

CÂNCER DE MAMA E CORPO LÉSBICO: APAGAMENTOS DO DESEJO DISSIDENTE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Carolina de Souza
*Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista FAPESP.
carolina2.souza@usp.br*

Manoel Antônio dos Santos
*Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
masantos@ffclrp.usp.br*

*Simpósio Temático nº 38 – SAÚDE LGBTQIA+: DESAFIOS DAS EXPRESSÕES DE GÊNERO E
DAS SEXUALIDADES NO CONTEXTO DO SUS*

Resumo

Este estudo foi inspirado em entrevistas abertas realizadas com mulheres lésbicas que vivenciam/vivenciaram o câncer de mama e suas parceiras íntimas. Instigadas pelo *corpus* de pesquisa, tecemos algumas indagações que permitem problematizar o campo. Ao admitirmos que o escrutínio e controle social/familiar rigorosos sobre os corpos lésbicos seguem o regime heteronormativo, buscando torná-los dóceis, devemos nos questionar como a incidência de uma doença estigmatizante como o câncer de mama afeta tais corpos dissidentes. Para tanto realizamos um estudo qualitativo, transversal, descritivo-exploratório que teve como marco teórico os estudos de gênero. Participaram quatro mulheres com câncer de mama e três companheiras. Foi realizada entrevista individual audiogravada. Posteriormente, os dados foram organizados de acordo com a análise temática indutiva. As quatro participantes que tiveram câncer compartilharam situações nas quais sentiram que não receberam os cuidados adequados nos serviços; encontraram alguns profissionais que não conseguiram ser empáticos e tampouco se colocar na situação difícil que elas estavam vivenciando; assim, não puderam oferecer o melhor tratamento possível a elas. As companheiras relataram o desamparo que sentiram ao acompanhar suas mulheres nos serviços de saúde durante o tratamento. Apesar de quase todas as mulheres reportarem comportamentos inadequados nos serviços de saúde, como violência psicológica e negligência, apenas um casal relacionou claramente esses comportamentos com lesbofobia. Este casal também relatou que evita procurar serviços de saúde devido à experiência traumática das discriminações sofridas. As demais participantes afirmaram que não sofreram preconceito, pois não revelaram sua orientação sexual ou ela não foi colocada em questão pelos(as) profissionais.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias, Lesbianidades, Serviços de saúde, Orientação sexual.

Abstract

This study was inspired by open interviews conducted with lesbian women who experience/lived breast cancer and their intimate partners. Instigated by the research corpus, we made some inquiries to problematize the field. When we admit that the strict social/familial scrutiny and control over lesbian bodies follow the heteronormative regime, seeking to make them docile, we must question how the incidence of a stigmatizing disease such as breast cancer affects such dissident bodies. For this, we conducted a qualitative, cross-sectional, descriptive-exploratory study that had gender studies as its theoretical framework. Four women with breast cancer and three companions participated. Individual audio-recorded interviews were conducted. Subsequently, the data were organized according to inductive thematic analysis. The four participants who had cancer shared situations in which they felt they did not receive adequate care in the services; they encountered some professionals who were not able to be empathetic nor to place themselves in the difficult situation they were experiencing; thus, they could not offer the best possible treatment to them. The companions reported the helplessness they felt when accompanying their wives in the health services. Although almost all women reported inappropriate behaviors in health services, such as psychological violence and neglect, only one couple related these behaviors to lesbophobia. This couple also reported that they avoid seeking health services due to the traumatic experience of discrimination. The other participants affirmed that they did not suffer prejudice because they did not reveal their sexual orientation or it was not questioned by the professionals.

Keywords: Breast neoplasms, Lesbianities, Health services, Sexual orientation.

