

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

 Naiara Regner da Silva¹,  Marina Soares Mota²,  Luís Felipe Hatje³,
 Victoria Leslyê Rocha Gutmann⁴,  Carolina Coutinho Costa Vallejos⁵,  Camila Daiane Silva⁶

Recibido: 07/12/2021 **Aprobado:** 23/07/2022 **Publicado:** 30/09/2022

Objetivo: conocer la percepción de las mujeres bisexuales 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 bisexuales 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 bisexuales 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 bisexuales 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; Homosexualidad femenina; Bisexualidad; Atención a la Salud.

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; Bisexuality; Delivery of health care.

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

1 Enfermera. Rio Grande/RS, Brasil.

2 Curso de Pregrado en Enfermería de la Universidade Federal de Pelotas - UFPel, Pelotas, RS, Brasil.

3 Programa de Posgrado en Enseñanza de las Ciencias de la Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande/RS, Brasil.

4 Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis/SC, Brasil.

5 Programa de Postgrado en Enfermería de la FURG, Rio Grande/RS, Brasil.

6 Curso de Pregrado en enfermería de la FURG, Rio Grande/RS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Además del sexo anatómico que define biológicamente a hombres y mujeres a través de su fisonomía, existe la identidad de género, la orientación sexual y la expresión de género. La identidad de género se refiere a la forma en que una persona se define a sí misma, y puede estar de acuerdo con el sexo de nacimiento, es decir, cisgénero, o en desacuerdo, es decir, transgénero. Además, la identidad de género puede no ajustarse al género binario y dicotómico, por lo que el individuo se identifica como un género fluido y ambiguo o agénero¹.

La orientación sexual, a su vez, dialoga directamente con la expresión de la sexualidad, el deseo y la atracción afectiva y sexual. Por lo tanto, puede presentarse como heterosexual, homo, bi o pansexual. La heterosexualidad es cuando existe un deseo afectivo y/o sexual por el sexo opuesto. Mientras que la homosexualidad es cuando la atracción se da con personas del mismo género, por lo que a la mujer homosexual se le llama lesbiana y al hombre se le llama gay. Además, existe el individuo bisexual, que se siente atraído tanto por las mujeres como por los hombres. Por último, el pansexual siente atracción afectiva o sexual independientemente del género¹.

A pesar de la gran diversidad de la sexualidad, los patrones de comportamiento construidos históricamente, incorporados de forma natural en los contextos masculino y femenino, presuponen la heterosexualidad obligatoria de los individuos, lo que se conoce como heteronormatividad². Hablar de sexualidad, cuerpo y género suele ser motivo de malestar, dudas y tabúes, por lo que las orientaciones sexuales distintas a la heterosexual son desconocidas, ignoradas e incluso perseguidas³. Las mujeres bisexuales y lesbianas son doblemente marginadas, primero por ser biológicamente mujeres, y segundo por estar en un contexto jerárquico y normativo de las relaciones de dominación y sumisión a los hombres, así como por alejarse de la determinación de la reproducción, rompiendo el paradigma históricamente impuesto a las mujeres⁴.

Las formas en que las mujeres bisexuales y lesbianas son vistas por la sociedad se reflejan en diferentes sectores de sus vidas, incluso en el campo de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud⁵. Las fallas en la acogida y preparación de los profesionales, sumadas al prejuicio, contribuyen al alejamiento de esta población en los servicios de salud. Muchas veces, en las consultas, se da por supuesta la heterosexualidad de la paciente, lo que contribuye a que no se atiendan las necesidades de las mujeres bisexuales o lesbianas⁶.

Por lo tanto, la heteronormatividad genera consecuencias directas e indirectas en la salud de las mujeres bisexuales y lesbianas, tales como: problemas menstruales, mamarios,

renales y vesicales, cáncer de cuello uterino, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), consumo y dependencia de alcohol, tabaco y otras drogas, ansiedad, depresión, y violencia de las más diversas, desde la verbal, psicológica, física e incluso sexual².

Así, a pesar de los derechos sexuales y reproductivos conquistados, como la Política Nacional de Salud de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales (LGBT+), las acciones que promueven efectivamente la salud de las mujeres bisexuales y lesbianas siguen siendo escasas⁷. Por ello, el ámbito de salud, especialmente la enfermería, tiene un papel crucial en la atención y visibilidad de las poblaciones vulnerables, ya que son los profesionales más cercanos a la población en los servicios de salud. Por tanto, su actuación puede contribuir a un servicio con mayor equidad e igualdad en el ámbito de salud y social⁶.

