempladas. Ainda, relataram menor visibilidade das mulheres que se relacionam com mulheres nos documentos e um distanciamento com a aplicabilidade deles nos atendimentos de saúde:

*Há uma escassez de informações muito grande e parece mais uma cartilha de informação para a sociedade do que algo voltado a saúde de pessoas LGBT, além do mais, homens gays, por ser homens e cis dentro de uma sociedade heteronormativa sempre ganham um "destaque" maior. Ou seja, mulheres lésbicas pouquíssimas vezes são destacadas, pois há dentro da sociedade o estigma sobre a sexualidade (social e pessoal) da mulher. (P35)*

*Acho que a Política Nacional de Saúde LGBT é um marco importantíssimo na luta por direitos iguais, mas, infelizmente, os profissionais não são capacitados de forma adequada para atender indivíduos LGBT. (P36)*

### ***A heteronormatividade e as implicações pessoais em saúde***

Ao se estabelecer um padrão de normalidade, as imposições sociais a serem seguidas geram danos à saúde, mental ou física. Na saúde mental, há prejuízos na medida em que se sentem destoando de uma norma social, o que gera sofrimento e o entendimento de que sua orientação sexual é invisibilizada:

*Minha saúde mental, porque a partir do momento em que a bissexualidade é tratada como algo diferente, onde não existe visibilidade, a heteronormatividade é imposta. Isso causou em mim crises de ansiedade e depressão por não me "encaixar" no esperado de mulheres e no padrão da sociedade. (P86)*

*Pois não sendo hétero, teoricamente, não me encaixo em nenhuma das "leis" que a nossa sociedade se baseia, como as crenças religiosas. Além de ser considerada "rebelde" por não seguir uma tradição... do patriarcado, por exemplo. Então, todos aqueles que se desviam desse padrão imposto como certo, sofrem [...]. (P28)*

Identificou-se que a educação sexual social é voltada para o sexo falocêntrico, no qual o normal e o esperado de uma mulher é se relacionar sexualmente com homens. Também, a saúde é afetada por não se sentirem contempladas e representadas em campanhas publicitárias ou até mesmo por serem negligenciadas nos serviços de saúde, uma vez que os profissionais não possuem conhecimento suficiente para atendê-las:

*A heteronormatividade faz com que campanhas de prevenção de IST excluam o sexo lésbico, por exemplo, pois sequer consideram/legitimam a relação entre duas mulheres como sexo. Na ausência de penetração entre pênis e vagina, alguns ginecologistas, quando relatamos ter relações homossexuais, dispensam até alguns exames de rotina, falo porque já vivenciei essa experiência. (P127)*

*Todos os exames ginecológicos são feitos como se eu me relacionasse apenas com homens, até mesmo as perguntas na clínica. Além disso, a educação sexual para lésbicas é péssima, bem como materiais de prevenção contra IST. Até hoje não sei como me proteger efetivamente quando me relaciono com garotas. (P112)*

A heteronormatividade influencia diretamente na saúde ginecológica, pois identificaram despreparo profissional no atendimento relacionado aos métodos de prevenção das ISTs:

*Sou uma mulher lésbica, e quando vou a ginecologista, ela nunca sabe como me tratar, justamente pela camisinha e anticoncepcional não servirem pra mim. Não existe um meio contra ISTs criado para mulheres que se relacionam com mulheres. (P120)*

Os métodos de barreira para prevenção de ISTs foram considerados importantes para as mulheres lésbicas e bissexuais, no entanto, elas enfatizaram que não são específicos às suas necessidades, mas sim ao público heterossexual:

*Ineficaz e super desconfortável. Não é pensado para mulheres lésbicas e bissexuais. É uma forma improvisada de prevenção que pode dar errado. (P23)*

*Acho importante, mas os [métodos] que eu conheço são péssimos. Me protejo em relações sexuais com homens, mas nunca com mulheres. (P78)*

Reconheceram que falar sobre sexo entre mulheres e formas de prevenção de ISTs é um tabu, inclusive dentro da comunidade LGBTQ+, além de haver muita informação errada sobre as formas de se prevenir:

*Acho que é tabu para algumas [mulheres]. Muita gente acha que não precisa colocar camisinha no dedo, por exemplo. Também não sei como daria para fazer sexo oral com camisinha. (P66)*