Introdução

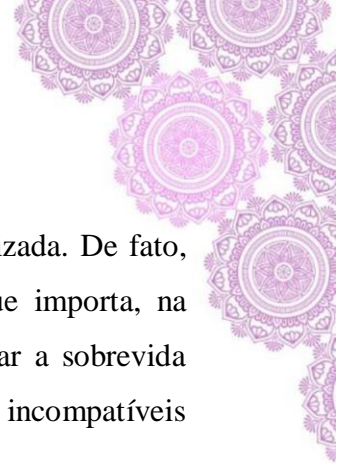
O tratamento do câncer de mama envolve um percurso longo tortuoso, rumo a um futuro permeado por incertezas, que suscita temores e insegurança nas mulheres acometidas e em suas famílias. Quando se veem confrontadas com uma doença socialmente estigmatizada e associada à finitude, as pacientes necessitam lançar mão de estratégias para se ajustarem às demandas que surgem em cada etapa do tratamento. Nessa jornada é importante que desenvolvam um vínculo de confiança com a equipe de saúde e a figura do médico oncologista muitas vezes ocupa uma posição central nesse cenário. Isso fica patente quando o profissional propõe a reconstrução mamária como uma opção do arsenal terapêutico. O estudo de Inocenti et al. (2016) aponta que, em alguns casos, é o próprio médico que escolheu quando a cirurgia seria realizada e decidiu qual o tipo, sendo que algumas mulheres alegaram que não tiveram oportunidade de participar da decisão sobre suas opções.

No processo de subjetivação e construção social da feminilidade, a mama constitui um componente erótico precioso, revestido de significados valorativos pela mulher, contribuindo na elaboração do seu senso de identidade como pessoa sexuada. É compreensível que a remoção de uma parte tão importante para a subjetividade das mulheres remeta à ideia de se tornar “incompleta”, como se encontra na vivência de várias pacientes, que relatam que pararam de ser desejáveis e fisicamente

atraentes. Esses impactos devastadores são recorrentes nas experiências das mulheres mastectomizadas, como atestam os estudos sobre os sentidos produzidos nesse contexto que afeta, em maior ou menor grau, todas as mulheres que passam por essa situação de ter que remover um órgão que é tão associado a múltiplos signos culturalmente associados ao feminino, como erogeneidade, maternidade e amamentação. A partir do momento em que se veem mutiladas, elas passam a evitar qualquer situação de exposição do corpo que ameace revelar seu “imaginário incompleto”, esquivando-se do contato para esconderem sua “deficiência” de outras pessoas e, sobretudo, de si mesmas. A falta do valor simbolicamente atribuído a uma parte altamente valorizada do próprio corpo muitas vezes tende a se irradiar para o restante da pessoa, podendo defini-la a depender dos significados construídos para a perda sofrida e o sentimento de incompletude resultante. É nesse ponto que o declínio da autoestima pode acarretar uma introversão excessiva ou acentuar a inibição e isolamento social (RODRIGUES et al., 2018; SILVA et al., 2012).

Diante da possibilidade iminente de perdas, inclusive da própria vida, as relações afetivas tendem a adquirir grande proeminência e passam a ser um recurso valioso a ser utilizado no momento de reconstrução da rotina no período pós-tratamento e de reaproximação com um cotidiano mais previsível. Contar com um relacionamento conjugal de qualidade auxilia a mulher a superar as situações difíceis e a ressignificar sua nova forma de existência-com-a-doença muito além da dor e do sofrimento que lhe são inerentes, sendo capaz de restaurar as bases de seu bem-estar e preservar sua qualidade de vida, o que é percebido também pelos cônjuges e filhos (BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006; OLIVEIRA et al., 2013).

Estudos que investigam a relevância do laço conjugal são muito valorizados no cenário do câncer de mama, no entanto, raramente tem sido investigada a situação das mulheres lésbicas e suas parceiras íntimas. Nas práticas de saúde há uma clara negação da sexualidade das pacientes de um modo geral e a pergunta sobre orientação sexual sequer é incluída pelos profissionais de saúde durante a consulta de rotina, o que reforça a invisibilização das mulheres lésbicas nos serviços de saúde, pois se reitera a crença de que todas as mulheres são heterossexuais. A heterossexualidade presumida não é um pressuposto exclusivo dos centros de tratamento, mas é neles que essa invisibilização adquire efeitos mais deletérios, uma vez que se produz o apagamento ativo de uma dimensão fundamental para a recuperação da autoestima e da saúde emocional da mulher acometida pelo câncer mamário. Desse modo, nas práticas em saúde os profissionais, sem terem plena consciência desse processo, acabam sustentando o pressuposto de que todas as mulheres assistidas em decorrência do câncer de mama têm uma sexualidade hetero-orientada, além de naturalizarem o pressuposto de que orientações



sobre sexualidade não devem ser parte essencial dos cuidados à mulher mastectomizada. De fato, profissionais de saúde que atuam nos serviços de oncologia entendem que o que importa, na assistência da mulher mastectomizada, é assegurar boas condições para incrementar a sobrevivência (JUNQUEIRA, 2014). Como se sobreviver e sentir-se feliz e plena fossem dimensões incompatíveis para a mulher que adoece.

Em decorrência dessas crenças sedimentadas na assistência oncológica, há uma tendência a negligenciar os aspectos relacionais. Como já mencionado, naturaliza-se a ideia de que a mulher com câncer de mama tem, necessariamente, um marido, companheiro ou namorado, não se concebendo a possibilidade de ela ser atraída sexual e afetivamente por outra mulher e ter uma parceira íntima, que também necessitará receber atenção, orientações e cuidados durante o processo de tratamento oncológico. Nesse sentido, há o risco de não-cuidado em relação a uma figura de apoio social fundamental no processo de enfrentamento da mulher acometida por câncer (CARVALHO; CALDERARO; SOUZA, 2013).

Em um estudo com enfermeiras brasileiras que atuam na oncologia, foi possível identificar uma série de representações em relação à sexualidade que incidem sobre as formas como essas profissionais se comunicam com as pacientes que estão se recuperando do câncer de mama (VIEIRA et al., 2013). Observou-se que algumas dessas representações encontram-se francamente lastreadas no imaginário cultivado pelo modelo biomédico, que elege a meta da sobrevivência física como o valor que norteia e dá sentido a todos os esforços de recuperação da saúde. A perspectiva de manter-se com vida, no sentido engendrado pelo discurso médico, é o bem supremo, não importando as dimensões subjetivas envolvidas na qualidade da sobrevivência.

Na representação que as profissionais de saúde constroem de suas pacientes, viver para elas é mais relevante do que o bem-estar emocional e a satisfação sexual. Vieira et al. (2013) assumem que as representações sobre a sexualidade elaboradas pelas profissionais que oferecem cuidados oncológicos têm potencial de afetar a comunicação com as pacientes durante a assistência. Conhecer os meandros dessas representações é valioso porque pode auxiliar no aperfeiçoamento da qualificação oferecida às enfermeiras e aos demais trabalhadores da saúde responsáveis pela produção do cuidado (VIEIRA et al., 2013). Por outro lado, é preciso dar voz às pacientes, especialmente àquelas que se afastam do padrão heteronormativo, de modo a valorizar suas vivências, expectativas, desejos, valores e projetos.

Raramente as pesquisas se voltam para a construção de sentidos e significados pelas mulheres lésbicas que vivenciam o câncer de mama e suas parceiras íntimas. É preciso problematizar esse

campo silenciado da experiência feminina, para que essas mulheres não tenham seus cuidados negligenciados na medida em que sofrem apagamento de suas existências nos centros de assistência oncológica. É necessário questionar como a incidência de uma doença estigmatizante como o câncer de mama afeta tais corpos dissidentes do regime heteronormativo. Como as mulheres lésbicas se organizam suas necessidades de saúde? Será que as relações afetivas e sexuais são atravessadas de maneira semelhante na experiência dos corpos lésbicos e dos corpos que estão em conformidade com o padrão heteronormativo?

Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é investigar os significados atribuídos por mulheres lésbicas e suas parceiras íntimas às práticas de cuidado em saúde.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, de corte transversal. A perspectiva da pesquisa qualitativa busca subsidiar a compreensão de significados, sentidos, vivências, experiências, crenças e representações, valorizando diferentes perspectivas – no caso, da mulher lésbica acometida por câncer de mama – e tendo em vista seus aspectos biopsicossociais (FLICK, 2009).

Participantes

Participaram da pesquisa sete mulheres que se autoidentificam como lésbicas, sendo que quatro haviam recebido o diagnóstico de câncer de mama e se submeteram a tratamento oncológico e três eram as parceiras íntimas que acompanharam o tratamento de suas namoradas/esposas, independentemente do tempo de união. As participantes foram selecionadas a partir dos seguintes critérios de elegibilidade/intencionalidade: ter idade igual ou superior a 18 anos, ter sido diagnosticada com câncer de mama (no caso das pacientes) ou ser sua parceira afetiva, estar em condições clínicas para conceder a entrevista e aceitar o convite de participação. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: estar fisicamente debilitada; apresentar dificuldades acentuadas de compreensão e/ou comunicação, que poderiam inviabilizar o engajamento na situação de entrevista. Uma das parceiras íntimas declinou do convite, alegando não ter desejo no momento de conversar sobre a experiência do câncer de sua companheira.

Procedimentos investigativos

a) *Formulário de Dados Sociodemográficos*: Trata-se de um formulário contendo dados sociodemográficos e clínicos, com o intuito de delinear o perfil das participantes.

b) *Critério de Classificação Econômica – Critério Brasil (CCEB)*: Trata-se de um instrumento que tem por propósito caracterizar as participantes em termos de sua posição na pirâmide social. O Critério Brasil é um instrumento padronizado e de acesso aberto, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), com base nos itens de conforto doméstico e nível de escolaridade da pessoa de referência (“chefe de família”) (ABEP, 2016).

c) *Roteiro de Entrevista Semiestruturado*: Para construção do *corpus* de pesquisa foram realizadas entrevistas narrativas episódicas, que segundo Flick (2009) concentram-se na compreensão dos relatos das participantes da pesquisa acerca de fatos, episódios e acontecimentos que se mostram relevantes para a compreensão do fenômeno estudado. O roteiro de entrevista foi desenvolvido a partir de uma revisão de artigos científicos sobre a temática, realizada pela pesquisadora, complementado pela experiência de assistência a mulheres mastectomizadas do grupo de pesquisa.

Procedimento

a) *Constituição do corpus de pesquisa*: A pesquisadora teve acesso às participantes e suas parceiras a partir da rede de contatos do grupo de pesquisa e depois, a partir de indicações das primeiras participantes (“bola de neve”). Foi realizado o convite e agendamento da entrevista na residência ou outro local, de acordo com a conveniência da participante. Foram realizadas entrevistas com cada participante, em separado, à exceção de um casal, Débora e Helena, que compareceram juntas em ambas as entrevistas. Todas as entrevistas foram conduzidas em situação face a face e audiogravadas mediante anuência das participantes. A coleta de dados foi realizada em ambiente preservado, resguardando-se os princípios de conforto e privacidade. Preliminarmente, a pesquisadora entrou em contato com as mulheres elegíveis que tiveram o diagnóstico, explicando os objetivos da pesquisa e solicitando sua colaboração. Havendo anuência por parte delas, a pesquisadora entrou em contato e agendou um encontro de acordo com a conveniência da participante. Nessa ocasião foi agendada a entrevista com a parceira.

b) *Procedimentos utilizados para análise do corpus*: As entrevistas audiogravadas foram transcritas na íntegra e analisadas na perspectiva da análise temática indutiva (BRAUN; CLARK, 2006). Foram realizadas leituras exaustivas do material transcrito, o que possibilitou a identificação de categorias temáticas e unidades de significado que subsidiaram a construção dos resultados e a

interpretação dos dados. Os resultados foram sistematizados nas categorias temáticas e interpretados com base no referencial teórico dos estudos de gênero, que permitiu desvelar os significados atribuídos às dimensões do câncer de mama e do tratamento oncológico na perspectiva das mulheres lésbicas.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE nº 65391517.4.0000.5407) e seguiu as diretrizes éticas definidas pela Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). As participantes formalizaram sua anuência com a participação na pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com vistas a preservar o anonimato e a confidencialidade dos dados, os nomes das entrevistadas foram substituídos por nomes fictícios escolhidos pelas próprias participantes.

Resultados e Discussão

Análise das entrevistas com as mulheres que tiveram câncer de mama

As quatro participantes reportaram situações nas quais sentiram que não receberam os cuidados adequados nos serviços de saúde.

[...] porque a gente já estava, desde as oito horas da noite, num hospital aguardando... eles falam de três a quatro horas pra sair o exame, que eles falam que eles vão avisar e na realidade não avisaram. Quando a Helena foi lá, o exame já estava pronto, era onze e meia da noite, e isso eram duas horas da manhã a hora que ela foi verificar, e ninguém falou pra gente que estava pronto. Então, quer dizer, já vem de uma situação exaustiva [...] (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

Então, mas eu acho que a cultura do... do... de fazer a cirurgia, porque quanto mais cirurgia, mais dinheiro eles têm, entendeu? Que é a história que eles acharam quando ele [médico] decidiu não fazer a minha mastectomia [...]. Porque é muito mais rápido, se eu fizer junto, ele vai fazer as duas em três horas. Se ele fizer, ele vai cobrar quase o mesmo tanto do seguro-saúde pra fazer uma e, daqui a dez anos, ele vai cobrar de novo pra fazer a outra. Ele cobra duas vezes [...] (Nina, 53 anos, esposa da Érika).

Porque, logo depois, eu tive dores na minha bacia e aí houve uma suspeita do câncer [ter voltado] na bacia e aquilo... fiquei desesperada. A hora que elas [enfermeiras] entravam na sala e o doutor estava fazendo uma bacia de exames em mim e não

descobria o que que era... Falei assim: “se eu estiver com câncer de novo, vocês tão tudo fudida”, porque eu estava há três meses sem remédio [...] (Yele, 38 anos, namorada da Fernanda).

[...] Aí eu comecei a ter os retornos normal, tá? Ele me mandava chegar às sete horas da manhã e eu saía daqui uma hora da tarde. A hora que eu chegava no consultório, eu ficava muito irritada, muito irritada, a ponto de esclarecer nada, ele me perguntava, eu respondia assim com meias palavras, simplificava tudo, porque eu já não estava aguentando mais. [...] (Frida, 51 anos, namorada da Marília).

A análise de Wandrey, Qualls e Mosack (2016) sobre um fórum específico para mulheres de minorias sexuais que tiveram câncer de mama, indicou que os serviços de suporte atualmente disponíveis podem não estar atendendo adequadamente às necessidades exclusivas desse segmento. Aquelas que postaram neste fórum específico para lésbicas relataram a presença de homofobia, viés heteronormativo e sentimentos de exclusão nos principais serviços de apoio ao câncer de mama. Os depoimentos de Débora, Nina, Yele e Frida mostram que elas se defrontaram com alguns profissionais que não conseguiram ser empáticos, nem se colocarem na situação difícil que elas estavam vivenciando, para poderem oferecer o melhor tratamento possível a elas.

Débora relatou que teve mais de uma experiência de discriminação com os médicos que encontrou ao longo do tratamento.

Por exemplo, de um profissional que, ao invés de falar: “olha, Débora, você está com uma pneumonia, vou te receitar um antibiótico”, que seria a medida que ele teria que tomar. Mas não, ao invés disso, ele ficou falando, comentando: “nossa, mas você é uma mulher bonita”, que não sei o quê, sendo que a minha esposa estava do meu lado. Então... foi muito constrangedor, foi horrível, uma situação terrível também. [...] Meio que me assustou totalmente, porque ele queria me internar [...]. Se eu estivesse com meu marido, ele não faria isso. Isso eu tenho certeza, porque... eu já fui em lugares com meu irmão, por exemplo, e já fui respeitada, entendeu? (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

De você poder falar abertamente, de... que nem eu falei, tinha um profissional que, quando ele perguntou sobre relação sexual, falei que tinha uma parceira, ele riu e falou: “eu não consigo entender isso”. Só que eu acho que isso não cabe ao profissional... ele querer entender, ou não. Cabe a mim, né, e eu só quero que ele me escute, né, e que ele... se ele não for pra falar nada que vá me agregar, que ele não fale nada [...] (Débora, 37 anos, namorada da Helena).

As representações de gênero nos serviços de saúde e a orientação sexual das usuárias têm implicações para a rotina e organização desses serviços, incluindo a invisibilização que as mulheres lésbicas ou bissexuais sofrem nesse território. Também têm efeitos nas relações entre os profissionais, que influenciados por modelos culturais podem excluir aquilo que é diferente do padrão convencional

por meio de sua desconsideração, e usuárias no contexto da assistência. Tais profissionais são percebidos pelas pacientes como barreiras no acesso aos serviços de saúde (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018; VALADÃO; GOMES, 2011). Percebe-se que a postura do primeiro médico que Débora mencionou (falar sobre a aparência dela ao invés de discutir o tratamento) teve um comportamento que a assustou. Foi um ato de violência que ela sentiu que poderia prejudicar seu tratamento e sua continuidade, caso ela precisasse ser internada ou acompanhada especificamente por esse médico durante algum tempo.

Além disso, pode-se observar no primeiro excerto de fala (Débora) como a distribuição do poder é profundamente desigual entre homens e mulheres, pois as relações sociais são marcadas pela dominação masculina. O médico homem, com seus privilégios associados à dominação e à suposta superioridade na hierarquia de prestígio social, dirigiu uma fala ofensiva para sua paciente mulher sem considerar o efeito prejudicial que isso poderia ter nela. Observa-se a heterossexualidade compulsória como forma de opressão, pois a paciente ficou com medo de ter de seguir o tratamento com esse profissional. Débora também relatou acreditar que, se ela estivesse acompanhada por um homem, seja ele irmão, namorado ou marido, ao invés de sua namorada, ela teria sido respeitada durante a consulta, pois a expectativa da heterossexualidade presumida estaria resguardada (MOLINIER; WELZER-LANG, 2009; NICHOLSON, 2000; SCOTT, 1989).

No segundo excerto de fala, a participante mencionou um profissional que lhe disse que não conseguia entender o fato de Débora ter uma parceira em vez de um parceiro. Essa inaceitável sentença preconceituosa é vestígio da herança patriarcal e sexista. O homem branco é incapaz de perceber os privilégios de que desfruta, mas se autoriza a ser preconceituoso e ofensivo. Isso mostra a incapacidade de algumas pessoas de entenderem que uma mulher pode satisfazer sexualmente uma outra, pois na sociedade a visão predominante é a de que a mulher é o objeto que vai satisfazer o homem ou o homem é o sujeito capaz de satisfazer a mulher. Qualquer pensamento divergente desse ideário machista e retrógrado parece soar ilegítimo (TOLEDO, 2008).

Análise das entrevistas com as companheiras e parceiras íntimas

Helena e Marília falaram sobre o desamparo que sentiam quando frequentavam os serviços como acompanhantes de suas mulheres. A primeira relatou que o mastologista de Débora não deu muita atenção para o erro que ele havia cometido na colocação de sua prótese e a segunda mencionou que a namorada passou por vários médicos diferentes ao longo do tratamento:

A gente está sendo muito mal amparada pelos médicos com quem ela tem passado até agora, por exemplo, o mastologista dela. Ele fez uma cagadinha nas mamas e a prótese de silicone ela está virada. [...] Tem uma bolinha de ar que pode... É uma bolinha de ar que pode furar a qualquer momento e que ele disse no consultório médico: “ah, normal, você vai precisar mesmo trocar a prótese no máximo dentro de um ano, mas é normal” (Helena, 22 anos, namorada da Débora).

É uma coisa que eu acho difícil no tratamento do [nome do hospital]. É cada vez ser um residente que te atende. Isso, para mim, no tratamento oncológico, é muito difícil. [...]. Ela fica muito solta. [...] Mas, acho que, para essas patologias, é muito importante ter alguém fixo [...]. Outro profissional que seguisse, que escutasse, que... sabe? Eu acho que a coisa lá, ela caminharia de outra forma (Marília, 59 anos, namorada da Frida).

Villela (2014) defendeu em seu estudo que as mulheres de minorias sexuais possam se unir e dividir suas vivências com os atendimentos na saúde. O foco não está no que se vai perguntar a elas, mas como é o acolhimento, como se dá a abertura para a usuária falar de questões pessoais que impactam diretamente na sua saúde, e isso deve ir além dos temas que se relacionam diretamente com a sexualidade. Para que os profissionais de saúde não fiquem presos a categorias fixas, que também engessam, aprisionam e expressam o poder dominante, é importante que eles pensem também na fluidez e na diversidade das práticas sexuais das pacientes. Helena e Marília não atribuíram diretamente os “maus atendimentos” que vivenciaram com suas parceiras à sua orientação sexual, mas, por outro lado, evocaram episódios de pouco acolhimento nos serviços de saúde.

Helena também sentiu que ela e Débora não eram tratadas como casal durante as consultas médicas, uma experiência que pode se configurar como uma discriminação também, uma prática nem sempre evidente, pois na maior parte das vezes é atuada de forma silenciosa e sutil.

É como se não existisse casal [durante as consultas]. É... tanto que assim ela [médica] mal me cumprimenta quando eu entro na sala. Ela fala só com a Débora, se direciona só com ela. Se eu falo alguma coisa, ela olha meio com o olho assim, e se volta para a Débora, como se ela estivesse sozinha ali. [...] Eu sou cara de pau. Então, o que eu tenho que falar, eu falo mesmo e não tô nem aí. Mas, às vezes, dá vontade de falar: “minha filha, eu tô aqui, você tem que falar comigo também, porque eu quero saber o que está acontecendo” (Helena, 22 anos, namorada de Débora).

O cuidado à saúde das mulheres ainda permanece focado na lógica biologicista, centrada na reprodução e não no prazer. Com isso, questões sobre a orientação sexual não têm sido incorporadas na rotina das consultas ginecológicas. O tema da sexualidade ainda é considerado vergonhoso, sujo, proibido. A sexualidade feminina “reduz-se” à genitalidade. Pode-se dizer que as mulheres são ensinadas, desse que nascem, a serem mães, a cuidarem dos demais, especialmente de crianças e

velhos, a “dar prazer ao outro”. Assim, a sexualidade das mulheres é negada, reprimida e, em larga medida, temida. Essas lacunas invisibilizam as lesbianidades e suas práticas sexuais (FERREIRA et al., 2018).

Para escutar as mulheres lésbicas, os profissionais de saúde precisam “sair do armário”, isto é, deixar sua zona de conforto. É importante que médicos e médicas tenham coragem de ouvir o que as mulheres lésbicas e bissexuais têm para dizer, compreendendo que dificuldades sempre existirão, pois existem certas questões para as quais não há resposta e que também não são fáceis de entender (SOARES, 2014). De fato, a fala de Helena mostra que a profissional nega que as duas mulheres que estão em seu consultório possam ter uma sexualidade madura e própria, com foco em seu próprio prazer e não no dos outros, e não pensando em reprodução.

Ao compartilharem suas experiências ruins com consultas médicas, Helena explicou que, depois do que passaram, ela e sua namorada evitam procurar serviços de saúde.

Sem contar o ponto que a gente [ela e Débora] procrastina para ir no médico [ginecologista]. [...]. É. Tecnicamente, eu tive uma infecção de urina, ne, e eu precisava de um médico, passar pelo ginecologista para ver o que era, se era só isso, se era alguma outra coisa, e eu enrolei até não aguentar mais (Helena, 22 anos, namorada de Débora).

Várias pesquisas indicaram que mulheres homossexuais apresentam grande resistência à procura dos serviços de saúde, o que mostra o contexto discriminatório que viceja nesses locais, onde a heterossexualidade é vista como única opção válida – e até mesmo possível, resultando na falta de qualificação e no preconceito dos profissionais de saúde, que se manifestam quando eles precisam atender demandas que vão além da heteronormatividade. As críticas ao sistema de saúde indicam insatisfações, que vão desde a exposição ao preconceito institucional à precariedade e ineficiência dos programas disponíveis. Esses pontos críticos terminam por afastar as pessoas LGBTQIA+ dos serviços de saúde, sendo que as mulheres lésbicas acabam não buscando assistência médica para submeterem-se a exames de prevenção para o câncer de mama e colo de útero, por exemplo. Assim, a consulta ginecológica se configura como uma situação muito delicada, tanto para o profissional de saúde quanto para a mulher, e envolve uma série de mediações, que passam pelas experiências anteriores com outros profissionais e pelas representações sobre o corpo e sobre o próprio exame (ALBUQUERQUE et al., 2013; RUFINO, 2014). A demora de Helena e Débora para buscar profissionais da saúde provavelmente se relaciona com suas experiências anteriores, de teor

discriminatório, vividas nesses locais, o que gera também um desconforto em relação aos profissionais e ao próprio serviço de saúde.

Considerações Finais

O estudo permitiu desvelar situações e episódios nos quais as participantes se sentiram desrespeitadas nos serviços de saúde, seja por terem seu tratamento negado, pelo cansaço da espera pelo atendimento e resultados de exames, ou por não receberem informações completas sobre a cirurgia de mastectomia e suas consequências. Todavia, a principal queixa diz respeito a experiências traumáticas, nas quais sofreram discriminação nos hospitais motivada pela orientação sexual, especialmente da parte de médicos. As manifestações de preconceito e os abusos relatados foram direcionados tanto à mulher acometida quanto à sua companheira, e foram praticados tanto por profissionais homens como por mulheres. No caso dos homens, os tipos de violência englobaram atos discriminatórios, procedimentos abusivos e assédio sexual.

Assim, o contato com o setor saúde foi marcado por uma série de encontros e desencontros. Ausência de acolhimento e de empatia, indiferença com a dor alheia, sarcasmo e ironias, constrangimento, discriminação, exames malconduzidos e concepções errôneas foram alguns dos sentimentos que, em maior ou menor grau, as sete participantes relataram ter vivenciado diante de “bons” e “maus” profissionais em suas idas aos serviços de saúde. É importante ressaltar que, apesar de todas as mulheres relatarem episódios de práticas abusivas nos hospitais, poucas atribuíram essas fissuras do cuidado à sua orientação sexual, preferindo imputá-las às condições estruturais da saúde no país e às falhas de organização dos serviços.

Referências

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 516-524. 2013.

BERVIAN, P. I.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 2, p. 121-128. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário**

Oficial da União. Brasília, 2012. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

BRASIL. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil 2015.** 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 30 out. 2016.

BRAUN, V.; CLARK, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101. 2006.

CARVALHO, C. S.; CALDERARO, F.; SOUZA, S. J. O dispositivo “saúde de mulheres lésbicas”: (in)visibilidade e direitos. **Revista Psicologia Política**, v. 13, n. 26, p. 111-127. 2013.

FERREIRA, B. O.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F. Diversidade de gênero e acesso ao sistema único de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-10. 2018.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Tradução: Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

INOCENTI, A. *et al.* Impact of the effects of the reconstructive surgery in the life of women with breast cancer. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 2, e4520014. 2016.

JUNQUEIRA, L. C. U. **A roteirização da sexualidade por enfermeiras que cuidam de pacientes com câncer de mama.** Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

MOLINIER, P.; WELZER-LANG, D. Feminilidade, masculinidade, virilidade. *In:* HIRATA, H.; LABORIE, F.; DOARÉ, H.; SENOTIER, D. (orgs.), **Dicionário crítico do feminismo** (pp. 101-106). São Paulo: Editora UNESP, 2009.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 8, n. 2, p. 9-41. 2000.

OLIVEIRA, L. B. *et al.* A feminilidade e sexualidade da mulher com câncer de mama. **CATUSSABA: Revista Científica da Escola de Saúde da UnP**, v. 3, n. 1, p. 43-53. 2013.

RODRIGUES, N. S. *et al.* O impacto da mastectomia na sexualidade da mulher. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 23, n. 242. 2018.

RUFINO, A. Ministério da Saúde. Saúde Sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres. *In:* **Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais** (pp. 54-61). Brasília, DF, 2014.

SCOTT, J. W. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p. 71-99. 1989.

SILVA, S. E. D. *et al.* Câncer de mama uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 2, p. 451-463. 2012.

SOARES, G. Ministério da Saúde. Diretrizes para assistência à saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres. In: **Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais** (pp. 43-47). Brasília, 2014.

TOLEDO, L. G. **Estigmas e estereótipos sobre as lesbianidades e suas influências nas narrativas de histórias de vida de lésbicas residentes em uma cidade do interior paulista.** Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2008.

VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1451-1467. 2011.

VIEIRA, E. M. *et al.* Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 2049-2056. 2013.

VILLELA, W. Ministério da Saúde. Atenção Integral a Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. In: **Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais** (pp. 31-35). Brasília, 2014.

WANDREY, R. L.; QUALLS, W. D.; MOSACK, K. E. Are mainstream support services meeting the needs of sexual minority women with breast cancer? An exploration of the perspectives and experiences of users of an online support forum. **Journal of Gay & Lesbian Social Services**, v. 28, n. 4, p. 336-348. 2016.