Se cree que conocer la percepción de las mujeres bisexuales y lesbianas universitarias sobre la heteronormatividad y su influencia en la salud contribuirá a identificar las demandas de este público, así como a pensar en estrategias que satisfagan sus necesidades en las prácticas de atención. Así, este estudio pretende conocer la percepción de las mujeres universitarias bisexuales y lesbianas sobre la heteronormatividad y su influencia en la salud.

MÉTODO

Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria y cuali-cuantitativa, desarrollada mediante un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas disponible online en la plataforma *Google Forms*. La pregunta guía de esta investigación fue: *¿Cuál es la percepción de las mujeres bisexuales y lesbianas universitarias sobre la heteronormatividad y su influencia en su salud?*

Google Forms es una herramienta gratuita, compatible con cualquier navegador y sistema operativo, que permite la construcción de formularios con preguntas discursivas o de opción múltiple. El link de acceso se difundió en las redes sociales, como *Instagram*[®] y *Facebook*[®]. Se eligió este formato porque es un tema en el que potenciales participantes podrían dejar de integrar el estudio por tener que afirmar su sexualidad, además del difícil mapeo, por cuestiones sociales y culturales, de quienes serían estas potenciales participantes.

Se incluyeron en el estudio mujeres en pregrado o postgrado, mayores de 18 años y que se definían como bisexuales o lesbianas. Se excluyeron las mujeres que se definían como heterosexuales, menores de 18 años o mayores de 60 y los hombres. El tiempo de disponibilidad del cuestionario en línea se limitó a tres meses, a partir de la publicación del dictamen de aprobación del Comité de Ética, abarcando así los meses de enero, febrero y marzo de 2020.

Al hacer clic en el link, la primera página contenía el Término de Consentimiento Libre e Informado. Tras leerlo, la participante expresó su aceptación haciendo clic en la opción “Acepto participar”. A continuación, el cuestionario estaba disponible para ser contestado, y la participante debía hacer clic en la opción “enviar” al responder para hacer efectiva su participación.

El análisis de los datos se realizó de dos maneras: las respuestas cerradas, que corresponden a los datos estadísticos, se analizaron mediante estadística descriptiva simple. Mientras que las respuestas a las preguntas abiertas se trataron mediante el análisis de contenido propuesto por Bardin, compuesto por las fases de preanálisis, exploración del material y tratamiento de los resultados⁸.

Preservando el compromiso de confidencialidad y anonimato, las participantes fueron identificadas por “P” de “Participantes”, seguida del número del orden en que se realizó la entrevista (P1, P2, P3...). La investigación respetó los preceptos éticos, según la Resolución 510/2016 del Consejo Nacional de Salud, obteniendo dictamen aprobado el 12 de diciembre de 2019 bajo el N.º 3.766.225 y C.A.A.E. N.º 26421419.1.0000.5324.

RESULTADOS

Participaron 163 mujeres, de las cuales 110 se declararon bisexuales y 53 lesbianas. La mayoría tenía entre 18 y 29 años (93,87%), seguido por de 30 a 39 años (4,29%) y de 40 a 49 (1,84%) y, 140 eran estudiantes de pregrado y 15 de postgrado. En cuanto a la elección de informar o no de la orientación sexual en los servicios de asistencia a la salud, el 57% contestó que informaba dependiendo del contexto, el 28,83% eligió no informar, el 11,04% eligió informar siempre y el 3,07% no informaba más.

Se identificó que el 42,94% dejó de asistir a un lugar debido a su sexualidad, especialmente a iglesias, clínicas, casas de familiares, bares y fiestas, sobre todo cuando el público es mayoritariamente heterosexual. Las principales razones para no acudir a estos lugares fueron el miedo, los prejuicios, la sensación de no sentirse libre y segura, además de denunciar la fetichización por parte de los hombres.

La red de apoyo estaba compuesta por amigos, profesionales y familiares, y no cambiaba según la orientación sexual, tanto para las mujeres bisexuales como para las lesbianas. Además, el 7,36% declaró no tener ninguna red de apoyo.