*Como eu já disse antes, não há uma educação sexual lesbocentrada. Dentro da comunidade lésbica existe a falsa e preconceituosa impressão de que lésbicas não transmitem ISTs, que qualquer doença provém de mulheres bissexuais ("essas promíscuas") que se relacionam com homens. Esse é o primeiro tabu a se quebrar. Em virtude dessa cultura, usar camisinhas, luvas e dental dams é muito mal visto, é como se fosse uma ofensa à parceira, como se ela fosse suja. Além disso, nunca é ensinado para crianças e adolescentes a importância do preservativo na prática do sexo oral. (P73)*

Apontou-se questionamento sobre o real desejo de ter filhos, relacionando com a pressão social, imposta pela heteronormatividade, frente ao papel da mulher. O desejo de construir ou não uma família faz parte dos anseios das participantes, com diferentes motivações:

*Me foi dito que é o ciclo da vida. Mas não sei se isso vem de mim ou é imposto, pois não me vejo sendo mãe. (P113)*

*Acho bebês muito fofos e adoro crianças, mas ser mãe é abrir mão de uma liberdade que eu luto muito para ter, então não. (P43)*

*Não me vejo emocionalmente capacitada para ser mãe. (P151)*

*Sim, porque, primeiro, há uma pressão social do papel da mulher como mãe e, segundo, por satisfação pessoal. Constituir uma família pode ser um projeto futuro. (P89)*

*Sim, gostaria de criar uma criança e poder ensinar sobre o mundo. (P129)*

*Não. Quero focar mais nos meus objetivos profissionais e não tenho vontade de colocar uma criança nesse mundo ruim. Se viesse a ter criança, adotaria. (P24)*

## DISCUSSÃO

A sexualidade é considerada parte fundamental da vida das pessoas, incluindo diversos aspectos, como: sexo, identidade de gênero, orientação sexual e também maternidade<sup>9</sup>. No nível individual, as pessoas LGBTQ+ vivenciam a heteronormatividade, isto é, a suposição social predominante de que todos são heterossexuais. A heteronormatividade está presente na sociedade como um todo, inclusive nos ambientes de saúde, em que as minorias sexuais também precisam de acesso aos serviços<sup>10</sup>.

A dificuldade de mulheres bissexuais e lésbicas em revelar sua orientação sexual nos serviços de saúde, de um lado, e a suposição dos profissionais sobre a heterossexualidade dos pacientes, de outro, criam obstáculos à comunicação, que explicam como se dá a heteronormatividade na prática. Neste prisma, as pessoas LGBTQ+ obtêm maior aceitação social quando atendem aos padrões heteronormativos<sup>9</sup>.

Ao acessarem os serviços de saúde, verificou-se que a maioria das participantes opta por informar sua orientação sexual, de modo que, em alguns casos, as clínicas estão entre os locais que elas deixam de frequentar por não se sentirem acolhidas. Outra investigação também evidencia o medo do estigma e da discriminação como um fator importante para o afastamento desta população dos serviços de saúde, especialmente públicos, uma vez que há uma preferência aos serviços privados<sup>11</sup>.

Essa preferência aos serviços privados evidencia a ausência ou incompletude das políticas públicas que invisibilizam a demanda e saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, acarretando em agravos à saúde física e psicológica. Diversos estudos demonstram que as minorias sexuais estão mais expostas ao consumo exagerado de álcool e tabaco<sup>12-14</sup>, além de serem mais propensas a relatar experiências de vitimização e ameaças de agressão, identificando um maior risco para ansiedade, oscilação de humor, estresse, depressão e transtorno por uso de substâncias quando comparado com heterossexuais<sup>12</sup>. A invisibilidade lésbica e bissexual nos espaços de cuidado à saúde, o despreparo profissional e a consequente evasão dessa população nesses contextos prejudicam a identificação e manejo desses agravos<sup>15</sup>.

A rede de apoio apontada foi predominantemente amigos e profissionais, demonstrando que a unidade familiar ou íntima não funciona como rede de apoio e proteção, o que pode potencializar os danos causados pela discriminação social vivida nos espaços públicos<sup>16</sup>.

Na saúde sexual e reprodutiva muitas mulheres continuam sem acesso a informações acerca das especificidades de proteção sexual, e, logo, de como cuidar de sua saúde de forma efetiva<sup>18</sup>. Na Resolução nº 614/2019, o Conselho Nacional de Saúde afirma a garantia da atenção integral à saúde da mulher e das pessoas LGBTQ+, no entanto, ideias estereotipadas que consideram a bissexualidade como suposta promiscuidade dessas pessoas, identidade transitória ou indecisão, evidenciam a abjeção desses corpos, quando profissionais de saúde não compreendem essa forma de vivenciar a sexualidade como legítima para acessar algum tipo de cuidado<sup>17</sup>.

Uma pesquisa realizada no Brasil constatou que, quando comparadas a mulheres que fazem sexo com homens e mulheres, as mulheres que mantém relações sexuais apenas com mulheres se mostraram menos propensas a irem ao ginecologista<sup>18</sup>. Quando essas mulheres

buscam os serviços, recebem menos ou nenhuma orientação sobre IST e outras instruções sexuais<sup>5,18</sup>. Ademais, quando informadas, são disseminados equívocos, como a invulnerabilidade para contrair as IST<sup>6</sup>.

A falta de discussão por parte dos profissionais sobre o tema também afeta o conhecimento das próprias mulheres sobre sua saúde sexual, de forma que estudos relatam um descaso com relação à prevenção, seja por considerarem o risco de transmissão às ISTs no sexo entre mulheres como baixo ou inexistente ou pelo desconhecimento de possíveis métodos preventivos<sup>19-20</sup>.

Além da frequência irregular ao ginecologista, muitas mulheres possuem receio em expor sua orientação sexual nas consultas, levando à falta de reconhecimento das práticas sexuais e, portanto, encaminhamentos equivocados em relação a exames e métodos preventivos ou à não solicitação de exames importantes, como os testes rápidos de ISTs e o exame de papanicolaou<sup>21</sup>. Também, as mulheres, de modo geral, não são encorajadas, por parte dos profissionais de saúde, a verbalizar suas orientações sexuais. Logo, é relevante que o profissional esteja ciente da orientação sexual de cada mulher, de modo a diminuir a ênfase heteronormativa nos atendimentos e, assim, compreender os riscos e agravos que porventura passariam despercebidos, exercendo a educação em saúde de questões relevantes<sup>10</sup>.

Outra pesquisa, mostrou que 49,33% das mulheres bissexuais e lésbicas relataram não utilizar luva de látex, 49% não utilizavam barreiras dentárias e 66% nunca usaram preservativos para o sexo oral. Ainda, apenas 32,67% relataram usar brinquedos pessoais sem compartilhá-los<sup>11</sup>, bem como, utilizavam menos métodos de barreira durante o sexo quando comparado às mulheres heterossexuais<sup>13,22</sup>. Esses achados elevam fatores de risco à saúde, como a ocorrência de câncer de colo de útero, uma vez que há uma prevalência de 53% de qualquer tipo de papilomavírus humano nas mulheres de minorias sexuais, de forma que mulheres com cinco ou mais parceiros(as) sexuais durante a vida são mais propensas a serem infectadas<sup>23</sup>.

Com a escassez de métodos próprios e a falta de acesso às informações de prevenção, muitas mulheres buscam por orientações em espaços *online* da comunidade LGBT+ ou em suas relações pessoais<sup>24</sup>. Assim, apesar do tabu que existe acerca dessa temática, determinados comportamentos e métodos preventivos são incentivados, tais como: lavagem das mãos e corte das unhas; adaptação da camisinha masculina e uso da camisinha de língua; uso de luvas descartáveis/luvas látex e soluções antimicrobianas tópicas em gel; uso de preservativos masculinos em brinquedos sexuais e posterior higienização; uso de *dental dams*, plástico filme

e camisinha feminina; realização de testes de IST e exames de rotina; e evitar sexo oral durante a menstruação<sup>24</sup>.

As mulheres costumam tratar os meios de prevenção com estranheza e desconfiança, seja por não considerarem métodos adequados e específicos para as práticas sexuais entre mulheres ou por não sentirem interesse em utilizá-los por considerarem adaptações, como o preservativo masculino sem lubrificação, ou adaptações de itens que originalmente seriam utilizados com outras direções (plástico filme de PVC, luvas cirúrgicas, barreira de látex de uso odontológico). À vista disso, é urgente políticas públicas, pesquisas e parcerias para a elaboração de insumos para serem usados nas relações entre mulheres, pois na medida em que não existem métodos preventivos específicos para a prevenção de ISTs, não há como considerar o uso de meios alternativos na prevenção, na dúvida da eficácia e segurança desses itens<sup>5</sup>.

O cenário de atenção inadequada em planejamento reprodutivo pode ocasionar divergências entre as práticas sexuais das mulheres e suas condutas contraceptivas, uma vez que, muitas vezes, a contracepção das mulheres não está amparada em uma escolha individual e informada, levando-as, conseqüentemente, a utilizar de métodos contraceptivos pouco ou nada correspondentes com as suas práticas reprodutivas e o seu desejo de engravidar<sup>25</sup>, tendo em vista que o desejo de estender a família não difere das famílias heteroparentais<sup>9</sup>.

Em comparação a heterossexuais, lésbicas, gays e bissexuais desejavam menos ter filhos. Eles também previram mais estigma como pais do que os heterossexuais<sup>26</sup>. Em geral, mulheres lésbicas relatam experiências menos favoráveis com bebês e/ou crianças, com mais custos sociais e econômicos envolvidos, do que as mulheres heterossexuais<sup>27</sup>.

A abordagem nos serviços de saúde está centrada no atendimento de casais/famílias heterossexuais, visto que, do ponto de vista reprodutivo, estes são os casais aptos a constituírem, moralmente e culturalmente, um núcleo familiar. Assim, a necessidade de planejamento familiar para casais homoafetivos deve ser um elemento essencial na atenção primária à saúde, tanto quanto para casais heterossexuais. Permitindo-lhes acesso às informações e aos serviços de saúde, bem como prestação de cuidados, prevenção e promoção da saúde, inclusive sexual e reprodutiva<sup>28</sup>.

A experiência vivenciada nos espaços de saúde não remete a uma assistência integral, humanizada e ética, mas ancorada, muitas vezes, na falta de sensibilização e sigilo dos profissionais de saúde. Também, há insegurança na abordagem de pessoas LGBTQ+, fruto da falta de formações/capacitações específicas nos cursos de graduação em saúde, bem como da educação permanente<sup>29</sup>. Ainda, há necessidade da formulação e implementação de leis,

políticas, regulamentos e códigos de conduta articulados, além de procedimentos e práticas transparentes para garantir direitos iguais de acesso e tratamento nos serviços de saúde<sup>10</sup>.

## CONCLUSÃO

Verificou-se que a maioria das mulheres bissexuais e lésbicas universitárias acreditavam que a heteronormatividade influenciava em sua saúde, mesmo que seja predominante entre elas a verbalização de sua orientação sexual nos atendimentos. Em virtude disso, muitas relataram deixar de frequentar locais, incluindo os serviços de saúde, devido à sua sexualidade, seja por medo, discriminação ou insegurança.

As mulheres bissexuais e lésbicas se sentem invisibilizadas pelas políticas públicas de saúde, gerando consequências no âmbito psicológico e físico, tais como ansiedade, depressão e repercussões em sua saúde sexual. Há despreparo dos profissionais e ausência de campanhas publicitárias, visibilizado pelo conhecimento insuficiente acerca das questões sexuais e reprodutivas das mulheres bissexuais e lésbicas, inclusive no quesito de prevenção às ISTs, tendo em vista que essa área está, exclusivamente, voltada às demandas heterossexuais.

Pelo fato da pesquisa ser realizada pela internet apesar de facilitar a acessibilidade e alcance do público, também não teve resposta em todas as questões, caracterizando-se como uma limitação do estudo. Apesar disto, a escassez de estudos, traz nesta investigação contribuições. Por sua vez, mais estudos com outros desenhos e de maior amplitude, assim como, normativas e políticas públicas são necessários voltados a mulheres lésbicas e bissexuais.

## REFERÊNCIAS

1. Aufranc ALB. Expressões da sexualidade: um olhar junguiano. *Junguiana* [Internet]. 2018 [citado em 15 nov 2021]; 6(1):37-48. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jung/v36n1/07.pdf>
2. Lúcio FPS, Zerbinati JP, Bruns MAT, Souza CRV. Saúde sexual da mulher lésbica e/ou bissexual: especificidades para o cuidado à saúde e educação sexual. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação* [Internet]. 2019 Jul [citado em 25 nov 2021]; 14(N Esp 2):1465-79. DOI: 10.21723/riaee.v14iesp.2.12611
3. Oliveira EL, Rezende JM, Gonçalves JP. História da sexualidade feminina no Brasil: entre tabus, mitos e verdades. *Revista Ártemis* [Internet]. 2018 [citado em 25 nov 2021]; 26(1):303-14. DOI: 10.22478/ufpb.1807-8214.2018v26n1.37320
4. Choucair TS, Lopes PC. Numa luta marginalizada não cabe uma atuação tradicional: a caminhada das lésbicas e bissexuais de Belo Horizonte. *Revista Periódicus* [Internet]. 2017 [citado em 04 dez 2021]; 1(7):54-77. DOI: 10.9771/peri.v1i7.21670
5. Lima MAS, Saldanha AAW. (In)visibilidade lésbica na saúde: análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. *Psicol Ciênc Prof.* [Internet]. 2020 [citado em 04 dez 2021]; 40:e202845. DOI: 10.1590/1982-3703003202845
6. Cabral KTF, Pereira IL, Almeida LR; Nogueira WBAG, Silva FV, Costa LFP, et al. Nursing care for lesbian and bisexual women. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 Jan [citado em 15 nov 2021]; 13(1):79-85. DOI: 10.5205/1981-8963-v13i01a237896p79-85-2018

7. Nogueira FJS, Aragão TAP. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde. *Saúde e Pesqui.* [Internet]. 2019 set/dez [citado em 04 dez 2021]; 12(3):463-70. DOI: 10.17765/2176-9206.2019v12n3p463-470
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016. 141 p.
9. Videla CF, Muñoz AV. Vivencias de usuarias lesbianas sobre el proceso de atención perinatal en la región metropolitana, Chile en 2016. *Interface Comun Saúde Educ.* [Internet]. 2018 Jul/Sept [citado em 17 nov 2021]; 22(66):777-87. DOI: 10.1590/1807-57622017.0254
10. Suen YT, Chan RCH. A nationwide cross-sectional study of 15,611 lesbian, gay and bisexual people in China: disclosure of sexual orientation and experiences of negative treatment in health care. *Int J Equity Health* [Internet]. 2020 [citado em 17 nov 2021]; 19:46. DOI: 10.1186/s12939-020-1151-7
11. Logie CH, Marcus N, Wang Y, Duncan AL, Levermore K, Jones N, et al. Contextualising sexual health practices among lesbian and bisexual women in Jamaica: a multi-methods study. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2018 Dec [citado em 04 dez 2021]; 26(52):1517543. DOI: 10.1080/09688080.2018.1517543
12. Caceres BA, Brody AA, Halkitis PN, Dorsen C, Yu G, Chyun DA. Cardiovascular disease risk in sexual minority women (18-59 Years Old): findings from the National Health and Nutrition Examination Survey (2001-2012). *Women's Health Issues* [Internet]. 2018 Jul/Aug [citado em 04 dez 2021]; 28(4):333-41. DOI: 10.1016/j.whi.2018.03.004
13. Lunn MR, Wanjun C, Zack MM, Thompson WW, Blank MB, Yehia BR. Sociodemographic characteristics and health outcomes among lesbian, gay, and bisexual U.S. adults using healthy people 2020 leading health indicators. *LGBT Health* [Internet]. 2017 Aug [citado em 25 nov 2021]; 4(4):283-94. DOI: 10.1089/lgbt.2016.0087
14. Dai H. Tobacco product use among lesbian, gay, and bisexual adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2017 Apr [citado em 15 nov 2021]; 139(4):e20163276. DOI: 10.1542/peds.2016-3276
15. Alves IG, Moreira LE, Prado MAM. Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: política, movimento e heteronormatividade. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2020 jul/set [citado em 04 dez 2021]; 12(3):145-61. DOI: 10.20435/pssa.vi.1072
16. Pinto IV, Andrade SSA, Rodrigues LL, Santos MAS, Marinho MMA, Benício LA, et al. Profile of notification of violence against Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transsexual people recorded in the National Information System on Notifiable Diseases, Brazil, 2015-2017. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2020 [citado em 04 dez 2021]; 23(Supl 1):e200006. DOI: 10.1590/1980-549720200006.supl.1
17. Fernandes M. O movimento das mulheres lésbicas feministas no Brasil. *Revista Cult* [Internet]. 2018 [citado em 04 dez 2021]; 235. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/mulheres-lesbicas-feministas-brasil/>
18. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2018 [citado em 15 nov 2021]; 27(4):e2017499. DOI: 10.5123/s1679-49742018000400005
19. Doull M, Wolowic J, Saewyc E, Rosario M, Prescott T, Ybarra ML. Why girls choose not to use barriers to prevent sexually transmitted infection during female-to-female sex. *J Adolesc Health* [Internet]. 2017 Apr [citado em 15 nov 2021]; 62(4):411-6. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2017.10.005
20. Dal Santo A, Zambenedetti G. Prevenção às ISTs/HIV entre mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão bibliográfica (2013-2017). *Psi UNISC.* [Internet]. 2021 [citado em 25 nov 2021]; 5(1):111-26. DOI: 10.17058/psiunisc.v5i1.14846
21. Agénor M, Muzny CA, Schick V, Austin EL, Potter J. Sexual orientation and sexual health services utilization among women in the United States. *Prev Med.* [Internet]. 2017 Feb [citado em 04 dez 2021]; 95:74-81. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.11.023

22. Barnhill M, Lee J, Rafferty A. Health Inequities among lesbian, gay, and bisexual adults in North Carolina, 2011-2014. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017 Jul [citado em 15 nov 2021]; 14(8):835-44. DOI: 10.3390/ijerph14080835
23. Branstetter AJ, Mcree AL, Reiter PL. Correlates of human papillomavirus infection among a national sample of sexual minority women. *J Womens Health (Larchmt.)* [Internet]. 2017 Sep [citado em 02 dez 2021]; 26(9):1004-11. DOI: 10.1089/jwh.2016.6177
24. Batista MCH, Zambenedetti G. Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais. *Psicol Pesq.* [Internet]. 2017 jul/dez [citado em 02 dez 2021]; 11(2):42-50. DOI: 10.24879/2017001100200180
25. Melo CRM, Borges ALV, Duarte LS, Nascimento NC. Contraceptive use and the intention to become pregnant among women attending the Brazilian Unified Health System. *Rev LatinoAm Enferm.* [Internet]. 2020 [citado em 15 nov 2021]; 28:e3328. DOI: 10.1590/1518-8345.3451.3328
26. Leal D, Gato J, Tasker F. Prospective parenting: sexual identity and intercultural trajectories. *Cult Health Sex.* [Internet]. 2019 Jul [citado em 04 dez 2021]; 21(7):757-73. DOI: 10.1080/13691058.2018.1515987
27. Tate DP, Patterson CJ. Sexual minority women's attitudes toward infants, children, and parenthood. *J Lesbian Stud.* [Internet]. 2019 [citado em 04 dez 2021]; 23(4):464-75. DOI: 10.1080/10894160.2019.1629807
28. Albuquerque GA, Belém JM, Nunes JFC, Leite MF, Quirino GS. Planejamento reprodutivo em casais homossexuais na estratégia saúde da família. *Rev APS.* [Internet]. 2018 jan/mar [citado em 25 nov 2021]; 21(1):104-11. DOI: 10.34019/1809-8363.2018.v21.15639
29. Silva ACA, Alcântara AM, Oliveira DC, Signorelli MC. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. *Interface Comun Saúde Educ.* [Internet]. 2020 [citado em 25 nov 2021]; 24:e190568. DOI: 10.1590/interface.190568

**Editor Associado:** Rafael Gomes Ditterich.

**Conflito de Interesses:** os autores declararam que não há conflito de interesses.

**Financiamento:** não houve.

**CONTRIBUIÇÕES**

**Naiara Regner da Silva** e **Camila Daiane Silva** contribuíram na concepção, coleta e análise dos dados e redação. **Marina Soares Mota**, **Luís Felipe Hatje**, **Victoria Leslyê Rocha Gutmann** e **Carolina Coutinho Costa Vallejos** participaram da redação e revisão.

**Como citar este artigo (Vancouver)**

Silva NR, Mota MS, Hatje LF, Gutmann VLR, Vallejos CCC, Silva CD. A heteronormatividade e a saúde de mulheres bissexuais e lésbicas universitárias. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2022 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 10(3):501-514. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

**Como citar este artigo (ABNT)**

SILVA, N. R. da; MOTA, M. S.; HATJE, L. F.; GUTMANN, V. L. R.; VALLEJOS, C. C. C.; SILVA, C. D. A heteronormatividade e a saúde de mulheres bissexuais e lésbicas universitárias. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 3, p. 501-514, 2022. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

**Como citar este artigo (APA)**

Silva, N. R., Mota, M.S., Hatje, L.F., Gutmann, V.L.R., Vallejos, C.C.C., & Silva, C.D. (2022). A heteronormatividade e a saúde de mulheres bissexuais e lésbicas universitárias. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(3), 501-514. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons