



Plataforma "Se Toca, Mana!": o processo de Design na investigação das barreiras no exercício do direito à saúde de mulheres LBT.

"Se Toca, Mana!" platform: the Design process in the investigation of barriers in the exercise of the right to health of LBT women.

6

Amanda Lopes Oliveira, Centro de Estudos e Sistemas Avançados do Recife
amandalopesoliv@gmail.com

Juliane Miranda de Araújo, Centro de Estudos e Sistemas Avançados do Recife
miranda.juliane@gmail.com

Helda Oliveira Barros, Centro de Estudos e Sistemas Avançados do Recife
helda@cesar.school

Resumo

Este artigo, de caráter qualitativo, teve por objetivo compreender as vivências de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais (LBT), abordando os impactos do pressuposto heteronormativo nos atendimentos em espaços de saúde, utilizando a metodologia do *Design Science Research*. Os dados empíricos foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas com 6 mulheres lésbicas, 2 bissexuais, 2 transexuais e 4 heterossexuais, pertencentes a diferentes classes e identidades raciais, vivendo na Região Metropolitana do Recife. Os resultados apontam para as dificuldades dessas mulheres em acessar cuidados efetivos e integrais à saúde, sendo estas agravadas pela sua identidade de gênero e/ou sexualidade. Nesse sentido, foi desenvolvida uma solução que ajuda a conectar mulheres LBT a profissionais de saúde capacitados para atendimento humanizado e a ampliação de redes de compartilhamento de conhecimento e experiências.

Palavras-chave: Design Science Research, Direito à Saúde, Empoderamento Feminino, Interseccionalidade, Pressuposto Heteronormativo.

Abstract

This qualitative article aimed to understand the experiences of lesbian, bisexual and transsexual (LBT) women, addressing the issue of heteronormative assumption in health care services, using Design Science Research as a research methodology. The empirical data were collected from semi-structured interviews with 6 lesbian, 2 bisexual, 2 transsexual and 3 straight women, belonging to different classes and racial identities, living in the Metropolitan Region of Recife. The results point to the difficulties these women have in accessing effective and integral health care, aggravated by their gender identity and/or sexuality. In this sense, a solution was developed to help connect LBT women to health professionals trained for humanized care and the expansion of networks for sharing knowledge and experiences.

Keywords: Design Science Research, Right to Health, Female Empowerment, Intersectionality, Heteronormative Assumption





Introdução

Ainda que haja políticas de saúde para atender a diversidade de gênero e sexualidade, mulheres LBT enfrentam barreiras preconceituosas e discriminatórias em espaços de saúde. O pressuposto heteronormativo está presente no atendimento prestado a essa população e priva o acesso aos direitos humanos básicos. Existe uma naturalização da heteronormatividade, que aborda a sexualidade de uma maneira restritiva e focada apenas nos aspectos reprodutivos, em detrimento da diversidade existente nessas práticas sexuais (MOSCHETA; FÉBOLE; ANZOLIN, 2016). Isso se dá pela ausência de atendimento humanizado, perpetuação de violências e desconfortos, que tensionam as relações entre essas mulheres e a performance sexual atrelada às suas identidades (BJORKMAN; MALTERUD, 2009). Foram utilizados métodos de Design Science/Design Science Research que, de acordo com Vaishnavi e Kuechler (2009), se caracteriza por ser um conjunto de técnicas analíticas que permite o desenvolvimento de pesquisas nas diversas áreas, gerando conhecimento a partir das decisões tomadas dentro de um determinado contexto, entendendo não só o usuário principal, mas também os *stakeholders* envolvidos no processo, como por exemplo, profissionais de saúde. A pesquisa realizada por meio de entrevistas com mulheres LBT, incluindo pacientes e médicas, revelou a grande dor dessas usuárias no momento de revelação da orientação sexual e como as consultas são conduzidas a partir deste momento em diante. Foi identificada a falta de preparo estrutural dos profissionais de saúde no atendimento a essas mulheres. O objetivo da pesquisa é discutir as particularidades dessas vivências, identificar as lacunas no atendimento e propor uma solução viável a essa problemática das mulheres LBT. Desta forma, criou-se a plataforma "Se Toca, Mana!", que busca acolher, empoderar mulheres e democratizar o acesso à informação acerca de saúde sexual e sexualidade.

Relacionando conceitos de gênero, sexualidade, relações de poder e interseccionalidade ao contexto de saúde da população LGBTQIAPN+ no Brasil

Entende-se por gênero a "estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural do ser" (BUTLER, 2010, p. 59). Para atribuir inteligibilidade ao gênero, cria-se então uma ordem compulsória da heterossexualidade, estruturada a partir de uma lógica binária e opositiva entre masculino e feminino, sendo que sexo, gênero, práticas sexuais e desejo obedecem a uma matriz heteronormativa (BUTLER, 2010). A construção de estruturas de poder é baseada na diferenciação que se manifesta em várias esferas e escalas, mantendo o poder heteronormativo entre homens e mulheres e engessando processos de construções identitárias dissonantes. Dessa maneira, as questões de sexualidade e identidade de gênero afetam a oportunidade de acesso ao mercado de trabalho e às ações de serviços de saúde, pois as relações de poder formadas na sociedade são instrumentos de dominação de grupos hegemônicos que se manifestam na linguagem, na formação de estereótipos e entendimento sobre o que é considerado socialmente aceitável, sendo exemplo



para este artigo a heteronormatividade. Ademais, é fundamental frisar que a biologia positivista tende a produzir silenciamentos sobre os determinantes em saúde e aos fatores de risco do processo saúde-doença, sobretudo nas questões ligadas ao sexo e identidade de gênero que vão contra a heteronormatividade imposta pela sociedade. Segundo Foucault (2009), o núcleo familiar centrado nos pilares marido-mulher e pais-filhos formaram os alicerces da sexualidade, sendo este compreendido como um dispositivo histórico regido por saberes-poderes institucionalizados pela demografia, pedagogia, medicina e justiça penal com o objetivo de normalizar, classificar e regular a sexualidade. A partir disso, entendemos que a construção dessas estruturas de poder se pauta e se reproduz através dessa diferenciação que se manifesta para além de uma função biológica em diversas esferas e escalas: dentro das instituições, no mercado de trabalho, no acesso às oportunidades, nas práticas sociais, nas construções interpessoais nos relacionamentos (WEEKS, 2010; RUBIN, 1975; VANCE, 1991). É válido salientar que as percepções sociais e as ideias de identidade e gênero acontecem de forma gradual na vida do ser humano, pois existe uma hierarquia nas relações de gênero e sociais que interfere na forma em que os corpos existem e são tratados dentro de um contexto cultural e sociopolítico. Assim, as existências de todo e qualquer indivíduo devem ser consideradas a partir de suas interseccionalidades. O conceito interseccionalidade engloba as especificidades de cada pessoa, uma vez que existem sistemas discriminatórios na sociedade: o racismo, a opressão de classe e o patriarcalismo causam desigualdades básicas que privilegiam ou não um indivíduo na sociedade, a partir desses marcadores de gênero, raça, classe e sexualidade (CRENSHAW, 2002).

Quando analisamos o contexto da área de saúde, queremos entender como essas interseccionalidades podem garantir ou negar o acesso a esse direito básico. No Brasil, o acesso à saúde é afetado pelas interseccionalidades de gênero, raça, classe, idade e orientação sexual. As mulheres são a maioria da população e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando as desigualdades de gênero e seu forte impacto nas condições de acesso à saúde, o que levou à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004¹. Dentre os principais objetivos destaca-se: i) a introdução e visibilização das necessidades específicas desse público; ii) a introdução de ações focadas no público feminino; iii) definição de fontes de recursos; iv) responsabilidades dentro das diversas camadas existentes no sistema, de acordo com as diretrizes do SUS; v) instrumentos de gestão adotados pelo Ministério da Saúde; vi) a introdução de políticas de “transversalidade de gênero, o recorte racial-étnico e as especificidades das mulheres que fazem sexo com mulheres” (BRASIL, 2015).

A complexidade desse cenário no Brasil, mostra a relevância de abordar os contextos de interseccionalidade que vão muito além de apenas o gênero da pessoa. Em razão disso, faz-se necessário discutir a garantia e o acesso aos direitos sociais e jurídicos das pessoas

¹ Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf.



LGBTQIAPN+ no campo da saúde. Esta população específica sofre com altos índices de violência e falta de acesso à direitos básicos, incluindo a saúde. Além disso, no Brasil, esta população é a mais assassinada em comparação com outros países. Desta maneira, para garantir o acesso aos serviços de saúde e combater a LGBTfobia, foi implementada a Política Nacional de Saúde LGBT em 2011², com o objetivo de promover a saúde integral, a exclusão da lgbtfobia e a inclusão de ações educativas na saúde pública.

Contudo, mesmo com estes esforços do poder público, em 2020, de acordo com o relatório “Observatório das Mortes Violentas de LGBTI+ No Brasil”, houve 237 mortes, das quais 95,4% foram homicídios e 5,5% foram suicídios, sendo que dentre o total destas vítimas 70% eram travestis e mulheres trans, 22% eram gays, 5% eram lésbicas, 3% eram homens trans, 1% eram bissexuais e 0,4% eram homens heterossexuais que foram confundidos com gays.

A literatura científica acerca da saúde sexual que contempla mulheres lésbicas, bissexuais e transsexuais é limitada e muitas vezes reforça o pressuposto heteronormativo, além das questões de classe que influenciam no acesso ao direito à saúde. Dessa forma, as expressões de identidade de gênero associadas à forma como a sexualidade é vivenciada no contexto de saúde pública ou privada influenciam diretamente na (não) revelação da orientação sexual em um atendimento, o que inclusive torna a consulta de saúde mais fragmentada e menos holística (RODRIGUES; FALCÃO, 2021). Além disso, pesquisas apontam que a consulta ginecológica nas mulheres LBT são afetadas negativamente (não são realizadas) pelo reforço da lógica heteronormativa. Com isso, percebe-se que esta população apresenta maiores queixas em relação ao atendimento médico realizado no setor público de saúde. Tal experiência não está restrita apenas à consulta ginecológica, mas sim em diferentes modalidades médicas, sendo um fator que interfere diretamente no cuidado em saúde da paciente, fazendo-a deixar de procurar atendimento médico (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Nessa perspectiva, este artigo busca investigar através do processo de design as questões de interseccionalidade e como estas afetam a experiência de atendimento em saúde proporcionado às mulheres lésbicas, bissexuais, trans e travestis dentro do setor de saúde na cidade do Recife. Assim, a partir disso propõe-se uma solução viável que busque promover a conscientização, debates e disponibilização de informação gratuita, a fim de empoderar e conectar mulheres que compartilham da mesma dor.

Método

Este artigo é de natureza qualitativa com a abordagem do *Design Science Research*, que utiliza o processo de design como meio para solucionar problemáticas reais e relevantes. Além disso, "a Design Science não se preocupa com a ação em si mesma, mas com o conhecimento que pode ser utilizado para projetar as soluções" (VAN AKEN, 2004, p. 228).

² Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ministério da Saúde do Brasil, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.



A partir do entendimento do conceito de *Design Science* e *Design Science Research*, o processo foi realizado de maneira iterativa e incremental. Em razão disso, este artigo busca proporcionar uma visão sobre a aplicação prática desses conceitos, tomando como base as problemáticas enfrentadas para o pleno exercício do direito à saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e transsexuais. Dessa forma, a pesquisa dividiu-se em etapas, elaboradas de acordo com a necessidade do processo, sendo algumas delas acrescidas com os resultados das fases anteriores, que não estavam presentes no plano inicial de pesquisa, visto que este estudo é um processo iterativo e incremental.

Na primeira etapa, realizou-se uma pesquisa bibliográfica em sistemas públicos de informação a respeito da população LGBTQIAPN+, trazendo à luz as perspectivas e desafios desta parcela populacional frente à realidade de uma sociedade heteronormativa. Foi possível nesta etapa investigar problemas de caráter social e que derivaram das propostas da agenda da Organização das Nações Unidas (ONU) para 2030³ para o desenvolvimento sustentável do planeta. A agenda propõe 17 Objetivos (ODS - objetivos de desenvolvimento sustentável), sendo um deles a Igualdade de Gênero, que propõe “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas” (ONU, 2015), que justificou, pautou e foi motivação para o presente trabalho. Em complemento, foram pesquisados dados sobre o atendimento à comunidade LGBTQIAPN+ nos mais diversos ambientes (prestação de serviços, restaurantes, carros de aplicativo, serviço de saúde, dentre outros), buscando entender a realidade desse público e os principais desafios enfrentados. Através dos dados levantados na pesquisa secundária, então, foi feita uma priorização do que seria relevante de trabalhar e, saindo do cenário global da pesquisa, afinou-se para o atendimento prestado à população LGBTQIAPN+ na região metropolitana do Recife, encerrando a primeira etapa do processo.

A partir dos dados levantados na etapa anterior e do recorte da temática com enfoque no atendimento à população LGBTQIAPN+, na segunda etapa realizou-se uma pesquisa de caráter quantitativo, com 88 pesquisados, através da ferramenta *Google forms*, rodada durante o prazo de uma semana com o objetivo de levantar mais dados acerca temática do atendimento ao público referente, aplicada em todas as redes sociais. Nesta etapa de pesquisa quantitativa, 54,4% das respostas coletadas foram de mulheres cis, 34,3% de homens cis, 7,9% de pessoas não-binárias, 2,3% de travestis, e 1,1% representado por pessoas intersexuais. Destas, 29 são gays, 22 são lésbicas, 20 são bissexuais, 11 são heterossexuais e 6 são pansexuais.

Tomando como base essa primeira coleta de dados, partiu-se para a etapa de análise e estudo dos dados levantados, com apoio de nova *desk research*, com o objetivo de comparar as respostas obtidas com outros relatos do público LGBTQIAPN+ em relação à situação de constrangimento em atendimentos em saúde. Foi encontrado um número de respostas relevante na pesquisa quantitativa que apontou para a questão do atendimento ginecológico às mulheres

³ Plataforma Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Organizações das Nações Unidas, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>



cis bissexuais e lésbicas. Com a apuração destas informações, foi feito um recorte do problema de pesquisa, como temática focal do presente trabalho.

A partir do recorte do problema de pesquisa, foi feita a aplicação da ferramenta Service Blueprint⁴, onde foi analisada a jornada na qual a usuária em questão percorreria até o momento do atendimento em consultórios ginecológicos. Essa ferramenta foi necessária para um entendimento sobre em qual parte as falhas e dores se encontram durante o processo, sendo estruturada através de 5 colunas:

1. Ações do usuário, na qual identificou-se em cada momento da jornada qual ação a paciente realizava antes, durante e pós-atendimento médico;
2. Pontos de contato visíveis, sendo pontos de contato humanos, tecnológicos e físicos que a usuária interage;
3. Pontos de contato invisíveis, sendo o que é realizado que o paciente não vê, como por exemplo a verificação da agenda do médico ou da entrega do prontuário para o mesmo;
4. Processos e sistemas utilizados ao longo da jornada, desde o *Whatsapp* para agendamento da consulta até o prontuário eletrônico;
5. Problemas e oportunidades que identificamos em cada momento da jornada para propor melhorias e ter insights de possíveis soluções.

Através da investigação acerca da jornada, foi possível preparar e realizar a etapa de pesquisa qualitativa com as usuárias. As entrevistas remotas foram realizadas com 8 mulheres, sendo todas moradoras da Região Metropolitana do Recife - 6 lésbicas e 1 bissexual - narrando suas experiências junto ao atendimento médico ginecológico e 1 heterossexual, que é médica especialista no público LGBTQIAPN+. As entrevistas realizadas nesta etapa foram todas autorizadas e gravadas através da plataforma Google Meet, e todos os dados sensíveis, bem como as informações pessoais sobre cada entrevistada foram preservadas e não serão expostas neste estudo.

Após as entrevistas, foi realizado uma dinâmica de ideação em grupo, com a criação de personas e o uso da ferramenta 635, que permitiu a geração de ideias a partir das necessidades identificadas pelas personas. Em seguida, as ideias foram categorizadas e priorizadas com o uso da matriz de priorização de esforço e impacto, resultando em três hipóteses que serviram de base para a prototipação da solução: i) capacitação dos profissionais de saúde tornaria o atendimento mais acolhedor e afetivo; ii) profissionais especializados no atendimento às mulheres LBT podem trabalhar de forma colaborativa com outros em prol de um atendimento livre de LGBTQIAPN+fobia; iii) com a democratização do conhecimento, é possível melhorar o acesso e o cuidado em saúde dessas mulheres.

Para validar o protótipo, foram realizados testes com seis usuárias, divididas em dois grupos: pacientes e médicas. Os testes foram conduzidos por videoconferência e permitiram que as usuárias dessem *feedback* sobre a usabilidade e funcionalidades do protótipo, além de sugerir melhorias. Com base nos resultados dos testes, o modelo foi refinado e transformado em um artefato de alta-fidelidade, levando em conta observações como facilidade de acesso, viabilidade

⁴ Ferramenta de gestão da qualidade de serviços e do design de serviços, o método foi desenvolvido por G. Lynn Shostack no início da década de 1980.



digital e financeira, acessibilidade, identificação da marca e conceitos por trás do artefato, bem como a necessidade de uma comunicação mais assertiva com o público.

É cabível frisar que o processo de Design se caracteriza como iterativo e incremental. Dessa maneira, a pesquisa fundamentada pela *Design Science Research* se atenta para além do desenvolvimento do artefato em si, ou seja, trazendo evidências de que o artefato pode ser utilizado para resolver problemas relevantes e reais (TREMBLAY; HEVNER; BERNDT, 2010).

Resultados

Diferentes resultados foram obtidos ao longo do processo de pesquisa e todos foram analisados ao final de cada ciclo. Tomando como base essa primeira coleta de dados, foi possível direcionar esforços do grupo para entendimento de um setor mais específico, sendo a área de saúde voltada para mulheres lésbicas, bissexuais, transsexuais e travestis (LBT). Alguns relatos sobre falhas de comunicação e conhecimento dos profissionais de saúde nos atendimentos a mulheres revelam o quanto precisamos dar atenção ao tema. Uma das respondentes relatou que depois que disse ao médico que era lésbica, se sentiu extremamente constrangida e intimidada pois o mesmo questionou o motivo da sua relação com mulheres, perguntando-a inclusive se ela tinha passado por algum trauma. Segundo Rodrigues e Falcão (2021, p. 1) as realidades vivenciadas por estas mulheres "apontam para a invisibilidade bissexual no contexto clínico, para as dificuldades na consulta ginecológica tanto para lésbicas quanto bissexuais e para o temor das mulheres quanto à exposição da orientação sexual, bem como o não reconhecimento de sua sexualidade".

É importante ressaltar que os dados levantados em relação às dificuldades enfrentadas pelo grupo estudado em outros ambientes de atendimento demonstram um total desconhecimento e empatia de diversos setores na comunicação com o público. Antes da aplicação deste questionário *online*, não se tinha ideia do que seria de fato relevante pesquisar. Mas, a partir desses resultados primários, foi evidenciada como tema importante para pesquisa a dor da falta de um atendimento ginecológico de qualidade para mulheres LBT. Assim, a invisibilidade lésbica, que inclui o desconhecimento desse perfil, as suas demandas e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, contribuem para a vulnerabilidade das mulheres LBT quanto a sua invisibilidade social, ampliando as dificuldades em adoção de medidas públicas que possam contemplá-las (BARBOSA, 2006); (ALMEIDA, 2009).

De acordo com a pesquisa quantitativa realizada na presente pesquisa, foi encontrado um recorte mais específico a ser trabalhado. Conforme falado anteriormente, foram obtidas 88 respostas, das quais 54,4% das respostas coletadas foram de mulheres cis, 34,3% de homens cis, 7,9% de pessoas não-binárias, 2,3% de travestis, e 1,1% representado por pessoas intersexuais. Destas, 29 são gays, 22 são lésbicas, 20 são bissexuais, 11 são heterossexuais e 6 são pansexuais. Dentro do recorte, 35,2% do total de respondentes afirmaram "sim" ao perguntar se já haviam sentido algum incômodo ou constrangimento em algum atendimento devido à sua identidade de gênero ou orientação sexual. Além disso, notou-se que as mulheres lésbicas e



bissexuais relataram que sofreram constrangimentos devido às más condutas em consultas ginecológicas, sobretudo em consultórios particulares. A falta de meios para encontro de profissionais especializados e capacitados para atendimento a esse público específico foi outro registro recorrente por parte das mulheres LBT.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas para obtenção de uma visão mais ampla de como mulheres LBT costumam se relacionar com os setores de saúde, inclusive entendendo as suas principais queixas e necessidades. Desse modo, seria possível realizar um mapeamento de melhorias. Ademais, com a intenção de preservar a identidade dos participantes, utilizamos nomes fictícios e pedimos a permissão para guardar o material coletado apenas como conteúdo direcionador interno para o desenvolvimento do trabalho. É importante ressaltar que foram ouvidos diferentes perfis de mulheres ao longo da pesquisa. A partir do recorte do problema de pesquisa, foram entrevistadas mulheres lésbicas, bissexuais, negras, pardas e brancas, de diferentes idades, pois vimos que as características interseccionais influenciam no tipo de experiência de cada pessoa (CRENSHAW, 2002). Essa variedade de perspectivas trouxe um olhar mais amplo para o que está sendo estudado e também foi possível perceber que a questão geracional impacta na forma em que estas mulheres vivenciam estas experiências, conforme relato abaixo de uma mulher lésbica de 44 anos:

Muitas delas não vão ao ginecologista, porque para elas o grande problema são os homens. Têm relação com geração, as mulheres mais velhas têm bem mais dificuldade. Vem mudando de um tempo pra cá, junto com as coisas, há 10 anos era muito mais difícil. Até mentir já menti por conta de ser lésbica.

Foram entrevistadas mulheres que são atendidas em hospitais e clínicas particulares (com plano de saúde) e as que são atendidas no sistema público de saúde, pacientes e profissionais de saúde, conforme tabela 01.

Tabela 01: Perfil das entrevistadas na primeira etapa de entrevistas (Fonte: Dos Autores)

Nome Fictício	Idade	Raça	Identidade de gênero	Sexualidade	Categoria
Tereza	25 anos	branca	Mulher cisgênero	lésbica	paciente
Elena	25 anos	negra	Mulher cisgênero	lésbica	paciente
Maria	28 anos	branca	Mulher cisgênero	lésbica	paciente
Tatiana	42 anos	negra	Mulher cisgênero	lésbica	paciente
Elisa	44 anos	negra	Mulher cisgênero	lésbica	paciente
Leticia	35 anos	branca	Mulher cisgênero	bissexual	paciente
Marina	37 anos	branca	Mulher cisgênero	heterossexual	paciente
Kássia	40 anos	branca	Mulher cisgênero	heterossexual	profissional de saúde



Os resultados das entrevistas qualitativas sobre experiências de mulheres LBT em consultas médicas na área de ginecologia permitiram coletar dados empíricos e identificar algumas recorrências nos relatos das entrevistadas, incluindo alguns pontos críticos, tais como: falta de acolhimento na consulta ginecológica, falta de informação sobre saúde da mulher lésbica, preferência pelo atendimento por médicos que não sejam homens cisgênero, pois todas relataram que após essa vivência incômoda abandonaram o profissional e não retornaram para o acompanhamento médico. Além disso, as entrevistadas relataram situações de constrangimento no momento da anamnese e desconforto na realização de exames de rotina ginecológicos, o que é possível associar a dados recentes que mostram que mais de 40% das mulheres que possuem relações homoafetivas com outras mulheres (exclusivamente ou não) nunca realizaram um exame de Papanicolau (Carta Capital⁵, 2019). Outra recorrência percebida foi o desconforto maior com médicos homens cisgênero e de forma unânime, todas abandonaram o profissional e descontinuaram seu atendimento médico, demonstrando que situações de preconceito e discriminação após a revelação da orientação sexual se mostraram decisivas para o entrave de um atendimento de saúde integral e humanizado (BARBOSA; FACCHINI, 2009; RODRIGUES; FALCÃO, 2021). Kássia, uma das entrevistadas, é uma médica ginecologista especializada em sexualidade e relatou sua visão sobre as barreiras para um atendimento humanizado por parte dos profissionais de saúde:

A primeira barreira é a falta de acesso à informação sobre a vivência de pessoas LGBT. Minha educação médica dentro da ginecologia e obstetria foi permeada de violências, algumas veladas e algumas muito bem explícitas. Além dessa questão da educação formal, a segunda questão que eu coloco é a falta de formação pessoal desses profissionais com relação ao entendimento das diferenças.

Conforme a entrevistada Elisa, lésbica de 44 anos: “Enquanto eu relatava uma experiência sexual específica, a médica colocou a mão sobre sua bíblia”. Esta mesma médica ao perguntar sobre qual a relação entre Elisa e a companheira – se recusou a realizar uma nova consulta por ter compreendido que ambas eram um casal. A fala de Elisa demonstra de forma evidente que “as consultas ginecológicas se constituem em espaços sociais que restringem e violam os direitos sexuais das mulheres lésbicas e bissexuais” (RODRIGUES, FALCÃO, 2021).

Ao analisar as hipóteses e os dados empíricos coletados, realizamos um processo de convergência através da metodologia do *Design Science Research*. Assim, tendo em vista a importância da democratização da informação e o fato disso levar as mulheres a um maior conhecimento e empoderamento das mesmas, além de prezar pela viabilidade, desejabilidade e factibilidade do artefato a ser desenvolvido, a hipótese selecionada foi a de democratizar esse acesso ao conhecimento sobre sexualidade e saúde sexual como forma de trazer melhorias na vida das mulheres LBT.

⁵ Saúde da mulher lésbica e bissexual: por que ainda se erra tanto? Revista Carta Capital, 2019. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/saudelgbt/saude-da-mulher-lesbica-e-bissexual-por-que-ainda-se-erra-tanto>



A partir dos dados coletados, foi prototipada a plataforma digital “Se Toca, Mana!”⁶, utilizando a ferramenta no code para construção de site. A ideia do nome se deu como um alerta para as mulheres: “Se toca” e também como um estímulo ao se tocar, se conhecer, se libertar. Através da plataforma, as mulheres - todas elas - podem acessar uma lista de profissionais de saúde com mais sensibilidade a escuta qualificada para o atendimento das necessidades em saúde de mulheres LBT, além de conhecer instituições locais de apoio.

A partir da construção do protótipo, foi realizada uma etapa da validação através de testes com as usuárias por meio de videoconferências com duração de uma hora e meia. O link do protótipo foi compartilhado no momento do teste e as usuárias foram guiadas através de tarefas a serem realizadas na interface proposta. Durante o teste, pedimos para as usuárias compartilharem a tela, buscando visualizar a navegação. Elas também foram incentivadas a falar sobre suas impressões a respeito da solução e possíveis sugestões de melhoria. Nessa etapa, participaram 6 mulheres, contemplando dois perfis diferentes. Destas participantes, 3 eram pacientes e 3 eram profissionais de saúde. Nos dois grupos, foram incluídas mulheres brancas, negras e pardas, lésbicas, bissexuais, heterossexuais, transexuais/travestis, conforme descrito na tabela 02. Os resultados das entrevistas foram compilados e as recorrências foram analisadas para que fossem feitas melhorias na plataforma, sendo possível implementar uma segunda versão⁷.

Tabela 02: Perfil das entrevistadas na segunda etapa de entrevistas (Fonte: Dos Autores)

Nome Fictício	Idade	Raça	Identidade de gênero	Orientação Sexual	Categoria
Camila	21 anos	parda	Travesti	heterossexual	paciente
Luciana	23 anos	branca	Mulher cisgênero	heterossexual	paciente
Laura	41 anos	negra	Mulher cisgênero	lésbica	paciente
Carolina	44 anos	parda	Mulher transgênero	heterossexual	profissional de saúde
Tânia	27 anos	branca	Mulher cisgênero	heterossexual	profissional de saúde
Clarisse	33 anos	branca	Mulher cisgênero	bissexual	profissional de saúde

Os dados empíricos coletados através das pesquisas qualitativas foram de extrema importância para obtenção de resultados com profundidade e novos direcionamentos foram tomados após as entrevistas com as pacientes e profissionais de saúde. As melhorias sugeridas foram trazer na plataforma uma linguagem mais inclusiva, afetiva e colaborativa, além de

⁶ Primeira versão da plataforma "Se toca, Mana!": <https://alo098.wixsite.com/setocamana>

⁷ Segunda versão da plataforma "Se toca, Mana!": <https://setocamana.soft9r.app>



conteúdos mais educativos e um foco para além da sexualidade. A seção de indicação de profissionais de saúde foi destacada por Camila, travesti de 21 anos:

Gostei de ter essa seção de indicação de profissionais, me despertou interesse em querer saber onde estão esses profissionais. Acho extremamente importante a indicação, importante deixar claro quais contemplam mulheres trans/travestis, pois é muito difícil encontrar profissionais de saúde especializados em pessoas trans.

Como melhoria da etapa de validação, a marca anterior foi associada à masturbação feminina cis e isso foi pontuado nas entrevistas por algumas entrevistadas, dentre elas, Laura, mulher cisgênero, negra de 41 anos: "Acho que a plataforma não contempla mulheres trans, além disso, a marca não me remete tanto a saúde sexual, mas sim a sexualidade." Assim, a marca e interfaces foram alteradas para que ambos remetesse a questão da saúde, conforme figuras abaixo:



Figura 01: Antes e depois da marca "Se Toca, Mana!"
Fonte: Os autores



Figura 02: Tela inicial da primeira versão da plataforma "Se Toca, Mana!" com imagem de mulheres diversas e menu da plataforma ao topo
Fonte: Os autores



Figura 03: Tela inicial da segunda versão da plataforma "Se Toca, Mana!"

Fonte: Os autores

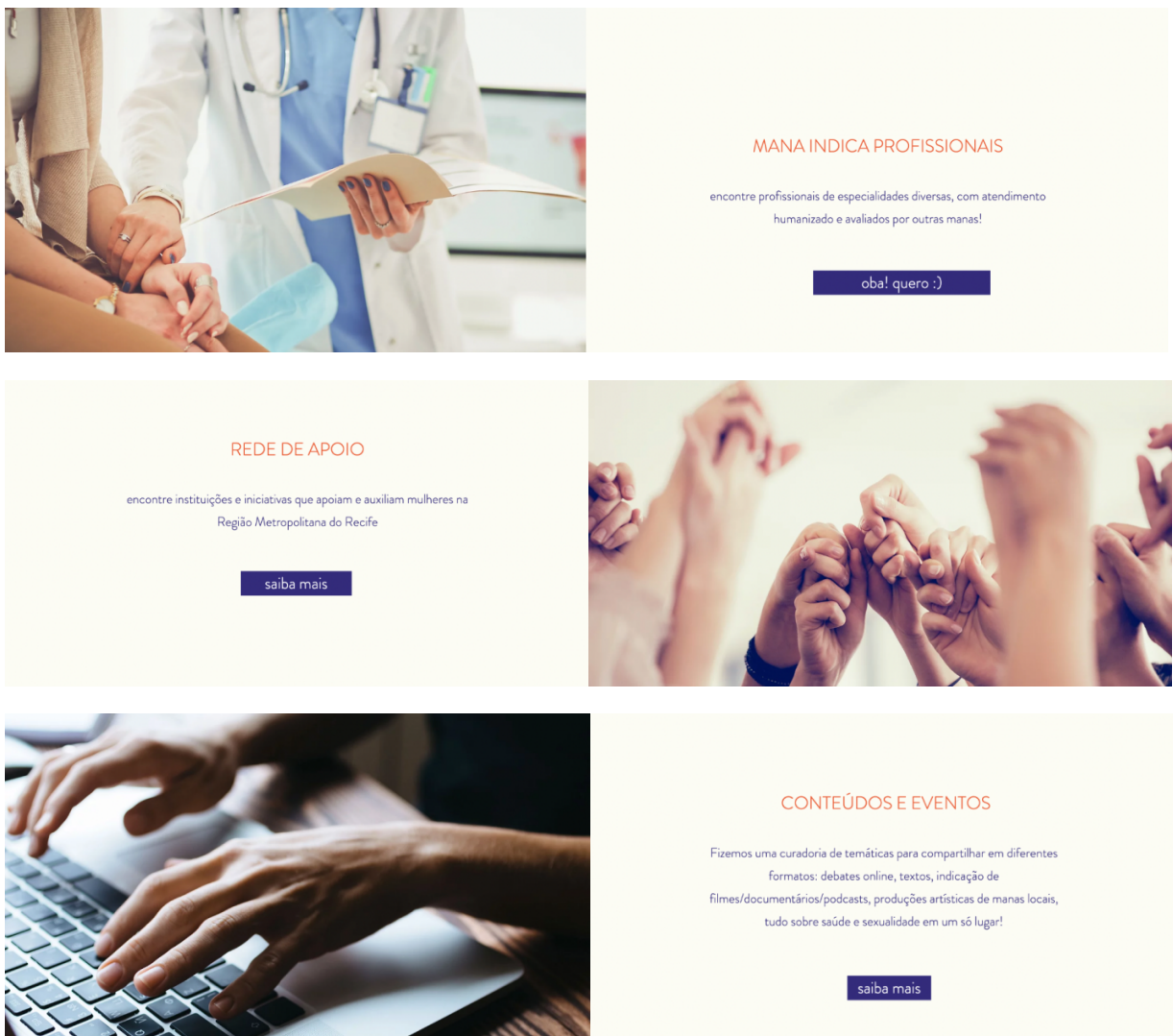


Figura 04: Layout da oferta de serviços da plataforma

Fonte: Os autores



o que somos?

somos seu autocuidado

Somos uma plataforma para fortalecer a saúde e o autocuidado da comunidade LGBTQIA+ pernambucana - através da democratização da informação sobre saúde e sexualidade. Queremos incentivar uma melhor qualidade de vida das pessoas e a formação de uma rede de profissionais que sejam sensíveis a causa e fortaleçam esse movimento de inclusão e felicidade.

[BUSCAR POR PROFISSIONAL DE SAÚDE →](#)



18



somos uma ponte...

Aqui, você vai encontrar sugestões de profissionais de saúde sensíveis a escuta, indicações de instituições de apoio e centros especializados às pessoas LGBTQIA+, tais como: unidades de saúde, clínicas, hospitais e órgãos de acolhimento! Queremos ser uma ponte para mais acolhimento e fortalecimento da identidade de cada pessoa.

[BUSCAR POR CENTROS ESPECIALIZADO →](#)

e somos uma rede de troca e conteúdo!

Também queremos dividir com vocês conteúdos legais para nossa comunidade e, mais ainda, receber indicações do que vocês estão curtindo para divulgar e levar entretenimento e conhecimento para o maior número de pessoas dessa grande rede. Segue a gente no Instagram também: @setoca.mana!

[ACESSE NOSSA CURADORIA DE CONTEÚDOS →](#)



é profissional de saúde?

Você tem experiência com o público LGBTQIA+? Sente interesse em estudar para se atualizar e atender cada vez melhor esse público? Pratica a empatia e acolhe no atendimento? Se você respondeu sim para essas três perguntas, vem fazer parte da nossa plataforma!

[Cadastre-se](#)

Figura 05: Re-design do layout dos serviços ofertados pela plataforma

Fonte: Os autores



O artefato desenvolvido como resultado da pesquisa foi uma solução que busca causar um impacto social, tendo em vista a melhoria na vivência dessas mulheres e também dando visibilidade para as mesmas. Por isso, a validação do protótipo teve como foco uma possibilidade de operacionalização real do produto. No estudo, foram colocadas em questão a viabilidade financeira por parte das usuárias e dos criadores, bem como, por se tratar de um tema sensível, a privacidade das possíveis usuárias. Conforme explicitado anteriormente, o processo de desenvolvimento da solução ao problema investigado, se deu de maneira incremental e iterativa, ou seja, os resultados ao longo da pesquisa foram se somando e se utilizando para um aperfeiçoamento da construção da ferramenta final, o que dá um embasamento empírico à plataforma “Se Toca, Mana!”, que consegue com informação e sensibilidade às múltiplas identidades de gênero e sexualidade, transformar a vida de mulheres na Região Metropolitana do Recife.

Considerações finais

A partir da pesquisa desenvolvida, que tem como objetivo principal, o apoio a mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais (LBT) dentro dos espaços de atenção à saúde, foi possível também demonstrar a importância da metodologia do *Design Science Research* para a construção de conhecimentos que formam a estrutura base para o desenvolvimento de uma possível solução apoiada em dados que demonstram as necessidades reais das pessoas envolvidas no processo.

Através de pesquisas qualitativas e quantitativas realizadas primeiramente com o público LGBTQIAPN+, e depois, mais direcionada para mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais dentro do setor de saúde, foi possível identificar as grandes dificuldades que essas pessoas têm para encontrar profissionais capacitados e com diálogo empático em consultórios médicos. O que muitas vezes faz com que uma parte significativa das mulheres LBT evite certos tipos de especialistas com medo de possíveis constrangimentos, inclusive por falta de conhecimento de necessidades e cuidados que devem ser adotados independentemente do tipo de relação que se tem. Ainda é extremamente forte o tabu e preconceitos a respeito deste público, fazendo com que as universidades ainda não tenham grandes direcionamentos na formação dos profissionais de saúde, o que é extremamente comprometedor para a saúde de todas as pessoas LGBTQIAPN+. Por isso, é necessário cada vez mais ampliar o debate em relação ao tema e buscar maneiras com que pessoas LGBTQIAPN+ se sintam amparadas por soluções de apoio, tanto para ampliação do autoconhecimento do corpo e suas necessidades, quanto para uma maior facilidade de contato com redes de apoio com profissionais capacitados e empáticos com as diversas realidades e vivências.

Com as observações construídas através do diálogo constante com mulheres LBT foi possível levantar um conjunto de hipóteses que tem como objetivo principal conectar pessoas pertencentes ao grupo a partir do compartilhamento de conhecimentos e experiências com



profissionais capacitados para atendimento ao grupo. Assim, com o aprofundamento em pesquisas com mulheres LBT e profissionais de saúde, a solução apresentada nessa pesquisa foi o "Se Toca, Mana!", um espaço que tem como principal função em ser uma rede de conexão entre o grupo que sirva de suporte tanto para o encontro de profissionais de saúde, quanto para o autoconhecimento dessas mulheres. A solução, em formato de protótipo, foi apresentada para o grupo e validada a sua relevância como elemento conector e de importância para a saúde de mulheres LBT.

Em relação à temática de saúde sexual da mulher LBT, identificamos a necessidade de um maior aprofundamento das necessidades deste público por meio tanto da integração do ensino dessa temática nos cursos de graduação em saúde quanto através de legislações que busquem dar atenção e o cuidado necessário a este público. Este é um campo em que diversas soluções ainda precisam ser identificadas para ampliação do conhecimento tanto de profissionais de saúde quanto da população no geral. Adicionalmente, a criação de redes de mulheres LBT é essencial para fortalecer o empoderamento das mesmas, além de possibilitar a formação de novas redes de apoio entre esse público e profissionais de saúde, tornando-se crucial para a transformação do contexto atual.

A pesquisa aqui desenvolvida é apenas um passo para demonstração de tudo que deve e necessita ser discutido para o maior cuidado e atenção com o público LGBTQIAPN+. Desta maneira, existem diversos desdobramentos possíveis de visualizar através da articulação e ampliação dessa rede iniciada no "Se Toca, Mana!", sobretudo com a inclusão de mais profissionais de saúde engajados na causa e articulando melhor o cuidado em saúde prestado a este público. É também de extrema importância ressaltar o quanto o aprendizado constante e pesquisas amparadas na metodologia do *Design Science Research* podem contribuir de maneira significativa para diversas problemáticas que enfrentamos, sendo a plataforma "Se Toca, Mana!" uma alternativa viável para proporcionar ajuda às mulheres LBT, possibilitando uma melhor produção de conteúdo sobre o cuidado em saúde, uma vez que a solução pode aumentar o encontro de profissionais capacitados para o atendimento das demandas em saúde do público LGBTQIAPN+.

Referências

- ALMEIDA, G. Arguments on the possibility of STD infection and Aids among women that define themselves as lesbians. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2., p. 301-311, 2009.
- BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. S291-S300, 2009.
- BJORKMAN, M.; MALTERUD, K. Lesbian women's experiences with health care: A qualitative study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Abingdon, v. 27, n. 4, p. 238-243, 2009.
- BUTLER, J. **Problemas de Gênero**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.



CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171, jan. 2002.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas**: promoção da equidade e da integralidade. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade**: a vontade de saber. Vol. 1. São Paulo: Graal, 2009.

MOSCHETA, M. S.; FÉBOLE, D. S.; ANZOLIN, B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 7, n. 3, p. 71-83, 2016.

RODRIGUES, Julliana Luiz; FALCÃO, Marcia Thereza Couto. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 30, n. 1 [Acessado 14 Julho 2021], e181062. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021181062>.

RUBIN, G. S. The traffic in women: notes on the “political economy” of sex. In: Reiter, R. (Ed.). *Toward an anthropology of women*. New York: Monthly Review Press, 1975. p. 157-210.

TREMBLAY, M. C.; HERVNER, A. R.; BERNDT, D. J. Focus Groups for Artifact Refinement and Evaluation in Design Research. **Communications of the Association for Information Systems**, v. 26, n. 27, p. 599-618, 2010.

VAN AKEN, J. E. Management Research Based on the Paradigm of the Design Sciences: The Quest for Field- Tested and Grounded Technological Rules. **Journal of Management Studies**, v. 41, n. 2, p. 219-246, 2004.

VANCE, C. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-31, 1991.

VAISHNAVI, V.; KUECHLER, W. **Design Research in Information Systems**. 2009. Disponível em: <http://desrist.org/design-research-in-information-systems>. Acesso em: 15 jul. 2021.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. C. (Org.) **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 35-82.

Sobre o autor

Amanda Lopes Oliveira

Doutoranda em Design no IADE/Universidade Europeia, Mestre em Design pela CESAR School e Bacharel em Comunicação Social - Publicidade e Propaganda UFPE. Atua como UX/UI Designer no CESAR (Centro de Inovação) utilizando metodologias de design para condução dos processos e concepção de produtos inovadores. É pesquisadora sobre questões de gênero relacionando ao contexto de tecnologia e inovação.

<https://orcid.org/0009-0007-8712-4012>

Juliane Miranda de Araújo

Doutoranda em design (UFPE), formada em Design pela UFPE e Mestre em Design no CESAR School. Pós graduada em Gestão Empresarial pela FGV. É professora de empreendedorismo e design, estrategista de projetos com foco em impacto social.

<https://orcid.org/0009-0002-5241-1736>



Helda Oliveira Barros

Gerente de Pesquisa e Cooperação e Coordenadora do Mestrado Profissional em Design na CESAR School; UX Designer no CESAR; Pesquisadora sobre neurodesign e tecnologias emergentes em saúde, em especial em Realidade Virtual e Aumentada e Robótica Afetiva; Pesquisadora sobre inovação veicular, com foco em interfaces ubíquas e simulação virtual.

<https://orcid.org/0000-0003-2337-493X>