En las percepciones de las participantes, la heteronormatividad influye en la salud en el 73,62% de las mujeres entrevistadas, el 19,3% no supo responder y el 6,75% cree que no hay ninguna interferencia. 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”.

La percepción de la heteronormatividad y las implicaciones culturales, sociales y políticas de salud

Se hizo hincapié en las imposiciones sociales y culturales delimitadas por una norma, que establece para hombres y mujeres lo que se acepta como normal y único dentro de la sociedad:

La presunción inmediata de la sexualidad de alguien, la definición de normas de comportamiento y personalidad de “hombre” y “mujer” basada en relaciones heterosexuales, patriarcales y machistas. (P45)

Se identificaron los roles de género y las expectativas sociales a la hora de establecer una forma adecuada y esperada de vestir, comportarse, actuar y pensar, estableciéndose las normas desde la infancia y fomentándose a través de las relaciones sociales:

Normas sociales en las que la heterosexualidad se considera normal y la única posible, así como la encarnación del género basada en estándares femeninos y masculinos, es decir, las mujeres deben ser femeninas y los hombres masculinos, según las normas. La heteronormatividad como toda estructura social está presente en todos los aspectos sociales, como en juegos de niños, el entretenimiento en general, en las relaciones sociales... (P120)

Los patrones de género y comportamiento que la sociedad estándar entiende que serían lo “normal”, por ejemplo, la ropa de niño y la ropa de niña. El azul es un color de niño y el rosa de niña. Además, la heteronormatividad impone que las mujeres no pueden llevar ropa y objetos que son “de hombre” y viceversa. También existe un patrón de comportamiento, en el que los niños son influenciados desde una edad temprana para que les gusten las niñas y viceversa. (P2)

Este rol de género está premeditado por la heteronormatividad, incluso dentro de las relaciones homoafectivas, presuponiendo un sistema jerárquico de poder, implicando también la estigmatización como mujeres que simplemente no han encontrado al hombre ideal:

Un estándar que intenta encajarnos en todo lo que es hetero, como preguntar cuál es el “hombre” en la relación lésbica, o devaluar a la mujer lesbiana pensando que no ha encontrado al hombre adecuado o que es necesario un pene para sentir placer. (P141)

[...] A su vez, en las relaciones entre mujeres, muchos de estos comportamientos se reproducen directa o indirectamente, como cuando en una pareja en la que una de las mujeres no desempeña la feminidad y la otra sí, se espera que la no feminizada asuma la posición de fuerte y proveedora del hogar. (P41)

La heteronormatividad se puede ver incluso en las políticas públicas, en las que las participantes informaron que no se sienten contempladas. También informaron de una menor visibilidad de las mujeres que tienen relaciones con mujeres en los documentos y un distanciamiento de su aplicabilidad en los servicios de atención sanitaria:

Hay una gran escasez de informaciones y parece más una cartilla de información para la sociedad que algo enfocado a la salud de las personas LGBT, además, los hombres gays, por ser hombres y cis en una sociedad heteronormativa siempre reciben un mayor “destaque”. En otras palabras, las mujeres lesbianas rara vez se destacan, porque existe un estigma dentro de la sociedad sobre la sexualidad de una mujer (social y personal). (P35)

Creo que la Política Nacional de Salud LGBT es un hito muy importante en la lucha por la igualdad de derechos, pero desgraciadamente los profesionales no están adecuadamente formados para asistir a las personas LGBT. (P36)

La heteronormatividad y las implicaciones personales en salud

Al establecer un estándar de normalidad, las imposiciones sociales a seguir generan daños a la salud, mental o física. En la salud mental hay daños en la medida en que se sienten fuera de la norma social, lo que genera sufrimiento y la comprensión de que su orientación sexual es invisible:

Mi salud mental, porque desde el momento en que se trata la bisexualidad como algo diferente, donde no hay visibilidad, se impone la heteronormatividad. Esto me causó crisis de ansiedad y depresión por no “encajar” en lo que se espera de las mujeres y el estándar de la sociedad. (P86)

Por no ser heterosexual, teóricamente, no encajo en ninguna de las “leyes” en las que se basa nuestra sociedad, como las creencias religiosas. Además de ser considerada “rebelde” por no seguir una tradición... de patriarcado, por ejemplo. Así, todos los que se desvían de esta norma impuesta como correcta, sufren [...]. (P28)

Se identificó que la educación sexual social se centra en el sexo falocéntrico, en el que lo normal y esperado de una mujer es relacionarse sexualmente con los hombres. Además, su salud se ve afectada por no sentirse contempladas y representadas en las campañas publicitarias o incluso por estar desatendidas en los servicios de salud, ya que los profesionales no tienen los conocimientos suficientes para atenderlas:

La heteronormatividad hace que las campañas de prevención de las ITS excluyan el sexo lésbico, por ejemplo, ya que ni siquiera consideran/legitiman la relación entre dos mujeres como sexo. En ausencia de penetración entre el pene y la vagina, algunos ginecólogos, cuando denunciamos haber tenido relaciones homosexuales, incluso dispensan algunos exámenes de rutina, hablo porque ya he vivido esta experiencia. (P127)

Todos los exámenes ginecológicos se hacen como si me relacionara sólo con los hombres, incluso las preguntas en la clínica. Además, la educación sexual para las lesbianas es terrible, así como los materiales de prevención de las ITS. Hasta hoy no sé cómo protegerme eficazmente cuando me relaciono con las chicas. (P112)

La heteronormatividad influye directamente en la salud ginecológica, ya que identificaron la falta de preparación profesional en la atención relacionada con los métodos de prevención de las ITS:

Soy una mujer lesbiana, y cuando voy a la ginecóloga, nunca sabe cómo tratarme, precisamente porque los preservativos y los anticonceptivos no me sirven. No hay un medio contra las ITS creado para las mujeres que tienen relaciones con mujeres. (P120)

Los métodos de barrera para la prevención de las ITS se consideraron importantes para las mujeres lesbianas y bisexuales; sin embargo, destacaron que no son específicos para sus necesidades, sino para el público heterosexual:

Ineficaz y súper incómodo. No está diseñado para mujeres lesbianas y bisexuales. Es una forma improvisada de prevención que puede salir mal. (P23)

Creo que es importante, pero los [métodos] que conozco son terribles. Me protejo en las relaciones sexuales con los hombres, pero nunca con las mujeres. (P78)

Reconocieron que hablar de las relaciones sexuales entre mujeres y de las formas de prevenir las ITS es un tabú, incluso dentro de la comunidad LGBT+, y que hay mucha desinformación sobre las formas de prevenirse:

Creo que es un tabú para algunas [mujeres]. Mucha gente cree que no es necesario ponerse un preservativo en el dedo, por ejemplo. Tampoco sé cómo daría para hacer sexo oral con preservativo. (P66)

Como he dicho antes, no existe una educación sexual enfocada en lesbianas. Dentro de la comunidad de lesbianas existe la falsa y prejuiciosa impresión de que las lesbianas no transmiten las ITS, que cualquier enfermedad proviene de las mujeres bisexuales (“esas promiscuas”) que tienen relaciones con hombres. Este es el primer tabú que se debe romper. Debido a esta cultura, el uso de preservativos, guantes y barreras dentales está muy mal visto, es como si fuera un insulto a la pareja, como si estuviera sucia. Además, a los niños y adolescentes nunca se les enseña la importancia del preservativo durante el sexo oral. (P73)

Se cuestionó el deseo real de tener hijos, relacionándolo con la presión social, impuesta por la heteronormatividad, respecto al papel de la mujer. El deseo de formar una familia o no forma parte de los anhelos de las participantes, con diferentes motivaciones:

Me dijeron que es el ciclo de la vida. Pero no sé si esto viene de mí o es impuesto, porque no me veo siendo madre. (P113)

Creo que los bebés son muy lindos y me encantan los niños, pero ser madre es renunciar a una libertad por la que lucho mucho para tener, así que no. (P43)

No me veo emocionalmente capaz de ser madre. (P151)

Sí, porque, en primer lugar, existe una presión social del papel de la mujer como madre y, en segundo lugar, por satisfacción personal. Formar una familia puede ser un proyecto futuro. (P89)

Sí, me gustaría criar a un niño y poder enseñar sobre el mundo. (P129)

No. Quiero centrarme más en mis objetivos profesionales y no tengo ningún deseo de meter a un niño en ese mal mundo. Si tuviera un hijo, adoptaría. (P24)

DISCUSIÓN

La sexualidad se considera una parte fundamental de la vida de las personas, incluyendo varios aspectos, como: el sexo, la identidad de género, la orientación sexual y también la maternidad⁹. A nivel individual, las personas LGBT experimentan la heteronormatividad, es decir, la suposición social predominante de que todo el mundo es heterosexual. La heteronormatividad está presente en toda la sociedad, incluso en los entornos de salud, donde las minorías sexuales también necesitan acceder a los servicios¹⁰.

La dificultad de las mujeres bisexuales y lesbianas para revelar su orientación sexual en los servicios de salud, por un lado, y la suposición de los profesionales sobre la heterosexualidad de las pacientes, por otro, crean obstáculos para la comunicación, que explican cómo se produce la heteronormatividad en la práctica. Bajo este prisma, las personas LGBT+ obtienen más aceptación social cuando cumplen con los estándares heteronormativos⁹.

A la hora de acceder a los servicios de salud, se comprobó que la mayoría de las participantes optó por informar de su orientación sexual, por lo que, en algunos casos, las clínicas se encontraban entre los lugares a los que dejaban de acudir por no sentirse aceptadas. Otra investigación también muestra el miedo al estigma y a la discriminación como un factor importante para el alejamiento de esta población de los servicios de salud, especialmente los públicos, ya que existe una preferencia por los servicios privados¹¹.

Esta preferencia por los servicios privados muestra la ausencia o el carácter incompleto de las políticas públicas que invisibilizan la demanda y la salud de las mujeres lesbianas y bisexuales, lo que provoca problemas de salud física y psicológica. Varios estudios muestran que las minorías sexuales están más expuestas al consumo exagerado de alcohol y tabaco¹²⁻¹⁴, además de ser más propensas a reportar experiencias de victimización y amenazas de agresión, identificando un mayor riesgo de ansiedad, cambios de humor, estrés, depresión y trastornos por uso de sustancias en comparación con heterosexuales¹². La invisibilidad de lesbianas y bisexuales en los espacios de atención a la salud, la falta de preparación profesional y la consecuente evasión de esta población en estos contextos dificultan la identificación y el manejo de estas enfermedades¹⁵.

La red de apoyo indicada fue predominantemente de amigos y profesionales, lo que demuestra que la unidad familiar o íntima no funciona como red de apoyo y protección, lo que puede potenciar el daño causado por la discriminación social experimentada en los espacios públicos¹⁶.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, muchas mujeres siguen sin tener acceso a informaciones sobre los aspectos específicos de la protección sexual y, por tanto, sobre cómo

cuidar su salud de forma eficaz¹⁸. En la Resolución N.º 614/2019, el Consejo Nacional de Salud declara la garantía de la atención integral de la salud de las mujeres y de las personas LGBT+, sin embargo, las ideas estereotipadas que consideran la bisexualidad como supuesta promiscuidad de estas personas, identidad transitoria o indecisión, evidencian la abyección de estos cuerpos, cuando los profesionales de la salud no entienden esta forma de vivir la sexualidad como legítima para acceder a algún tipo de cuidado¹⁷.

Una encuesta realizada en Brasil descubrió que, en comparación con las mujeres que tienen relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres, las mujeres que sólo tienen relaciones sexuales con mujeres tenían menos probabilidades de visitar a un ginecólogo¹⁸. Cuando estas mujeres acuden a los servicios, reciben menos o ninguna orientación sobre las ITS y otras instrucciones sexuales^{5,18}. Además, cuando se les informa, se difunden ideas erróneas, como la invulnerabilidad a contraer ITS⁶.

La falta de discusión sobre el tema por parte de los profesionales también afecta al conocimiento de las propias mujeres sobre su salud sexual, de modo que los estudios informan de una falta de atención a la prevención, bien porque consideran que el riesgo de transmisión de ITS en las relaciones sexuales entre mujeres es bajo o inexistente, bien porque desconocen los posibles métodos preventivos¹⁹⁻²⁰.

Además de una frecuencia irregular de las visitas a los ginecólogos, muchas mujeres tienen miedo de exponer su orientación sexual durante las consultas, lo que lleva a una falta de reconocimiento de las prácticas sexuales y, por lo tanto, a derivaciones erróneas en cuanto a exámenes y métodos preventivos o a la no solicitud de exámenes importantes, como las pruebas rápidas de ITS y la citología vaginal²¹. Además, los profesionales de salud no animan a las mujeres, en general, a verbalizar su orientación sexual. Por lo tanto, es relevante que el profesional conozca la orientación sexual de cada mujer, para reducir el énfasis heteronormativo en la atención y, así, comprender los riesgos y problemas que pueden pasar desapercibidos, ejerciendo educación sanitaria sobre temas relevantes¹⁰.

Otra investigación demostró que, entre las mujeres bisexuales y lesbianas, el 49,33% declaró no utilizar guantes de látex, el 49% no utilizó barreras dentales y el 66% nunca utilizó preservativos para el sexo oral. Sin embargo, sólo el 32,67% declaró utilizar juguetes personales sin compartirlos¹¹, así como utilizar menos métodos de barrera durante las relaciones sexuales en comparación con las mujeres heterosexuales^{13,22}. Estos hallazgos aumentan los factores de riesgo para la salud, como la aparición de cáncer de cuello uterino, ya que existe una prevalencia del 53% de cualquier tipo de virus del papiloma humano en las

mujeres de minorías sexuales, de modo que las mujeres con cinco o más parejas sexuales durante su vida tienen más probabilidades de estar infectadas²³.

Ante la escasez de métodos adecuados y la falta de acceso a informaciones sobre prevención, muchas mujeres buscan orientación en los espacios online de la comunidad LGBT+ o en sus relaciones personales²⁴. Así, a pesar del tabú que existe sobre este tema, se fomentan ciertos comportamientos y métodos preventivos como: el lavado de manos y el corte de uñas; la adaptación del preservativo masculino y el uso del preservativo lingual; el uso de guantes desechables/guantes de látex y de soluciones tópicas de gel antimicrobiano; el uso de preservativos masculinos en los juguetes sexuales y su posterior limpieza; el uso de barreras dentales, películas de plástico y preservativos femeninos; la realización de pruebas de ITS y exámenes rutinarios; y evitar el sexo oral durante la menstruación²⁴.

Las mujeres suelen tratar los medios de prevención con extrañeza y desconfianza, ya sea porque no los consideran métodos adecuados y específicos para las prácticas sexuales entre mujeres, o porque no se sienten interesadas en utilizarlos por considerar adaptaciones, como el preservativo masculino sin lubricación, o adaptaciones de elementos que originalmente se utilizarían en otras direcciones (película plástica de PVC, guantes quirúrgicos, barrera de látex de uso dental). En vista de ello, es urgente que las políticas públicas, investigaciones y las asociaciones para el desarrollo de los insumos que se utilizarán en las relaciones entre las mujeres, porque en la medida en que no hay métodos preventivos específicos para la prevención de las ITS, no hay manera de considerar el uso de medios alternativos en la prevención, en la duda de la eficacia y la seguridad de estos elementos⁵.

El escenario de inadecuada atención en la planificación reproductiva puede causar divergencias entre las prácticas sexuales de las mujeres y sus conductas anticonceptivas, ya que, muchas veces, la anticoncepción de las mujeres no es apoyada en una elección individual e informada, llevándolas, en consecuencia, a utilizar métodos anticonceptivos poco o nada correspondientes a sus prácticas reproductivas y a su deseo de quedar embarazadas²⁵, considerando que el deseo de ampliar la familia no difiere de las familias heteroparentales⁹.

En comparación con heterosexuales, las lesbianas, los gays y los bisexuales tenían menos deseos de tener o no tener hijos. También predijeron más estigma como padres que los heterosexuales²⁶. En general, las mujeres lesbianas informaron de experiencias menos favorables con bebés y/o niños, con más costes sociales y económicos, que las mujeres heterosexuales²⁷.

El enfoque en los servicios de salud se centra en la atención a las parejas/familias heterosexuales ya que, desde el punto de vista reproductivo, son las parejas capaces de

constituir, moral y culturalmente, un núcleo familiar. Por lo tanto, la necesidad de planificación familiar para las parejas homosexuales debería ser un elemento esencial en la atención primaria de salud, tanto como lo es para las parejas heterosexuales. Permitiéndoles el acceso a la información y a los servicios de salud, así como proporcionarles atención, prevención y promoción de la salud, incluida la sexual y reproductiva²⁸.

La experiencia vivida en los espacios de salud no remite a una asistencia integral, humanizada y ética, sino anclada, muchas veces, en la falta de conciencia y el secretismo de los profesionales de la salud. También hay inseguridad en el abordaje de las personas LGBT+, resultado de la falta de formación específica/capacitación en los cursos de pregrado en salud, así como de la formación continua²⁹. Sigue siendo necesaria la formulación y aplicación de leyes, políticas, reglamentos y códigos de conducta articulados, además de procedimientos y prácticas transparentes para garantizar la igualdad de derechos de acceso y tratamiento en los servicios de salud¹⁰.

CONCLUSIÓN

Se verificó que la mayoría de las mujeres bisexuales y lesbianas universitarias creían que la heteronormatividad influía en su salud, a pesar de que predomina entre ellas la verbalización de su orientación sexual en las consultas. Por ello, muchas informaron de que habían dejado de acudir a los lugares, incluidos los servicios de salud, debido a su sexualidad, el miedo, la discriminación y la inseguridad.

Las mujeres bisexuales y lesbianas se sienten invisibilizadas por las políticas públicas de salud, generando consecuencias en el ámbito psicológico y físico, como ansiedad, depresión y repercusiones en su salud sexual. Hay una falta de preparación de los profesionales y ausencia de campañas publicitarias, que se hace visible por el insuficiente conocimiento sobre las cuestiones sexuales y reproductivas de las mujeres bisexuales y lesbianas, incluso en el tema de la prevención de las ITS, ya que esta área se centra exclusivamente en las demandas heterosexuales.

Debido a que la investigación se llevó a cabo a través de Internet, a pesar de facilitar la accesibilidad y el alcance del público, no se respondieron todas las preguntas, caracterizándose esto como una limitación del estudio. A pesar de ello, la escasez de estudios aporta contribuciones en esta investigación. A su vez, se necesitan más estudios con otros diseños y de mayor alcance, así como políticas normativas y públicas dirigidas a las mujeres lesbianas y bisexuales.

REFERENCIAS

1. Aufranc ALB. Expressões da sexualidade: um olhar junguiano. *Junguiana* [Internet]. 2018 [citado el 15 nov 2021]; 6(1):37-48. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jung/v36n1/07.pdf>
2. Lúcio FPS, Zerbini 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 el 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 el 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 el 04 dic 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 el 04 dic 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 el 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 el 04 dic 2021]; 12(3):463-70. DOI: 10.17765/2176-9206.2019v12n3p463-470
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016. xx 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 el 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 el 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 el 04 dic 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 el 04 dic 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 el 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 el 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 el 04 dic 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 el 04 dic 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 el 04 dic 2021]; 235. Disponible en: <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 el 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 el 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 el 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 el 04 dic 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 el 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 el 02 dic 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 el 02 dic 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 el 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 el 04 dic 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 el 04 dic 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 el 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 el 25 nov 2021]; 24:e190568. DOI: 10.1590/interface.190568

Editor Asociado: Rafael Gomes Ditterich.

Conflicto de Intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación: no hubo.

CONTRIBUCIONES

Naiara Regner da Silva y **Camila Daiane Silva** contribuyeron a la concepción, la recogida y el análisis de datos y la redacción. **Marina Soares Mota, Luís Felipe Hatje, Victoria Leslyê Rocha Gutmann** y **Carolina Coutinho Costa Vallejos** participaron en la redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Silva NR, Mota MS, Hatje LF, Gutmann VLR, Vallejos CCC, Silva CD. La heteronormatividad y la salud de mujeres bisexuales y lesbianas universitarias. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2022 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(3):501-14. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

SILVA, N. R. da; MOTA, M. S.; HATJE, L. F.; GUTMANN, V. L. R.; VALLEJOS, C. C. C.; SILVA, C. D. La heteronormatividad y la salud de mujeres bisexuales y lesbianas universitarias. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 3, p. 501-514, 2022. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Silva, N. R., Mota, M.S., Hatje, L.F., Gutmann, V.L.R., Vallejos, C.C.C., & Silva, C.D. (2022). La heteronormatividad y la salud de mujeres bisexuales y lesbianas universitarias. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(3), 501-514. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons