

Asociația
Vulgar

Accesul la servicii de sănătate pentru persoanele LGBTQ+



**Asociația
Vulgar**

**Accesul la servicii de sănătate
pentru persoanele LGBTQ+
- Studiu -**

București, 2026

Cercetătoare și autoarea manualului: Irina Novac
Coordonatoarea activității: Diana Dragomir
Coordonatoarea proiectului: Ioana-Alexandra Zorilă
Grafică și design: Yanna Zosmer

Realizat de Asociația Vulgar

Copyright @ ianuarie 2026. Asociația Vulgar

Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul Asociației Vulgar, este interzisă și se pedepsește conform legii.

Sumar

Pacientele lesbiene și femeile queer reprezintă o populație vulnerabilă, afectată de disparități de sănătate și bariere sistemice în accesarea serviciilor medicale. Datele calitative colectate prin focus-grupuri cu cadre medicale și un chestionar național (n=209) indică faptul că aceste dificultăți nu sunt cazuri izolate, ci rezultatul direct al lipsei de formare, al invizibilizării instituționale și al absenței unor standarde clare de îngrijire.

Date-cheie din chestionar (experiența pacientelor)

- Mai mult de jumătate afirmă că au evitat în trecut un consult medical de teama judecății sau a discriminării.
- Mai mult de jumătate nu și-au dezvăluit niciodată orientarea sexuală în cadrul unui consult medical.
- Dintre pacientele care au făcut coming out la medic:
 - 57% au primit o reacție neutră;
 - 20.23% au primit o reacție negativă (discriminatorie);
 - 30% din totalul respondentelor și respondenților au auzit limbaj derogatoriu sau au simțit atitudini discriminatorii pe baza orientării sexuale în interacțiunea cu personal medical.

Probleme structurale identificate

1. Lipsa protocoalelor și standardelor de îngrijire

- Nu există ghiduri clare pentru îngrijirea pacientelor lesbiene și femeilor queer.
- Practica medicală depinde de deschiderea individuală a medicului.

2. Deficiențe majore în formarea medicală

În cadrul unor UMF-uri, ni s-au semnalat următoarele:

- Curriculum universitar și de rezidențiat învechit;
- Evitarea subiectelor ce țin de pacienți LGBTQ+;
- Perpetuarea stereotipurilor și miturilor medicale (precum homosexualitatea fiind o „boală”);
- Lipsa formării în comunicare incluzivă și etică.
- Patologizarea orientărilor sexuale non-heterosexuale de către unii profesori.
- Confuzia dintre nevoile pacientelor lesbiene și queer și ale bărbaților gay.

3. Presupunerea automată a heterosexuality în actul medical

Anamneza pornește aproape exclusiv de la ideea că pacienta este heterosexuellă, ceea ce poate avea consecințe directe (cum ar fi screening inadecvat, diagnostic tardiv sau eronat, scăderea siguranței pacientelor și a calității actului medical).

4. Impact disproportionat în specializări-cheie

Anumite specializări medicale sunt deosebit de relevante pentru pacientele lesbiene și femeile queer, deoarece informațiile despre orientarea sexuală și practicile sexuale pot influența direct diagnosticul, prevenția și calitatea îngrijirii. Printre acestea, amintim:

- *Obstetrică-ginecologie*: Dezvăluirea orientării sexuale lesbiene în timpul unui consult ginecologic poate conduce la omiterea unor investigații esențiale, precum screeningul pentru HPV și cancerul de col uterin, deoarece unele cadre medicale asociază în mod eronat lipsa contactului penetrativ penis-vagin cu virginitatea. Această presupunere, coroborată cu necunoașterea practicilor sexuale specifice persoanelor non-heterosexuale, contribuie la subdiagnosticare și consiliere inadecvată privind infecții cu transmitere sexuală.
- *Medicină de familie*: Punct principal de intrare în sistemul medical și poartă de acces către specialiști. Presupunerea heterosexuality poate influența anamneza, trimerile către investigații relevante și relația de încredere pe termen lung cu pacienta.
- *Psihiatrie și psihologie*: Esențiale pentru sănătatea mentală a pacientelor afectate de stigmatizare și discriminare. Lipsa unui spațiu sigur, în care pacientele să își poată divulga orientarea sexuală fără teama stigmatizării, le determină să omită informații relevante, ceea ce poate duce la diagnostice inadecvate și la perpetuarea patologizării orientării sexuale, precum și a invalidării experiențelor de discriminare.
- *Farmacie*: Atitudinile ignorante sau homofobe pot transforma experiența de a cumpăra medicamente și de a-ți elibera o rețetă într-un moment de umilință sau stânjenală pentru pacientele lesbiene și queer, mai ales în cazul medicației pentru tratarea unor infecții cu transmitere sexuală, unde partenera trebuie să primească același tratament conform rețetei.

Consecințe pentru sănătatea publică

- Evitarea sau amânarea consulturilor medicale de către paciente și pacienți.
- Subdiagnosticare și creșterea costurilor pe termen lung.
- Scăderea încrederii în sistemul medical public.

- Accentuarea disparităților de sănătate între populația heterosexuală și cea non-heterosexuală.

În următoarele pagini găsiți mai multe informații despre problemele identificate în etapa de formare teoretică, formare profesională, probleme generale regăsite în sistemul medical, fiecare specializare relevantă menționată mai sus, analiza chestionarului, precum și soluții cu aplicabilitate imediată pentru cadre medicale și recomandări pentru decidenți.

Cuprins

1. Glosar de termeni	8
2. Introducere	9
3. Metodologie	12
4. Probleme identificate	14
4.1 Etapa de formare - UMF	
4.2 Probleme din timpul formării profesionale - Rezidențiatul	
4.3 Probleme generale regăsite în sistemul medical	
4.4 Specializările cele mai relevante	
5. Analiza cantitativă a chestionarului online	26
5.1 Date socio-demografice ale eșantionului	
5.2 Starea subiectivă de sănătate, accesul și frecventarea sistemului medical românesc	
5.3. Experiențe ca persoane lesbiene și femei queer la doctor	
6. Soluții și recomandări	36
6.1 Soluții cu aplicabilitate imediată (pentru cadre medicale)	
6.2 Recomandări	
7. Concluzie și discuție	41
8. Limitări ale studiului	42
9. Implicații și direcții viitoare	42
10. Bibliografie	43

Glosar de termeni

* **A fi out:**

Dezvăluirea orientării sexuale și/ sau identității de gen într-un anumit context. Este un proces voluntar și dependent de siguranța percepută a fiecărei persoane.

* **Aliat:**

Persoană care susține activ incluziunea și drepturile persoanelor LGBTQ+.

* **Persoană safică / comunitate safică:**

Termen-umbrelă care include lesbiene, bisexuale, pansexuale și femei sau persoane non-binare queer, indiferent dacă sunt cis sau trans.

* **Expresia „persoane lesbiene și femei queer”:**

Formulare incluzivă care acoperă atât persoanele care se identifică drept lesbiene, cât și femeile și persoanele queer aflate în sfera atracției safice.

* **Heteronormativitate:**

Presupunerea implicită că toți pacienții sunt heterosexuali, ceea ce poate duce la erori de comunicare, diagnostic și îngrijire medicală.

* **Lesbofobie:**

Discriminare specifică îndreptată împotriva persoanelor lesbiene, situată la intersecția dintre homofobie și misoginie.

* **Bifobie:**

Discriminarea sau invalidarea persoanelor bisexuale, manifestată prin stereotipuri, neîncredere sau excludere.

* **LGBTQ+ / LGBTQ+:**

Acronime care desemnează persoane lesbiene, gay, bisexuale, transgender și queer. Varianta LBTQ este utilizată pentru a centra experiențele femeilor și persoanelor non-heterosexuale safice (nu include bărbații gay).

* **Persoană cisgender:**

Persoană a cărei identitate de gen corespunde sexului atribuit la naștere.

* **Persoană non-binary / non-binară:**

Persoană a cărei identitate de gen nu se încadrează strict în categoriile „femeie” sau „bărbat”.

* **Persoană transgender:**

Persoană a cărei identitate de gen diferă de sexul atribuit la naștere. Nu toate persoanele transgender urmează tranziții medicale.

* **Persoană transmasc:**

Persoană transgender sau non-binară care se identifică cu masculinitatea, fără a se identifica neapărat ca bărbat.

* **Queer:**

Termen-umbrelă pentru orientări sexuale și identități de gen non-heterosexuale și/sau non-cisgender, utilizat ca formă de autoidentificare.

* **Queer-friendly / LGBT-friendly:**

Describe un mediu sau un serviciu sigur, respectuos și lipsit de discriminare față de persoanele LGBTQ+.

Introducere

Prezentul studiu are ca obiectiv identificarea problemelor și barierelor cu care se confruntă persoanele lesbiene și femeile queer în accesarea și navigarea serviciilor medicale în România, precum și formularea unor soluții și recomandări aplicabile, pe care cadrele medicale le pot integra în practica lor atunci când interacționează cu persoane din această comunitate. Acesta reprezintă primul studiu din România care are ca grup-țintă unic comunitatea safică, un segment frecvent ignorat chiar și în cercetările dedicate accesului și experiențelor persoanelor LGBTQ+ în sistemul de sănătate, la nivel global. Datele au fost colectate prin două metode principale:

1. organizarea a cinci discuții de tip focus-grup cu un grup consultativ alcătuit din 12 cadre medicale safice și
2. un chestionar național online, care a generat 209 răspunsuri valide din partea persoanelor lesbiene și femeilor queer din diverse regiuni ale țării.

Importanța acestui studiu constă în faptul că aduce vizibilitate unei problematici aproape absente din cercetarea și politicile publice din România, anume modul în care persoanele lesbiene și femeile queer interacționează cu sistemul medical, precum și barierele structurale, instituționale și culturale cu care acestea se confruntă. Prin documentarea experiențelor directe ale pacienților și ale cadrelor medicale, studiul oferă date esențiale pentru înțelegerea riscurilor specifice, a formelor de discriminare și a consecințelor pe termen lung asupra sănătății. Totodată, el creează un fundament empiric necesar pentru dezvoltarea unor intervenții, protocoale și politici care să promoveze îngrijiri medicale incluzive, informate și lipsite de prejudecăți și care vin direct de la comunitate. Nu în ultimul rând, acesta vine cu o listă de soluții simple, inspirate din alte inițiative internaționale, precum și sfaturi venite direct de la comunitatea safică participantă la chestionar și cadrele medicale consultate în acest process, sfaturi care pot ajuta pe colegii lor să ofere servicii mai bune persoanelor lesbiene și femeilor queer.

Deși cercetarea existentă privind experiențele persoanelor lesbiene și ale femeilor queer este limitată atât la nivel global, cât și în Europa, datele disponibile indică faptul că acest grup se confruntă cu bariere specifice în accesarea și navigarea serviciilor de sănătate. În România, conform informațiilor noastre, există un singur studiu privind experiența persoanelor lesbiene și femeilor queer în sistemul de sănătate românesc. Studiul realizat de MozaiQ în 2024, bazat pe două focus-grupuri cu nouă persoane din comunitate, prezintă rezultate similare cu cele obținute în cadrul acestei cercetări (1). La nivelul Uniunii Europene, rezultatele sondajului LGBTI 2023 realizat de Agenția pentru Drepturi Fundamentale (FRA) arată că 47% dintre femeile lesbiene au raportat dificultăți în accesarea serviciilor de sănătate sexuală, 44% în accesarea altor servicii medicale, iar 28% au întâmpinat obstacole în obținerea serviciilor de sănătate mentală (2). De asemenea, 16% dintre respondentele lesbiene au semnalat drept probleme frecvente

curiozitatea și comentariile nepotrivite din partea personalului medical. Cercetările existente evidențiază că intersecția dintre misoginie și stigmatizarea orientării non-heterosexuale poate conduce la practici clinice dăunătoare sau inadecvate, manifestate prin întrebări intruzive, insuficienta cunoaștere a nevoilor specifice de îngrijire și presupunerea automată a heterosexualității și heteronormativității în rândul profesioniștilor și instituțiilor din domeniul sănătății (3). Această dinamică poate determina persoanele lesbiene și femeile queer să evite dezvăluirea orientării lor sexuale, chiar și în situațiile în care această informație ar fi necesară pentru a beneficia de îngrijiri medicale complete și adecvate. Pe termen lung, lipsa unui cadru sigur și incluziv poate conduce la amânarea, evitarea sau chiar retragerea totală din sistemul de sănătate (4).

De asemenea, o meta-analiză realizată de EL*C, bazată pe date provenite din studii desfășurate în mai multe țări europene, evidențiază că persoanele lesbiene și femeile queer prezintă riscuri semnificativ mai ridicate asociate suicidului (5). Anume, 41% au raportat idei suicidare de-a lungul vieții și 17% tentative de suicid, în comparație cu femeile heterosexuale, dintre care 17% au raportat idei suicidare și doar 4% tentative pe parcursul vieții. Aceste rate semnificativ mai ridicate pot fi explicate, cel puțin parțial, prin impactul psihologic al lesbofobiei sistemice, manifestat prin experiențe repetate de discriminare, interiorizarea unor atitudini negative față de propria orientare sexuală și presiunea constantă de a o ascunde (6). Aceste studii indică în mod clar necesitatea urgentă de a dezvolta și implementa politici publice și proceduri instituționale adecvate, precum și de a forma cadrele medicale în legătură cu nevoile specifice și riscurile la care sunt expuse persoanele lesbiene și femeile queer.

Harta Rainbow realizată de ILGA-Europe clasifică 49 de state europene în funcție de cadrul lor legislativ și politic privind drepturile persoanelor LGBTI, unde primele locuri sunt atribuite țărilor europene care respectă drepturile omului, iar ultimele locuri sunt ocupate de țările unde au fost semnalate „violări grave ale drepturilor omului” (7). În ediția din 2025, România s-a situat pe locul 41, poziție determinată atât de absența unor mecanisme solide de protecție legală pentru comunitate, cât și de climatul social ostil față de persoanele LGBTQ+. Deși legislația națională interzice discriminarea, inclusiv pe criteriul orientării sexuale și identității de gen, conform Ordonanței nr. 137/2000, al cărei Articol 10(b) vizează explicit accesul la serviciile publice de sănătate, nu există până în prezent studii sau date oficiale privind stigmatizarea exercitată de personalul medical asupra persoanelor queer. Totodată, lipsesc statistici clare privind inegalitățile de acces ale acestui grup la serviciile medicale din România. În lipsa unor informații instituționale, organizațiile LGBTQ+ au început să dezvolte propriile resurse, precum baze de date cu medici prietenoși comunității, inițiative deja funcționale.

Deoarece persoanele lesbiene și femeile queer se confruntă cu bariere specifice în navigarea sistemului medical, situate la intersecția dintre misoginie și homofobie,

realizarea unui studiu precum cel de față este absolut necesară pentru a înțelege în profunzime aceste experiențe și mecanismele care le generează. Totodată, acest demers nu reprezintă doar o contribuție în cercetare, ci și un instrument practic pe care cadrele medicale, studenții și actorii decizionali îl pot utiliza pentru a îmbunătăți condițiile oferite comunității săfice, prin respectarea demnității acesteia și prin crearea unor spații sigure care să încurajeze accesarea serviciilor medicale și dezvoltarea unei relații de încredere cu profesioniștii din domeniu.

Metodologie

Metodologia studiului s-a structurat pe două direcții principale de colectare a datelor:

1. organizarea a cinci discuții de tip focus-grup cu un grup consultativ format din 12 cadre medicale safice aparținând unor specializări diverse și active în sistemul medical românesc, și
2. aplicarea unui chestionar național online adresat comunității de persoane lesbiene și femei queer din România, cu accent pe accesul și experiențele acestora în sistemul de sănătate.

Complementar acestor demersuri, a fost realizat și un interviu cu un medic specialist în obstetrică-ginecologie dintr-un spital public bucureștean, domeniu care a fost constant semnalat atât în focus-grupuri, cât și în chestionar, drept unul dintre cele mai relevante și cu cea mai mare nevoie de îmbunătățire.

Discuțiile de tip focus-grup, desfășurate în perioada august-decembrie 2025 la sediul unei organizații neguvernamentale din București, au avut o durată cuprinsă între două și trei ore fiecare. La aceste întâlniri semistructurate au participat 12 cadre medicale în total, numărul acestora fluctuând la fiecare întâlnire, și care provin din specializări diferite, active atât în sectorul public, cât și în cel privat, membre ale comunității safice și aflate în etape profesionale variate. Specializările membrilor din grupul consultativ sunt următoarele: farmacie, medicină de familie, neonatologie, radiologie (supraspecializare în senologie), pediatrie, medicină dentară, medicina muncii, medicină de urgență, psihiatrie, și alte specializări. Obiectivul principal al acestor sesiuni a fost identificarea barierelor cu care se confruntă persoanele lesbiene și femeile queer în accesarea și navigarea serviciilor medicale din România, precum și formularea unor soluții practice pentru îmbunătățirea acestora.

Chestionarul național online a fost găzduit pe platforma EUSurvey a Comisiei Europene, care oferă acces gratuit, garanții privind protecția datelor și asigurarea confidențialității și a anonimatului respondentelor. Instrumentul a vizat colectarea de informații socio-demografice, evaluări privind starea de sănătate, accesul general la servicii medicale și experiențe personale în interacțiunea cu sistemul a grupului țintă. Întrebările, deschise, închise sau combinate, au permis o analiză atât calitativă, cât și cantitativă, în funcție de specificul fiecărei tematici. Chestionarul a fost distribuit pe platformele de social media a Asociației Vulgar și a altor organizații neguvernamentale, precum și în grupuri informale online cu persoane LGBTQ+ din România. Așadar, respondentele chestionarului nu au fost selectate pe baza unor proceduri probabilistice, ci s-au oferit voluntare pentru a participa. Această abordare a fost aleasă din cauza lipsei cadrelor de eșantionare relevante privind populația țintă în România. În total, chestionarul a generat 209 răspunsuri valide, provenite din toate regiunile țării, fără a colecta date care ar putea conduce la identificarea respondentelor și respondenților.

Recomandările incluse în prezentul manual au fost elaborate de echipa coordonatoare a Asociației Vulgar, în colaborare cu cercetătoarea proiectului, și ulterior evaluate de grupul consultativ alcătuit din cadre medicale safice, în timpul ultimei întâlniri desfășurate în proiect.

PROBLEME IDENTIFICATE

4.1 Etapa de formare - UMF

Pentru a înțelege în profunzime dificultățile cu care se confruntă persoanele lesbiene și femeile queer în navigarea sistemului medical românesc, este esențial să analizăm formarea profesională a cadrelor medicale și modul în care aceasta, alături de absența unor protocoale clare în practica clinică, contribuie la problemele identificate în această cercetare. Astfel, devine crucial să observăm cum încă din timpul studiilor universitare, viitorii profesioniști din sănătate sunt expuși unei lipse semnificative de educație specifică, în paralel cu perpetuarea unor stereotipuri dăunătoare despre comunitățile vulnerabile, atât în rândul profesorilor, cât și al studenților.

Lipsa de educație și informare actualizată

Deși există și excepții, din discuțiile focusate de grup reiese că, în general, curriculumul medical predat studenților este învechit și nu include informații despre identitățile queer și problemele lor medicale specifice, ceea ce duce la perpetuarea unor atitudini homofobe și erori clinice în rândul viitorilor medici. Spre exemplu, una din cadrele medicale ne-a semnalizat că unul dintre foștii săi profesori a predat la curs dintr-o ediție a DSM învechită și care categoriza homosexualitatea ca o boală, în condițiile în care aceasta a fost scoasă în 1973 de către Asociația Americană de Psihiatrie.

Atmosfera de „Do not ask, do not tell”

Deși alegerea unei cariere în domeniul medical este percepută ca fiind prestigioasă din punct de vedere social, economic și intelectual, studenții se confruntă adesea cu un mediu descris drept „ultraconservator” de către grupul consultativ de cadre medicale. Reacțiile de jenă și rușine atunci când studenții abordează subiecte ce țin de comunitatea LGBTQ+ în timpul cursurilor maschează, de fapt, atitudinile homofobe persistente în rândul cadrelor academice. Parafrazând una dintre cadrele medicale din grupul consultativ, această dinamică contribuie la un climat ostil pentru studentele și studenții LGBTQ+, întrucât orice identitate sau experiență care iese din tiparele presupusei „normalități” este adesea tratată printr-o logică de patologizare. Astfel, tot ceea ce nu se încadrează în medie este forțat să primească o explicație pseudo-științifică, mecanism prin care și orientarea sexuală ajunge să fie percepută drept o anomalie medicală.

Asocierea eronată a persoanelor lesbiene și femeilor queer cu bărbații gay

În general, există o invizibilizare a comunității și a nevoilor specifice persoanelor lesbiene și femeilor queer în mai multe sfere, inclusiv în cea medicală. După cum am subliniat în introducerea cercetării, există un decalaj considerabil în cercetarea medicală privind

această comunitate, în special în comparație cu femeile heterosexuale¹ și bărbații gay. Totuși, atunci când acest decalaj se combină cu caracterul adesea învechit al curriculum-ului medical, cu evitarea sistematică a subiectelor legate de comunitatea LGBTQ+ și cu prejudecățile cadrelor didactice, apar consecințe importante. Unele dintre cadrele medicale din grupul consultativ au semnalat că anumiți profesori mai în vârstă tratează experiențele și nevoile pacienților safice ca fiind identice cu cele ale bărbaților gay. Din păcate, chiar și în cazul bărbaților gay, marcate de stereotipurile rămase din perioada pandemiei HIV, care îi etichetează drept „infectioși”, prejudecățile sunt încă omniprezente.

Lipsa unui stagiu obligatoriu sau opțional

Ni s-a raportat că există inițiative, precum un opțional adăugat recent legat de comunitatea LGBTQ+ la Stomatologie, precum și un opțional de etică la Farmacie, unde din păcate, nu există nicio mențiune legată de persoane LGBTQ+. În rest, integrarea obligatorie ori opțională a unui curs sau stagiu dedicat problematicilor queer lipsește din curriculumul principal, ceea ce duce la marginalizarea subiectului și a importanței sale clinice. Având în vedere invizibilizarea persistentă a persoanelor lesbiene și a femeilor queer, marginalizarea subiectului și absența unei pregătiri formale adecvate, devine evident că studenții la medicină nu sunt deloc pregătiți, nici informațional, nici practic, să lucreze în mod competent și respectuos cu această comunitate în viitoarea lor activitate profesională. În aceste condiții, responsabilitatea este transferată nedrept către inițiativa individuală a studentului și viitorului medic, care trebuie să se informeze pe cont propriu. Rezultatul este că, în practică, pacienta ajunge să poarte povara de a identifica singură un medic care are pregătirea și deschiderea necesare pentru a-i oferi îngrijiri adecvate în calitate de persoană lesbiană sau femeie queer.

4.2 Probleme din timpul formării profesionale – Rezidențiatul

Rezidențiatul medical reprezintă o etapă esențială în formarea unui medic, perioada în care cunoștințele teoretice dobândite în facultate sunt consolidate și transformate în competențe practice, etice și umane necesare practicii medicale

(8). Totuși, în această etapă devin evidente o serie de dificultăți structurale, de la lipsa ghidării adecvate, la absența unor protocoale clare și presiunea ierarhică rigidă, care îngreunează formarea unei practici empatică și incluzive. În mod particular, aceste limitări afectează capacitatea cadrelor medicale de a oferi îngrijiri adecvate persoanelor lesbiene și femeilor queer, perpetuând lacunele de pregătire și lipsa competențelor necesare pentru a răspunde nevoilor specifice ale acestora.

1. Este important de subliniat că, în general, cercetarea medicală dedicată sănătății femeilor prezintă un decalaj semnificativ, ceea ce se reflectă în disparități de sănătate evidente și în care femeile sunt în mod constant dezavantajate.

Lipsa protocoalelor și standardelor de grijă

Îngrijirea pacienților și pacienților queer nu beneficiază de ghiduri clare, uniforme și standardizate, ci depinde în mare măsură de șeful de centru de rezidențiat, ceea ce duce la o practică medicală inconsecventă și adesea neprofesionistă. De asemenea, nici în farmacii nu există proceduri clare. În consecință, calitatea îngrijirii devine profund neuniformă, fiind condiționată aproape în totalitate de deschiderea, nivelul de informare și inițiativa fiecărui medic coordonator sau farmacist șef în parte. Este important de subliniat că absența protocoalelor și a standardelor de îngrijire nu afectează doar formarea rezidenților, ci reprezintă o problemă reală și pentru medicii deja specializați. Această lipsă are consecințe directe asupra calității îngrijirilor oferite pacienților lesbiene și queer, influențând atât experiența lor în sistemul medical, cât și accesul la servicii adecvate și sigure.

Lipsa cursurilor despre relația medic-pacient

Absența unei formări dedicate pe comunicare și etică cu pacientul, care ar putea include și problematicile queer, afectează capacitatea medicilor de a crea un spațiu sigur și de a interacționa corespunzător cu diversitatea pacienților și paciențelor. Această lipsă limitează dezvoltarea competențelor necesare pentru o comunicare medicală cu adevărat incluzivă.

Ierarhia și lipsa de empatie în relația coordonator-rezident

Presiunea ierarhică exercitată în special de șefii de catedră, alături de o cultură instituțională în care empatia este deseori descurajată, îi determină pe rezidenți să evite să acorde timp și atenție stării emoționale a pacientei, de teamă să nu fie sancționați pentru depășirea timpului standard al consultației. De asemenea, lipsa de spațiu pentru discuții unu-la-unu între pacientă și medic duce de multe ori la lipsa intimității, ceea ce determină pacienta să nu se simtă confortabil să-și divulge orientarea sexuală în mediul respectiv. În plus, o cercetare publicată în noiembrie 2025 privind percepțiile și intențiile medicilor tineri din România arată că aproape jumătate dintre rezidenți nu au încredere în calitatea formării medicale pe care o primesc (9). Aceeași cercetare, coroborată cu numeroase materiale jurnalistice, evidențiază că rezidenții se confruntă în prezent cu extenuare și multiple probleme structurale, precum salarii mici, infrastructură deficitară și corupție instituționalizată. Aceste dificultăți sistemice, combinate cu lipsa unei pregătiri solide în comunicarea medic-pacient și cu presiunea constantă asupra rezidenților, reduc semnificativ capacitatea viitorilor medici de a oferi îngrijiri de calitate și realmente incluzive pacienților lesbiene și femeilor queer.

Frica de a fi out ca medic

Mediul profesional ultraconservator îi împinge pe medicii queer să nu fie deschiși în privința orientării lor sexuale de teamă să nu devină subiect de bârfă sau să își piardă respectul și credibilitatea în fața colegilor. Un asemenea climat îi face pe profesioniștii queer din sănătate să nu se simtă în siguranță, afectându-le autenticitatea și siguranța psihologică. În acest context, merită subliniat că mai multe organizații LGBTQ+ din România au creat sau dezvoltă baze de date cu medici și clinici considerate sigure pentru comunitate, spații în care pacienții pot accesa servicii de calitate fără ca orientarea sexuală sau identitatea de gen să devină bariere. Din păcate, aici intervine o problemă de accesibilitate, deoarece majoritatea acestor medici din bazele de date existente lucrează exclusiv la privat, ceea ce pune în dificultate pacientele lesbiene și queer de a fi nevoite să plătească sume mari pentru un comportament demn din partea medicilor. Totuși, ostilitatea din sistem față de personalul medical queer poate face ca mulți dintre acești profesioniști să evite includerea pe astfel de liste, de teamă să nu se afle că fac parte din comunitatea LGBTQ+.

4.3 Probleme generale regăsite în sistemul medical

O parte din problemele prezentate mai jos sunt consecințe directe ale lacunelor de formare și se manifestă în interacțiunile cotidiene dintre pacienți și personalul medical, fie ei medici, asistenți sau farmaciști. După cum era de așteptat, prejudecățile și patologizarea persoanelor din comunitatea LGBTQ+ nu se oprește în momentul în care studenții părăsesc băncile facultății, ci acestea continuă mai departe în perioada rezidențiatului și în exercitarea meseriei, în contexte precum clinici, spitale, cabinete sau farmacii. Fiecare participantă din grupul consultativ ne-a relatat cel puțin o întâmplare în care au auzit astfel de discuții între colegii lor medici sau farmaciști, indiferent de vârsta și nivelul de pregătire ale acestora.

Heteronormativitatea asumată și discreditarea pacientei

În lipsa unei formări profesionale care să includă explicit realitățile și nevoile persoanelor lesbiene și ale femeilor queer, medicii operează adesea cu o presupunere automată a heterosexuality pacienților. Această presupunere nu doar că perpetuează invizibilizarea acestor pacienți, ci reduce calitatea actului medical și siguranța pacienților, ceea ce alimentează totodată discriminarea bazată pe gen și sexualitate și erodează încrederea în sistemul medical. Este important de subliniat că și femeile heterosexuale se confruntă cu numeroase bariere și forme de misoginism în sistem, precum minimalizarea simptomelor, normalizarea durerii sau perpetuarea unor mituri medicale (10). În cazul pacienților lesbiene și queer, însă, această presupunere, combinată cu teama legitimă de a-și dezvălui orientarea sexuală în timpul consultului, poate duce la recomandarea

unor investigații irelevante și la omisiunea testelor necesare. În final, acest proces riscă să conducă la nedagnosticarea unor condiții care ar fi putut fi depistate la timp dacă medicul ar fi avut acces la informațiile relevante.

Ignoranța clinică specifică

Necunoașterea, inclusiv din partea ginecologilor, a practicilor sexuale ale persoanelor safice și persistența mitului conform căruia absența activității sexuale, înțelesă exclusiv ca penetrare penis-vagin, ar provoca dezechilibre hormonale, împiedică oferirea unei consilieri corecte și a unui screening adecvat. Această lipsă de informare contribuie la subdiagnosticare și la absența unor investigații preventive relevante, perpetuând un mit medical fără fundament. Deși specializarea obstetrică-ginecologie este cea mai relevantă din perspectiva aceasta, sunt și alte specializări care trebuie să țină cont de practicile sexuale ale pacientelor lesbiene și bisexuale, precum psihiatria, medicina de familie, infecțioase, dermato-venerologia (pentru infecțiile cu transmitere sexuală pe piele), farmacia, stomatologia sau radiologia.

Lipsa griii pentru sănătatea emoțională

În serviciile publice supraaglomerate, personalul medical nu este adesea conștient de vulnerabilitatea emoțională a pacienților lesbiene și queer, etichetându-le drept „prea sensibile” și minimalizându-le anxietatea, în loc să le ofere siguranță emoțională înaintea examinării. Această etichetă, adeseori misogină, ne-a fost raportată de multiple ori în cadrul discuțiilor focus-grup, cât și în mărturiile respondentelor din chestionar, vulnerabilizând și mai mult persoanele lesbiene și femeile queer, care au, de fapt, o nevoie sporită de un mediu sigur.

Prevalența ultraconservatorismului predominant în orașele mici

Deși atitudinile ultraconservatoare sunt omniprezente în sistemul medical în fiecare parte a sa, ne-a fost relatat faptul că în orașe mici homosexualitatea este încă considerată ca fiind o boală de către cadrele medicale. Am primit, de asemenea, informații despre existența unor practici de tip terapie de conversie în două orașe mici din țară, lucru extrem de îngrijorător. Deși în România terapia de conversie nu este reglementată în mod explicit, codul deontologic al profesiei de psiholog stipulează clar că psihologilor le este interzis să prejudicieze sau să discrimineze pe baza orientării sexuale (11).

Discriminare și ignoranță în farmacie

Deși poate nu este evident în acest context, ignoranța este o problemă des întâlnită, unde lanțul de îngrijire se poate rupe în punctul final de tratament. Lipsa unui protocol specific

pentru pacientele lesbiene și queer, împreună cu ignoranța personalului din farmacie (cum ar fi față de persoanele transgender sau lesbiene) pot duce la expresii jignitoare și la o atitudine agresivă, ceea ce poate transforma ridicarea unei medicații într-un moment de umilință. Astfel de experiențe duc la invalidarea identității pacientei, de exemplu, prin punerea sub semnul întrebării a tratamentelor destinate cuplurilor de același sex.

4.4 Specializările cele mai relevante

Deși ar fi ideal ca pacientele lesbiene și queer să se simtă în siguranță să-și divulge orientarea sexuală în orice context medical, există câteva specializări pentru care această informație este direct relevantă și poate influența semnificativ procesul de diagnostic și calitatea îngrijirii. Anumite specializări medicale sunt deosebit de relevante pentru pacientele lesbiene și queer, având în vedere riscurile crescute de disparități în sănătate, precum incidența mare a cancerului de sân, a infecțiilor cu HPV și a cancerelor cervicale sau anale, cât și provocările de sănătate mentală rezultate din experiențele de discriminare și stigmatizare.

Următoarele subcapitole se vor concentra asupra acestor domenii, cu un accent special pe obstetrică-ginecologie, specializare evidențiată cel mai frecvent atât de grupul consultativ, cât și de respondentele și respondenții chestionarului online.

Medicina de familie: primul contact cu sistemul medical

Serviciile de medicină de familie reprezintă primul și cel mai intim contact al persoanei safice cu sistemul medical, fiind esențiale pentru prevenție și obținerea trimerilor către specialiști. Problemele întâmpinate aici sunt cauzate de atitudinea homofobă și lipsa de deschidere a unor medici, ceea ce face ca pacientele queer să nu se simtă în siguranță pentru a-și dezvălui orientarea sexuală. Această rețineră conduce la o subdiagnosticare, la practici medicale incomplete și la imposibilitatea de a beneficia de trimeri către specialiști aliați sau cu competențe culturale, perpetuând astfel o problemă sistemică de acces la îngrijiri de sănătate adaptate.

Obstetrică-ginecologie: un domeniu esențial pentru sănătatea pacientelor safice

Obstetrică-ginecologia reprezintă una dintre specializările medicale cele mai relevante pentru pacientele safice, întrucât acoperă aspecte centrale ale sănătății sexuale și reproductive. În ciuda acestui fapt, nevoile specifice ale femeilor lesbiene și queer sunt frecvent ignorate în practica clinică, iar multe riscuri sau particularități sunt tratate superficial sau presupuse ca inexistente. Deși anumite infecții cu transmitere sexuală (precum herpesul, chlamydia sau gonoreea) au un risc mai scăzut de transmitere în

relațiile sexuale între femei (12), acestea rămân posibile, iar vaginoza bacteriană este documentată ca fiind mai frecventă la aceste cupluri (13, 14). De asemenea, transmiterea HPV este posibilă prin contact piele-la-piele sau prin obiecte sexuale, aspect adesea subestimat de profesioniști (15).

Consulturile ginecologice și screeningurile rămân, prin urmare, fundamentale. Testul Papanicolau, testarea HPV, ecografiile mamare și investigațiile pelvine sunt la fel de necesare pentru pacientele safice ca pentru orice altă pacientă. Cercetările recente indică faptul că persoanele lesbiene infectate cu HPV pot avea un risc mai ridicat de a dezvolta cancer de col uterin în comparație cu femeile heterosexuale, în principal ca urmare a unei prevalențe semnificativ mai scăzute a participării la screeningul pentru cancerul de col uterin (16) și prevalenței mai ridicate a fumatului (17), un factor de risc notabil pentru această boală (18).

Totodată, discuțiile privind sănătatea reproductivă trebuie purtate fără prejudecăți, întrucât orientarea sexuală nu exclude dorința unei viitoare sarcini, în ciuda faptului că România nu recunoaște familiile LGBTQ+, și implicit, nu le oferă protecție legală. Deși România oferă sprijin financiar cuplurilor și femeilor singure infertile cu vârste între 20 și 45 de ani, conform programului pentru creșterea natalității reglementat prin HG 1.103/2022, cuplurile lesbiene nu sunt menționate explicit ca potențiale beneficiare. Noțiunea de „cuplu” este, în mod implicit, interpretată în sens heterosexual, motiv pentru care femeile aflate în relații lesbiene pot aplica doar în calitate de femei singure. Cu toate acestea, în cadrul discuțiilor focus-grup, participantele au relatat existența a două cupluri lesbiene care au reușit recent să acceseze aceste servicii într-un spital privat din București, sugerând că practica poate varia în funcție de instituție și de disponibilitatea medicilor de a adopta o abordare incluzivă, cât și de statutul socio-economic al pacientelor.

Bariere întâlnite în practica ginecologică

Pacientele safice se confruntă frecvent cu prejudecăți, stereotipuri și lipsa de formare a personalului medical. Presupunerea universală a heterosexuality este una dintre cele mai răspândite probleme: mulți medici pornesc automat de la ideea că pacienta are un partener bărbat, situație care poate induce disconfort și poate determina pacienta să evite dezvăluirea unor informații relevante pentru diagnostic. Această practică este evidențiată în testimonialul de mai jos, alături de stresul și impactul pe care le produce asupra pacientelor, precum și de consecințele asupra accesului lor la un consult medical adecvat situației specifice și oferit cu respect și demnitate. Acesta nu este un caz particular, ci una dintre zecile astfel de mărturii pe care le-am primit de la comunitatea noastră prin intermediul chestionarului online.

„Nu m-am simțit confortabil din cauza unor reacții pe care le-ar fi putut avea doctorița ginecolog. Mi s-a și sugerat înainte de către prietena care mă recomandase să am grijă să nu menționez așa ceva [...]. A fost cel mai mare stres al meu, cum reușesc să vorbesc despre istoricul sexual fără să mint, dar și fără să divulg cu cine făcusem sex? Până la urmă nici nu m-a întrebat ce protecție folosesc, doar mi-a zis că „vă protejați voi, nu?” și nu i-am corectat presupunerea că partenerii mei au fost toți bărbați. Nici nu s-a pus problema de a primi vreun sfat real sau ajutor legat de întreținerea relațiilor sexuale cu alte femei. Am plecat cu impresia că nu am putut beneficia de totalitatea serviciilor care îmi fuseseră promise.” – pacientă lesbiană, 23 ani

Dificultățile sunt amplificate în cazul pacientelor și pacienților trans sau non-binary care necesită consult ginecologic, unde lipsa de formare profesională duce la situații precum deadnaming¹, confuzie privind procedurile adecvate sau comentarii nepotrivite. Mărturia de mai jos ilustrează în mod clar modul în care prejudecățile și presupunerile nefondate ale personalului medical pot duce la stigmatizare, disconfort și neîncredere, afectând profund siguranța și bunăstarea pacienților și pacientelor aflate în situații vulnerabile.

„La vârsta de 16 spre 17 ani a trebuit să merg la mai multe controale pentru a mi se confirma diagnosticul de PCOS [sindromul ovarelor polichistice]. În timpul unui control la un medic pediatru, aceasta îmi spune dacă pot ieși câteva minute pe hol ca să discut în cabinet doar cu mama mea [...]. După ce am părăsit clinica am aflat de la mama și adevărata discuție pe care doamna doctor dorise să o aibă. Aceasta voia să îmi exprime îngrijorarea faptului că aș fi trans și cum mama ar trebui „să aibă grijă” cu mine, să nu mă alătur acestui „val de transformare” pe care îl practică tinerii.” – pacientă lesbiană, 20 ani

De asemenea, experiențele negative, de la invalidări și întrebări intruzive până la comportamente discriminatorii, determină multe paciente să evite controlul ginecologic.

„Nu cred că întrebă femeile heterosexuale dacă au încercat să fie și cu femei, așa cum m-a întrebat pe mine (dacă am încercat să fiu și cu bărbați, chiar așa, niciunul?). În plus, a trebuit să insist pentru o testare de HPV, deoarece inițial mi-a spus că nu are sens să mă testez.” – pacientă lesbiană, 24 ani

Diferențele dintre serviciile private și cele de stat sunt, de asemenea, semnificative: mediul privat este adesea perceput ca mai sigur și mai puțin marcat de prejudecăți, în parte datorită sistemului de pacient care, care este un mecanism prin care pacienții sunt contactați după consult sau intervenție pentru a oferi feedback despre personalul medical, feedback ce poate influența direct evaluarea și reputația medicilor, și care

1. Deadnaming-ul se referă la numirea unei persoane transgender după numele de naștere atunci când și-a schimbat numele (formal și/sau informal) în cadrul tranziției de gen.

funcționează ca un instrument de monitorizare a calității serviciilor. Totuși, această percepție este profund modelată de dinamica de clasă, întrucât accesarea serviciilor private implică costuri ridicate, care pot constitui o barieră majoră pentru pacienți cu resurse financiare limitate, pentru tineri sau pentru persoanele care locuiesc în zone din care accesul la marile centre urbane și la clinicile private este dificil, și uneori chiar imposibil.

Stereotipuri frecvente întâlnite în cabinete

Printre cele mai întâlnite prejudecăți se numără:

- Ideea că femeile care au relații sexuale cu alte femei nu au nevoie de controale ginecologice.

„Doctora ginecolog la care am fost anul trecut considera că sunt „virgină” pentru că nu am făcut sex cu bărbați. A trebuit să insist ca să mă consulte, chiar dacă i-am spus că nu sunt virgină și că am mai fost consultată în trecut.” – pacientă lesbiană, 26 ani

- Presupunerea că infecțiile cu transmitere sexuală nu se pot transmite între femei.

„A părut șocată când i-am spus că sunt lesbiană și a urmat o pauză lungă și un șir de întrebări prin care a încercat să înțeleagă dacă prin partenerele mele au existat și persoane care făcuseră în trecut sex cu bărbați și a concluzionat că atunci am fost expusă la boli cu transmitere sexuală, ceea ce a fost invalidant. De parcă sexul safic nu e de fapt sex și deci nu prezintă niciun risc și doar sexul penetrativ cu bărbați este „cu adevărat” sex. Mi-a făcut doar un screening simplu de STDs.” – pacientă lesbiană, 28 ani

- Minimalizarea riscului de HPV în lipsa contactului cu un bărbat.

„Când am mers la privat, la cineva random, dar care avea recenzii pe site bune, am avut o experiență neplăcută. Nu a vrut să îmi facă Papanicolau pentru că nu avusesem contact sexual cu bărbați, deci eram „virgină”. I-am explicat clar că nu este cazul și că sunt activă sexual și doresc acest control, dar a refuzat.” – pacientă lesbiană, 29 ani

- Subestimarea comportamentelor sexuale reale.
- Evitarea discuțiilor despre sexualitate sau tratarea lor superficială.

„A privit mai degrabă ca pe o informație pe care nu voia să o știe, iar într-o altă situație mi s-a comunicat că ar trebui să fac sex mai des și o să mă simt mai bine.” – pacientă

lesbiană, 30 de ani

- Invalidarea orientării sexuale prin comentarii normative.

„Deși astfel de discuții își aveau locul la o vizită la ginecologie, discuția s-a îndreptat mai degrabă spre „Dar de ce ești așa? Dar mama ta știe? Dar n-ai încercat și cu un bărbat?”, comentarii care trec de sfera profesională și intră în discuții personale și incomode.” – pacientă lesbiană, 24 ani

Aceste prejudecăți, combinate cu lipsa de formare medicală în sănătatea LGBTQ+, conduc la îngrijiri incomplete și la evitare sistematică a controalelor preventive de către paciente din cauza anticipării unor astfel de comportamente, precum și ca rezultat a unor experiențe similare în trecut.

Lipsa protocoalelor și consecințele sale

În România nu există protocoale standardizate dedicate îngrijirii pacientelor safice. Multe formulare și proceduri sunt construite exclusiv pentru femei heterosexuale, ceea ce conduce la lacune importante: lipsa discuțiilor despre practici sexuale sigure (precum utilizarea barierei dentare sau igiena jucăriilor sexuale), întrebări irelevante, precum cele despre contracepția heterosexuală, sau omisiunea unor riscuri specifice.

În absența unor protocoale adaptate, durerea pelvină, infecțiile vaginale sau ITS pot fi trecute cu vederea, iar pacientele pot evita complet sistemul medical din teamă de discriminare. Multe paciente safice amână consulturile ginecologice cât de mult pot, din cauza riscului de prejudecăți, comentarii homofobe sau lipsa de confidențialitate.

Psihiatrie și psihologie: esențiale pentru sănătatea mentală a unei comunități marginalizate

Serviciile de psihiatrie și psihologie sunt vitale pentru sănătatea mentală a persoanelor safice, care se pot confrunta cu izolare, anxietate sau traume ca urmare a discriminării sociale și medicale. Problema principală este tendința de patologizare a orientării sexuale, care este încă percepută ca o „boală” sau o „problemă psihică” în anumite cercuri medicale. Așa cum am amintit într-un capitol anterior, există profesori care predau din manuale învechite de DSM unde homosexualitatea este calificată drept boală. Această mentalitate, alături de cazurile de discriminare directă raportate, face ca pacienta să nu poată accesa un spațiu de terapie cu adevărat sigur. Relevanța acestor specializări este crucială, deoarece lipsa de competențe culturale în rândul profesioniștilor din sănătatea mentală poate agrava vulnerabilitatea pacientelor queer, în loc să le ofere suportul necesar pentru a naviga efectele microagresiunilor și ale homofobiei internalizate și externe.

„Mi-am dezvăluit identitatea doar o dată în România în cadrul unor servicii de psihoterapie pe care le-am căutat special să fie LGBTQ-friendly deoarece nu m-aș fi putut încrede că orice terapeut va putea să mă ajute fără prejudecăți. Am avut o experiență foarte bună, dar mi se pare trist că nu avem garanția aceasta când apelăm la majoritatea serviciilor medicale, mai ales cele de stat și mai ales din orașele mai mici. Mă bucur că pe zona de mental health există această variantă, dar atâtea servicii în care este necesară dezvăluirea istoricului sexual pentru a primi tratamentul potrivit nu beneficiază de condiții care să se compare măcar cu așa ceva, lăsând pacienții prea vulnerabili.” – pacientă lesbiană, 23 ani

Farmacia: ultimul punct al lanțului medical

Farmacia este adesea ultimul punct al lanțului medical la care ajung pacientele și pacienții. Aici, persoanele lesbiene și femeile queer se pot confrunta cu expresii ignorante sau jignitoare din partea personalului, care consistă din farmaciști și asistenți, precum și cu lipsa unui protocol clar de comunicare și tratament pentru aceste paciente. Această atitudine, bazată pe ignoranță, poate transforma experiența de a ridica o medicație într-un moment de umilință sau stânjeneală. Relevanța farmaciei este majoră, întrucât farmacistul sau farmacista joacă un rol vital în consilierea corectă a pacienților, în special în cazul infecțiilor cu transmitere sexuală și unde tratamentul partenerii/partenerului este la fel de important.

„Eram la farmacie și i-am dat doamnei de acolo biletul cu medicamente. După ce s-a întors din spate, mi-a zis că e posibil să fie o greșeală [deoarece] scrie „x2 bucăți medicament plus partener”, adică medicamentul trebuie luat și de mine și de partener. Ea mi-a zis că e posibil să fie o greșeală pentru că am primit ovule care sunt doar pentru femei [...].” – pacient/ă pansexual/ă non-binary, 24 ani

Analiza cantitativă a chestionarului online

5.1 Date socio-demografice ale eșantionului

Tabel 1. Date descriptive ale eșantionului.

Caracteristici	Procent din total (%) N = 209	Caracteristici	Procent din total (%) N = 209
Vârstă		Orientare sexuală	
15-24	51.67	Lesbiană	47.85
25-34	38.75	Bisexual/ă	23.92
35-49	9.09	Queer	16.27
50+	0.47	Pansexual/ă	10.53
Educație		Preferă să nu răspundă	1.44
Școala primară	0.48	Gen	
Școala gimnazială	2.39	Femeie cisgender	74.16
Liceu	26.79	Femeie transgender	0.96
Școala postliceală	1.44	Persoană non-binară	16.27
Studii de licență	38.28	Bărbat transgender	1.91
Studii de masterat	29.19	Persoană transmasc	0.96
Studii doctorale	0.96	Preferă să nu răspundă	5.74
Studii postuniversitare	0.48	Etnie	
Statut ocupațional		Română	95.22
Student/ă	33.01	Romă	2.39
Angajat/ă cu normă întreagă	47.37	Răspuns autodefinit	2.4
Angajat/ă cu normă part-time	3.35	Reședință	
Freelancer	8.13	Zonă metropolitană	95.22
Șomer/ă	7.18	Oraș/municipiu*	2.39
Pensionar/ă	-	Comună/sat	2.4

*Notă**: Categoria „Zonă metropolitană” include orașele București, Brașov, Cluj-Napoca, Constanța, Craiova, Iași, Ploiești, Timișoara și localitățile din jur, iar categoria „Oraș/municipiu” include localitățile care nu fac parte din categoria de mai sus.

Având în vedere structura sondajului, respondentele și respondenții sunt persoane care pot fi contactate online, au acces la internet și au ales voluntar să completeze sondajul. Prin urmare, procesul de selecție nu poate fi controlat, iar disponibilitatea de a participa poate fi influențată de factori precum normele socio-economice, accesul la internet și modul în care acesta este utilizat de către grupul țintă. Eșantionul este alcătuit din 209 participante și participanți, majoritatea acestora fiind persoane tinere. Peste jumătate (51.67%) se încadrează în intervalul de vârstă 15-24 de ani, iar 38.75% au între 25 și 34 de ani. Doar 9.09% se situează în categoria 35-49 de ani, iar procentul participantelor de peste 50 de ani este foarte redus (0.47%), ceea ce indică o participare semnificativ mai crescută a generațiilor tinere la acest chestionar.

Categoria „Educație” se referă la cel mai înalt nivel de educație obținut în momentul completării chestionarului. În ceea ce privește nivelul educațional, distribuția arată un eșantion cu un nivel ridicat de instruire. Aproape două cincimi dintre respondente (38.28%) au studii universitare de licență, iar 29.19% au finalizat studii de master. Procentele pentru studiile doctorale și postuniversitare sunt reduse, sub 1%, în timp ce cele pentru învățământul preuniversitar variază de la 0.48% (școala primară) la 26.79% (liceu). Statutul ocupațional evidențiază o diversitate a situațiilor profesionale, reflectând profilul preponderent tânăr al eșantionului. 33.01% dintre respondente sunt studente, iar 47.37% sunt angajate cu normă întreagă. Un procent mai redus este reprezentat de angajatele part-time (3.35%), freelancer (8.13%) și persoanele aflate în șomaj (7.18%). Categoria pensionară nu este reprezentată în eșantion.

În ceea ce privește orientarea sexuală, majoritatea participantelor se identifică drept lesbiene (47.85%) sau bisexuale (23.92%). Alte identități includ queer (16.27%) și pansexuale (10.53%). Un procent redus, de 1.44%, a ales opțiunea „Prefer să nu răspundă”. Din perspectiva identității de gen, majoritatea respondenților se identifică drept femei cisgender (74.16%). De asemenea, eșantionul include persoane non-binare (16.27%), femei transgender (0.96%), bărbați transgender (1.91%) și persoane transmasc (0.96%). 5.74% au ales să nu răspundă la această întrebare, ori să menționeze singuri răspunsul.

În ceea ce privește etnia, 95.22% dintre participante se identifică de etnie română, iar 2.39% de etnie romă. Un procent de 24% a optat pentru un răspuns autodefinit, precum „maghiară”, „bengaleză”, „germană” sau „armeană”. Distribuția geografică arată o concentrare puternică în zonele metropolitane, 84.21% dintre respondente locuind în orașe mari precum București, Cluj-Napoca, Brașov, Timișoara, Iași sau Constanța și în ariile lor periurbane. 11.96% provin din orașe sau municipii care nu fac parte din zonele

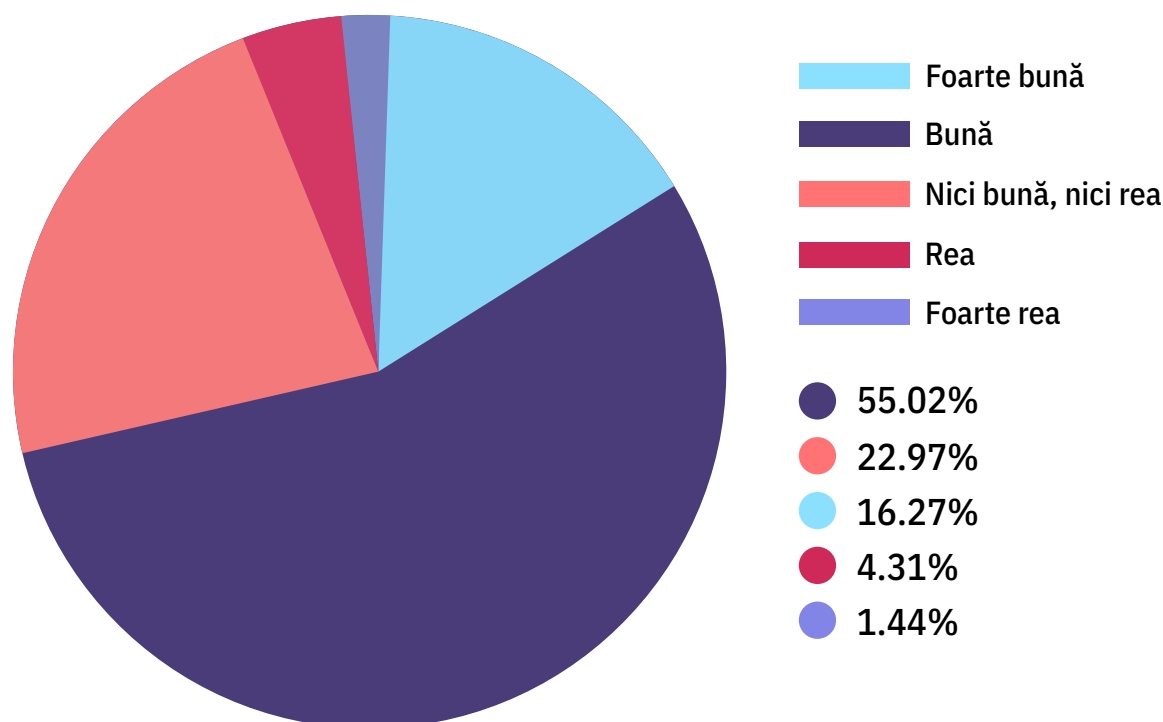
metropolitane, iar 3.83% locuiesc în comune sau sate.

Așadar, ansamblul acestor date arată că eșantionul este preponderent tânăr, urban, cu nivel înalt de educație și divers din punctul de vedere al orientărilor sexuale și identităților de gen, caracteristici relevante pentru înțelegerea experiențelor specifice analizate în cadrul studiului.

5.2 Starea subiectivă de sănătate, accesul și frecventarea sistemului medical românesc

Sănătatea subiectivă reprezintă un indicator important în cercetarea asupra stării de sănătate a populației. Încă din anii 1950, aceasta este utilizată ca una dintre variabilele centrale în studiile de sănătate publică și gerontologie. Evaluările subiective ale sănătății oferă o perspectivă esențială, deoarece pot evidenția probleme de sănătate latente, aspecte care nu pot fi surprinse direct (sau într-un mod rentabil) prin evaluări medicale obiective (19).

Figura 1. Diagrama circulară a stării subiective de sănătate a eșantionului (n=209)

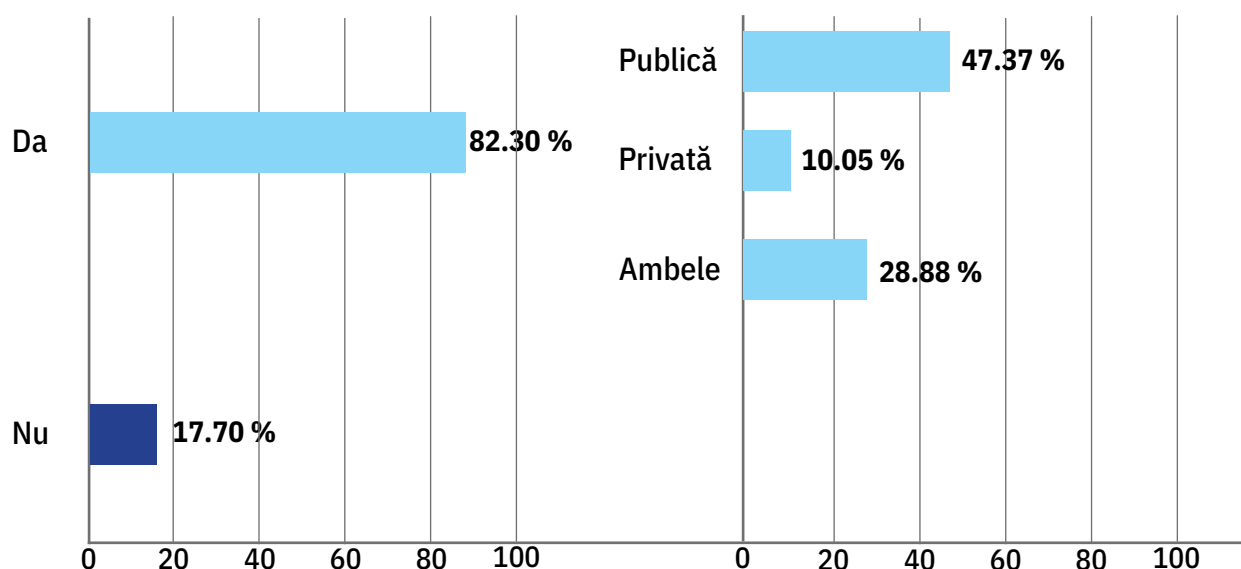


După cum arată diagrama de mai sus, majoritatea respondentelor (55.02%) își autoevaluează sănătatea ca fiind „Bună”, urmate de 22.97% care o descriu drept „Nici bună, nici rea”. Un procent de 16.27% consideră că au o sănătate „Foarte bună”, în timp ce 4.31% o evaluează ca „Rea”, iar 1.44% ca „Foarte rea”. Aceste rezultate sunt notabile dacă ținem cont de vârsta medie, nivelul ridicat de educație și statutul socio-economic relativ favorabil al eșantionului, factori care, conform literaturii de specialitate, sunt în

mod obișnuit asociați cu autoevaluări mai pozitive ale stării de sănătate. Astfel, ne-am fi putut aștepta ca distribuția să fie predominant în categoriile „Foarte bună” și „Bună”, ceea ce face relevante procentele nuanțate din categoriile intermediare și negative. (20).

De asemenea, următoarea întrebare a fost dacă se confruntă cu o problemă de sănătate de lungă durată, ceea ce se referă la o problemă de sănătate care durează sau va dura 6 luni sau mai mult sau care reapare în mod regulat. În acest caz, 50.72% au răspuns negativ, 46.41% au declarat că se confruntă cu o astfel de problemă, în timp ce 2.87% au preferat să nu răspundă. Aceste rezultate nu permit stabilirea unei relații de cauzalitate între orientarea sexuală și prezența problemelor cronice de sănătate, și nici nu putem determina dacă afecțiunile raportate apar în domeniile medicale unde sexualitatea este relevantă pentru anamneză (precum obstetrică-ginecologie sau medicina de familie) sau dacă au alte cauze. Totuși, cercetările existente arată că multe paciente lesbiene și bisexuale evită consulturile medicale din teama de a-și dezvălui orientarea sexuală, ceea ce poate conduce la diagnosticare tardivă sau chiar la diagnostice eronate, în parte din cauza lipsei de trimitere către investigațiile necesare (21).

Figura 2. Accesul participantelor la asigurare medicală de sănătate și tipul de asigurare. N=209



După cum se vede în Figura 2, majoritatea covârșitoare a eșantionului are asigurare de sănătate medicală (82.30%), dintre care 47.37% au doar asigurare medicală de sănătate publică, 10.05% au doar asigurare privată, iar 24.88% dețin ambele tipuri de asigurare de sănătate. Din cele 209 respondente și respondenți, 17.70% nu au niciun fel de asigurare de sănătate.

Tabel 2. Frecvența vizitelor medicale în funcție de specializare.

Specializarea	Frecvența (%)				n
	Regulat	Ocazional	Urgențe	Niciodată	
● Obstetrică-ginecologie	31.58	28.71	22.97	16.27	208
● Medicină de familie	43.06	26.79	22.27	2.87	209
● Psihiatrie	24.40	8.61	20.57	45.93	208
● Psihologie/Consiliere	44.50	13.88	17.22	24.30	209
● Endocrinologie	14.35	19.62	30.62	34.93	208
● Psihiatrie pediatrică	-	2.39	13.88	82.30	206

Notă: Regulat = $\geq 1/an$; Ocazional = $< 1/an$; Urgențe = Doar pentru urgențe.

Împreună cu grupul consultativ, am identificat o serie de specializări medicale în care orientarea sexuală safică este relevantă din perspectiva riscurilor, practicilor clinice, diagnosticului și a modului de interacțiune cu pacienta. Astfel, obstetrică-ginecologia, medicina de familie, psihiatria, psihologia/consilierea, endocrinologia și psihiatria pediatrică au fost considerate deosebit de importante. Pentru fiecare dintre aceste specializări, participantele au indicat frecvența cu care le-au accesat, oferind câte un răspuns pentru fiecare categorie în parte. *Tabelul 2* arată diferențe importante între tipurile de servicii medicale utilizate de către participantele la chestionar. Obstetrică-ginecologia, medicina de familie și serviciile de psihologie/consiliere sunt specializările cel mai frecvent accesate în mod regulat, ceea ce reflectă atât nevoile recurente ale pacientelor safice, cât și importanța acestor domenii în monitorizarea sănătății fizice și psihice. În contrast, psihiatria și endocrinologia sunt accesate predominant în situații de urgență sau ocazional, iar psihiatria pediatrică este aproape neutilizată, ceea ce poate fi din cauza vârstelor participantelor la chestionar.

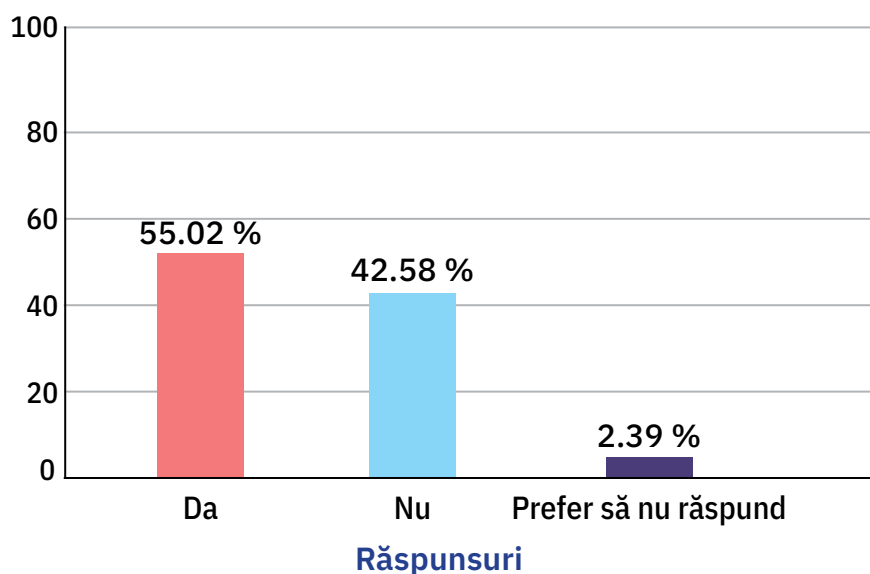
De asemenea, la întrebarea „În ultimele 12 luni, ai avut nevoie de un consult sau tratament medical pentru tine?”, 88.04% dintre respondente au declarat că au avut nevoie de cel puțin un consult și/sau tratament medical, în timp ce 11.96% au răspuns negativ. Dintre specializările enumerate și având libertatea să selecteze oricâte variante relevante, cel mai recurent selectate de persoanele care au răspuns pozitiv anterior, au fost medicina de familie (41.63%), obstetrică-ginecologie (30.62%), medicina internă (25.84%), medicina de laborator (23.44%), psihiatrie (19.62%), endocrinologie (15.79%), dermatologie (15.31%). Cel mai puțin recurente au fost pediatria (0.96%) și medicina sportivă (1.44%).

Participantele care au răspuns pozitiv la întrebarea de mai sus au fost întrebate și dacă

au reușit să acceseze serviciile de fiecare dată când au avut nevoie în ultimul an. Dintre acestea, 74.16% au răspuns că au reușit să acceseze de fiecare dată când au avut nevoie, iar 13.88% au răspuns că a existat cel puțin o dată când nu au avut parte de un tratament sau examen medical. Având în vedere caracteristicile socio-demografice ale eșantionului, unde vasta majoritate locuiește în zone metropolitane, fiind de clasă mijlocie și având un nivel educațional ridicat, aceste rezultate erau de așteptat. Însă, cele care au răspuns negativ (n=29), au fost întrebate și care au fost principalele motive pentru care nu au putut să acceseze serviciile necesare, putând să selecteze toate variantele care li se potrivesc. Dintre principalele motive selectate, amintim listele de așteptare prea lungi (55.17%), costuri prea mari/nu acoperă asigurarea (51.72%), teama generală de doctori și amânarea până trece (34.48%), în timp ce 24.13% au invocat teama de discriminare din cauza propriei orientări sexuale.

5.3 Experiențe ca persoane lesbiene și femei queer la doctor

Figura 3. Răspunsuri la întrebarea „Ai evitat vreodată un consult medical din teamă de a fi judecată sau discriminată?”. N=209

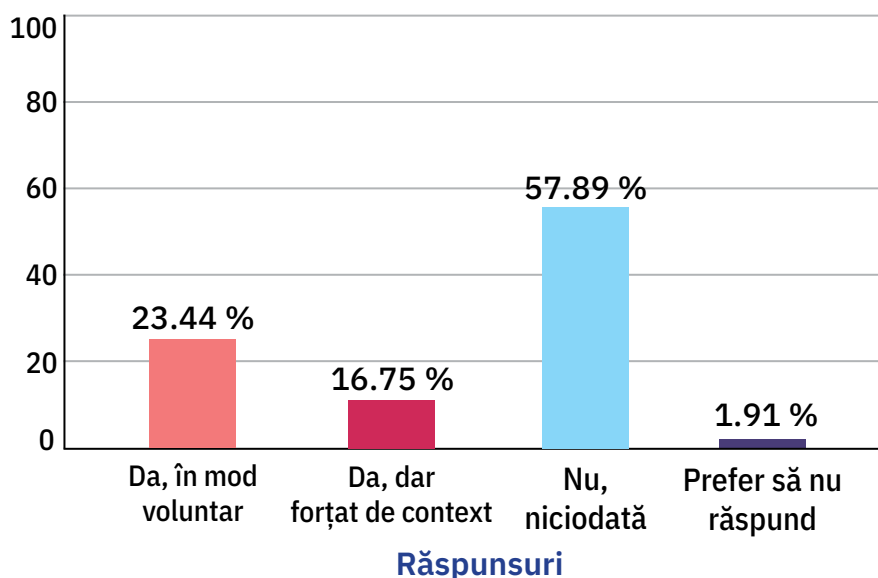


Similar constatărilor din alte studii realizate pe populații lesbiene și bisexuale din diverse țări, majoritatea respondentelor noastre (55%) afirmă că au evitat în trecut un consult medical de teama judecății sau a discriminării. Deși procentul celor care au răspuns negativ este relativ ridicat (42.58%), proporția celor care au declarat că au evitat îngrijiri medicale rămâne îngrijorătoare, indicând persistența unui climat de nesiguranță în rândul pacienților safice.

Respondentele au fost întrebate și dacă și-au dezvăluit orientarea sexuală în fața personalului medical în timpul unui consult. Figura 4 arată rezultatele la această întrebare, unde 23.44% susțin că o fac în mod voluntar, 16.75% forțat de context, iar

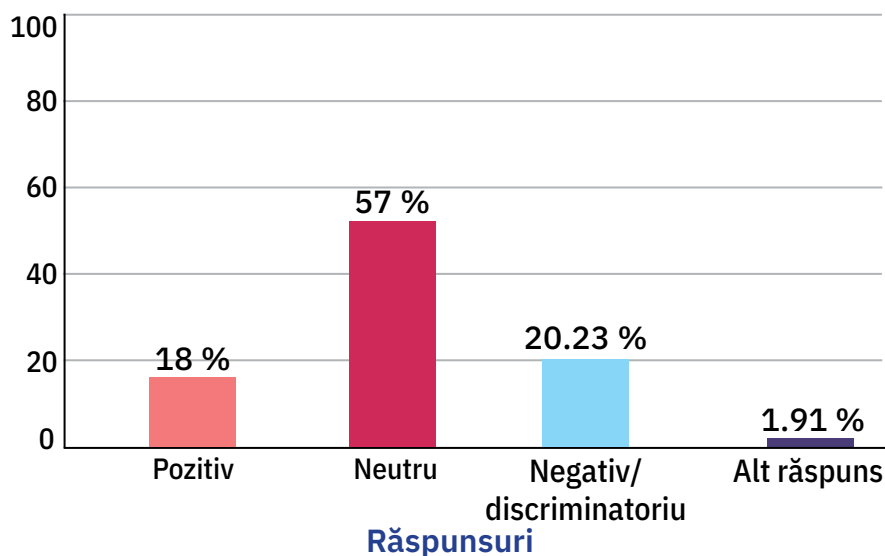
vasta majoritate de aproape 58% nu o fac niciodată. Aceste rezultate sunt similare cu alte cercetări internaționale, unde pacientele lesbiene și bisexuale preferă să nu își dezvăluie orientarea sexuală la doctor din cauza unor reacții neadecvate, întrebări intruzive, precum și frica de discriminare.

Figura 4. Dezvăluirea orientării sexuale în fața personalului medical. N= 209



Am întrebat, de asemenea, respondentele care au menționat anterior că și-au dezvăluit orientarea sexuală medicului despre reacția pe care au primit-o din partea acestora. Dintre acestea, peste jumătate (57%) au raportat o reacție neutră, 20.23% au primit o reacție negativă sau discriminatorie, iar 18% au întâmpinat o reacție pozitivă. Deși, la prima vedere, distribuția pare încurajatoare, pentru o populație vulnerabilă și expusă unor bariere semnificative în sistemul medical, o reacție neutră, în absența oricărui indiciu că medicul cunoaște nevoile specifice ale persoanelor lesbiene și bisexuale, poate fi trăită ca o formă de invalidare sau chiar ca o reacție negativă.

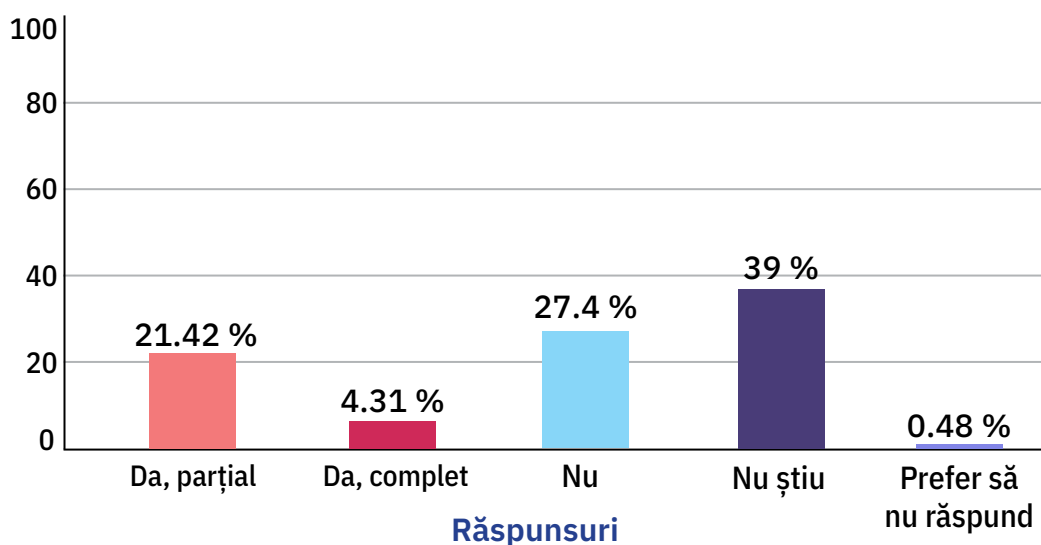
Figura 5. Reacțiile cadrelor medicale la coming out-ul pacientelor. N= 84



Un răspuns de la una dintre respondentele noastre ilustrează cel mai bine acest lucru.

„În majoritatea cazurilor, dacă este un cadru medical friendly și e ok să-ți faci coming out-ul față de medic, acesta/aceasta crede că cel mai bun răspuns pe care poate să-l aibă este să se comporte cu indiferență, ca și cum nu contează. De fapt, lucrurile nu stau chiar așa. Ele trebuie să conteze, mai ales când mergi la ginecolog sau dacă sunt lucruri ce țin de viața ta sexuală, sănătatea ta psihică. De exemplu, am fost acum câteva zile la un ginecolog friendly pentru persoane safice din București. Când am zis că am avut mai multe parteneri sexuale nu a avut nicio reacție aparte, dar mi-a recomandat standard să fac teste pentru toate bolile cu transmitere sexuală pe care o persoană cu vulvă ar putea să le ia. Cred că un medic care ar avea cunoștințele necesare despre sănătatea safică pe partea de ginecologie ar ști ce boli cu transmitere sexuală sunt mai des întâlnite la persoane safice și nu ar trebui să plătesc atât de mulți bani de frică și din lipsă de informații.”- pacientă lesbiană, 27 ani

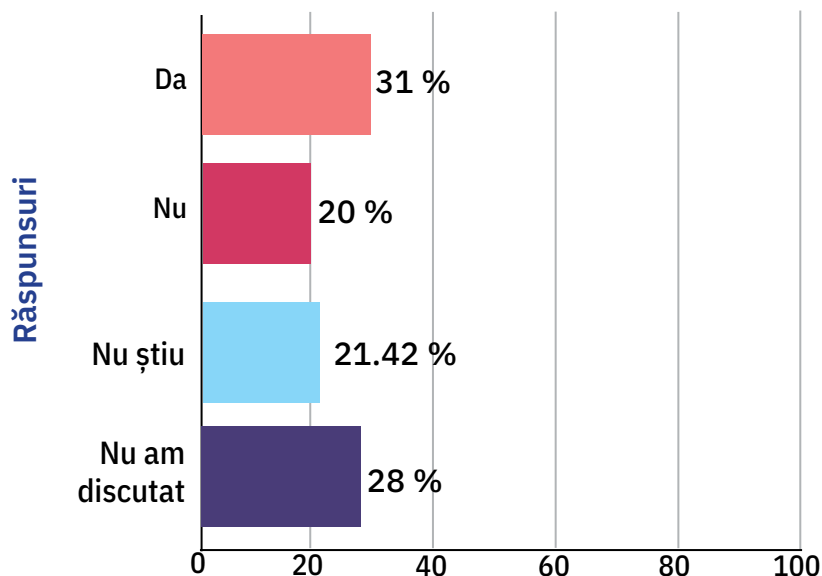
Figura 6. Răspuns la întrebarea „Personalul medical a avut cunoștințe despre sănătatea persoanelor safice?”. N=84



Notă: Această întrebare a fost destinată doar persoanelor care au răspuns anterior că și-au făcut dezvăluit orientarea sexuală în fața unui cadru medical.

După cum putem vedea în Figura 6, 21.42% din doctori au avut cunoștințe parțiale, 10.71% au avut informații complete, iar 27.4% nu au avut deloc informații privind sănătatea persoanelor safice. Restul de 39% au răspuns „nu știu”, ceea ce poate însemna fie că respondentele nu au putut identifica din reacția cadrelor medicale cunoștințele acestora, fie nu a fost relevant în cadrul consultului.

Figura 7. Răspunsuri la întrebarea „Personalul medical a fost confortabil să discute despre orientarea ta sexuală?”. N = 84



Notă: Această întrebare a fost destinată doar persoanelor care au răspuns anterior că și-au dezvăluit orientarea sexuală în fața unui cadru medical.

Din cele 84 de răspunsuri, 31% au declarat că medicii au fost confortabili să discute despre orientarea sexuală a pacienților în contextul medical, în timp ce 20.23% susțin că nu au fost confortabili, iar 21.42% nu știu. De asemenea, 28% spun că nu au discutat despre orientarea lor sexuală.

Figura 8. Răspunsuri la întrebarea „Consideri că ai fost tratat/ă diferit de cadrul medical din cauza orientării tale sexuale?”. N=84

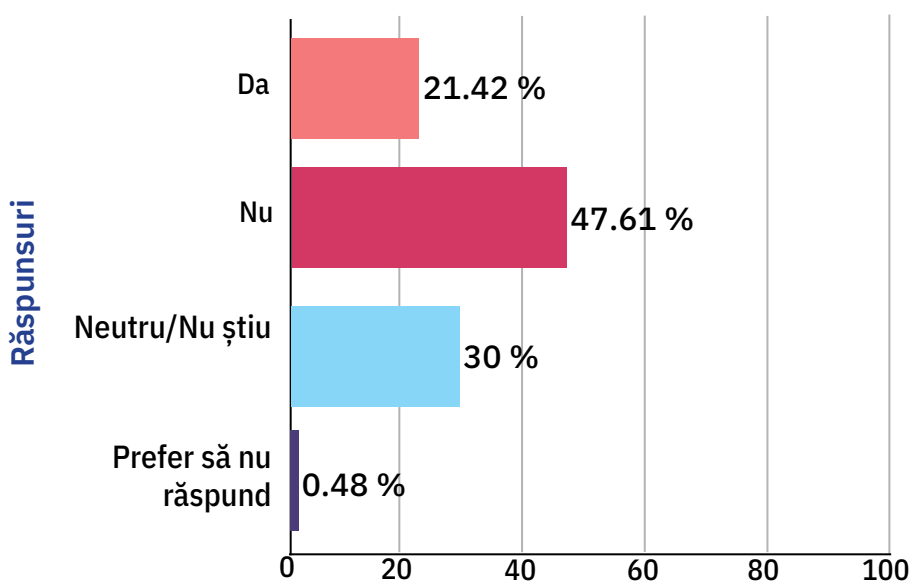
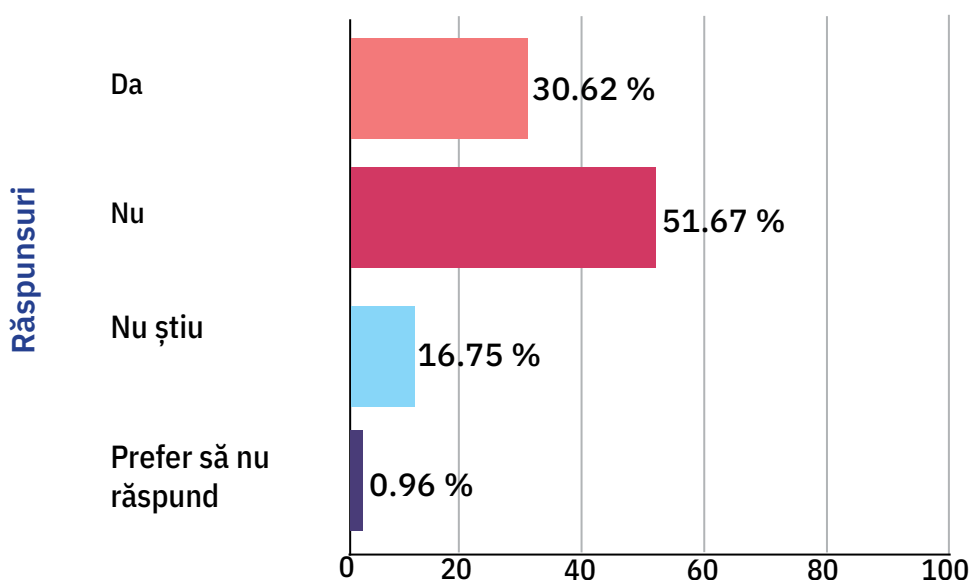


Figura 8 arată că, dintre cele 84 de respondente, 21.42% afirmă că au fost tratate diferit de cadrele medicale din cauza orientării sexuale, 47.61% susțin că nu au avut astfel de experiențe, iar 30% au oferit un răspuns neutru sau au menționat că nu știu. Partea calitativă a chestionarului completează aceste date, printr-o serie de mărturii ale unor membre ale comunității lesbiene și queer, care descriu situații concrete trăite în interacțiunea cu personalul medical.

„Un psiholog din 2021 mi-a spus că homosexualitatea e boală mintală tratabilă. Aceea a fost ultima dată când ne-am văzut. Un ginecolog din 2024 m-a întrebat dacă am iubit, la răspunsul negativ a decis că nu este nevoie să mă consulte, doar a pus întrebări și un ecograf.” - pacient/ă lesbian/ă non-binar/ă, 19 ani

Figura 9. Răspunsuri la întrebarea „Ai auzit limbaj derogatoriu sau ai simțit atitudini discriminatorii pe baza orientării sexuale în interacțiunea cu personal medical?”. N=209



Din întregul eșantion, majoritatea (51.67%) declară că nu au auzit limbaj derogatoriu și nu au perceput atitudini discriminatorii legat de orientarea lor sexuală în interacțiunea cu personalul medical. Totuși, 30.62%, un procent deloc neglijabil, raportează astfel de experiențe, semnalând persistența unor comportamente stigmatizante în sistemul de sănătate.

SOLUȚII ȘI RECOMANDĂRI

6.1 Soluții cu aplicabilitate imediată (pentru cadre medicale)

Un medic deschis și informat este extrem de important deoarece medicul trebuie să asigure un cadru care promovează siguranța, respectul și confidențialitatea pacienților și pacienților săi. În acest cadru, empatia și starea emoțională a pacientei sunt extrem de importante deoarece relația dificilă cu medicul poate face pacienta să nu mai vină la control sau să vină prea târziu. De asemenea, folosirea unui limbaj incluziv poate preveni alienarea pacienților și pacienților, încurajează comunicarea deschisă și asigură schimbul de informații diagnostice corecte. Astfel, calitatea generală a asistenței medicale este îmbunătățită, contribuind în același timp la reducerea disparităților în materie de sănătate între populația heterosexuală și cea non-heterosexuală.

În 1992, Hitchcock și Wilson au dezvoltat Teoria riscului personal în contextul pacienților lesbiene, identificând trei factori care influențează decizia acestora de a-și dezvălui orientarea sexuală în fața unui medic: (1) faza anticipatoare, în care pacienta anticipează modul în care se va desfășura consultația; (2) faza interacțională, în care mediul medical este evaluat pentru a identifica indicii de siguranță emoțională și fizică, element care influențează dacă pacienta va decide să își dezvăluie orientarea sexuală în timpul consultului; și (3) atributele personale, precum starea de sănătate, nivelul de extrovertire și statutul relației, care influențează disponibilitatea de a divulga informații sensibile (22). Ulterior, studii mai recente care au utilizat acest cadru teoretic au identificat un al patrulea factor esențial: relația pacientă-doctor, care are loc în faza interacțională (23). Cunoștințele medicului, nivelul de confort în discutarea orientării sexuale și capacitatea de a manifesta empatie s-au dovedit elemente decisive în facilitarea procesului prin care pacientele lesbiene aleg să își dezvăluie orientarea sexuală.

Așadar, luând în considerare discuțiile cu grupul consultativ, cât și răspunsurile din chestionar, propunem o listă de schimbări relativ ușor de implementat pentru cadrele medicale, care ar putea avea un impact imediat asupra experienței pacienților:

Utilizarea limbajului incluziv

Utilizarea unui limbaj neutru și deschis în anamneză și fișa medicală, și care include întrebări despre relația stabilă, tipul de parteneri sexuali (în contextele relevante), folosirea metodelor de protecție (fără a asuma heterosexualitatea) și pronumele preferat al pacientei sau pacientului. Spre exemplu:

- În loc să întrebați „Sunteți căsătorit/ă?”, puteți întreba: „Aveți partener/ă?” sau „Sunteți într-o relație?”. Dacă răspunsul este afirmativ și informația este relevantă, puteți întreba „Ce gen are partenera/-ul dumneavoastră?”.

- În loc să spuneți „Când o să vreți să rămâneți însărcinată” sau „Când o să vreți să faceți copii”, puteți spune „Dacă o să vreți să rămâneți însărcinată” sau „Dacă o să vreți să faceți copii”.
- Cereți atât numele legal (numele din buletin) cât și numele ales (numele folosit în viața de zi-cu-zi), și asigurați-vă că vă adresați pacientei sau pacientului cu numele ales.
 - Vă încurajăm să folosiți termeni neutri din punct de vedere al genului pentru părțile corpului, cum ar fi „piept” în loc de „sâni”.

Nu există un mod anume în care arată persoanele lesbiene și femeile queer, fie ele cisgender sau transgender. Este important să porniți de la premisa că unele dintre pacientele dumneavoastră nu sunt heterosexuale sau cisgender. Prin urmare, recomandăm ca un limbaj și întrebări incluzive să fie integrate în toate interacțiunile medicale, indiferent de percepția subiectivă asupra modului în care pacientul sau pacienta arată vizual.

Vizibilitate și semnalizare

- Existența în cabinete/spitale/clinici a unor semne de sprijin pentru comunitate (precum steaguri Pride, pixuri rainbow, postere incluzive ori pliante despre sănătatea persoanelor non-heterosexuale).
- Clinicile și cabinetele își pot adăuga mențiunea vizibilă de LGBT-friendly pe profilul de Google Maps. Aceasta se referă la faptul că persoanele LGBT sunt bine primite, și reprezintă o poziție de nediscriminare și spațiu lipsit de prejudecăți.
- Documente neutre: Adoptarea unui formular de triaj neutru și a unei politici clare de nediscriminare.

Protocoale de consult adaptate (cazul obstetricii-ginecologiei)

- Ton neutru și profesional, fără a-și exprima părerea personală.
- Întrebări despre istoricul sexual puse corect și fără asumarea directă a orientării heterosexuale a pacientei pentru a preveni outing-ul¹ traumatic. Spre exemplu:

1. „Outing” se referă la actul de a dezvălui orientarea sexuală sau identitatea transgender a unei persoane fără consimțământul acesteia. În acest context, “outing traumatic” se referă la o situație în care pacienta este pusă într-o situație inconfortabilă în care este nevoită să își dezvăluie orientarea sexuală în mod forțat, într-o interacțiune în care nu se simte în siguranță să facă asta.

- În loc să întrebați „Folosiți prezervativ?” (ceea ce asumă instant că persoana este activă sexual doar cu bărbați), puteți întreba pur și simplu „Ce metode de protecție sexuală folosiți?”.
 - În loc să asumați direct că partenerii sexuali sunt bărbați, puteți întreba „Ce tipuri de partenere sau parteneri sexuali ați avut sau aveți?”. Este important să înțelegem că uneori, chiar dacă o persoană se autoidentifică drept lesbiană, asta nu înseamnă automat că nu a întreținut relații sexuale cu bărbați.
 - În loc să spuneți „Când o să vreți să rămâneți însărcinată” sau „Când o să vreți să faceți copii”, puteți spune „Dacă o să vreți să rămâneți însărcinată” sau „Dacă o să vreți să faceți copii”.
 - În cazul persoanelor transgender, vă recomandăm să întrebați dacă acestea iau vreun fel de tratament hormonal.
- Discuții informative despre ITS (infecții cu transmitere sexuală) adaptate pentru persoanele safice.
 - Alături de întrebarea clasică „Sunteți activ/ă sexual?”, întrebați și dacă are partener sau parteneră.
 - Nu presupuneți un risc scăzut pe baza identității sexuale. Întrebați despre practicile sexuale. De exemplu, întrebați despre sex vaginal, oral, anal și utilizarea în comun a jucăriilor sexuale.

După cum am explicat în studiul de față, ITS-uri precum vaginoza bacteriană, HPV, herpes, chlamydia sau gonoreea (deși cele din urmă au un risc relativ scăzut), precum și altele care nu sunt menționate aici, sunt prevalente în cazul persoanelor lesbiene și femeilor queer.

- Asigurarea unui spațiu sigur și a unui nivel redus de vulnerabilitate (cum ar fi menținerea poziției vulnerabile cât mai puțin timp, utilizarea unui paravan sau a unei păturici).
 - Recomandăm aceasta și în cazul altor paciente, nu doar în cazul pacientelor lesbiene și queer.

Rolul colaborării interdisciplinare

O abordare care poate include psihologi, consilieri, specialiști în boli infecțioase, nutriționiști sau endocrinologi, contribuie la un cadru complet de sprijin. Aceasta este deosebit de importantă pentru pacientele care au experimentat traume medicale anterioare sau anxietate legată de consulturi și sporește calitatea îngrijirii. Dacă este posibil, recomandăm să aveți în vedere cadre medicale din alte specializări care sunt queer-friendly, pentru a putea direcționa pacientele către acestea atunci când este necesar.

6.2 Recomandări

Este esențial să recunoaștem că problemele descrise anterior nu pot fi soluționate durabil fără intervenții care să abordeze cauzele lor structurale. Pentru ca schimbarea să fie posibilă, este nevoie ca fiecare actor implicat să dea dovadă de intenție reală și să colaboreze în mod consecvent. Recomandările prezentate mai jos presupun un efort substanțial de implementare și vizează transformări sistemice profunde.

Măsura	Relevanța măsurii	Actori relevanți
Introducerea unui modul/ stagiu obligatoriu despre sănătatea persoanelor LGBT+ în Universitățile de Medicină și Farmacie.	Schimbă cultura profesională din temelii: viitorii medici nu mai ies din facultate cu goluri majore. Oferă competențe clinice corecte și normalizează existența, reducând stigmatizarea pe termen lung.	Universitățile de Medicină și Farmacie (UMF), Ministerul Educației; Asociații LGBT+ și ONG-uri de sănătate publică (rol consultativ).
Includerea noțiunilor de comunicare incluzivă și a îngrijirilor specifice pentru cadrele medicale și personalul auxiliar din spitale, clinici, cabinete medicale și farmacii.	Asigură competențe clinice corecte (screening adaptat, prevenție ITS, sănătate reproductivă, impact psihosocial) și contribuie la educarea personalului care are contact direct cu pacienți și pacienți LGBT+.	Ministerul Educației, Ministerul Sănătății, Societăți Studentești (SMMR), Spitale în subordinea Consiliilor Județene și Locale; Asociații LGBT+ și ONG-uri de sănătate publică (rol consultativ).
Introducerea de cursuri de formare continuă (EMC/EFC) anuale despre comunitatea LGBT+ (ex: Comunicarea cu pacientul care aparține unui grup minoritar).	Schimbă cultura profesională și asigură faptul că personalul medical este constant în proces de învățare. Contribuie la reducerea stigmatizării și la educarea unor generații de medici mai empatici.	Colegiul Medicilor (CM), Colegiul Psihologilor, Colegiul Farmaciștilor; Asociații LGBT+ și ONG-uri de sănătate publică (rol consultativ)
Numirea unei persoane responsabile să preia sesizări (anonimizate) de comportamente discriminatorii și neadecvate în cadrul UMF, cu sancțiuni reale.	Asigură un mecanism eficient, mediatizat și anonim la care studenții pot acționa, consolidând un mediu sigur.	Universitățile de Medicină și Farmacie (UMF), Asociații Studentești.
Punerea în practică a unui set de măsuri pentru combaterea discriminării în cabinete, spitale, farmacii și aplicarea legii atunci când aceasta este încălcată (cu sancțiunile necesare).	Asigură aplicarea legii și conștientizarea pentru necesitatea acestor măsuri. Oferă soluții și sancțiuni pentru cei ce nu respectă obligațiile meseriei.	Ministerul Sănătății, Colegiul Medicilor, CNCD; Asociații LGBT+ și ONG-uri de sănătate publică (rol consultativ).

Măsura	Relevanța măsurii	Actori relevanți
<p>Colectarea de date și cercetarea privind accesul persoanelor LGBTQ+ la servicii medicale (cum ar fi monitorizarea de rutină, datele privind experiența/satisfacția pacienților și datele dezagregate, acolo unde este cazul și în condiții de siguranță)</p>	<p>Reprezintă un instrument esențial pentru vizibilizarea disparităților de sănătate și fundamentarea științifică a politicilor de incluziune.</p>	<p>Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Autoritatea Națională pentru Protecția Datelor cu Caracter Personal - pentru asigurarea confidențialității și anonimizării datelor, Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării; ONG-uri LGBTQ+ și de sănătate publică (pentru expertiză, metodologie și diseminare), Unitățile de Cercetare din cadrul Universităților de Medicină și Farmacie.</p>

Concluzie și discuție

Prezentul studiu, primul de acest tip dedicat exclusiv experiențelor persoanelor lesbiene și ale femeilor queer în sistemul medical românesc, evidențiază existența unor bariere structurale, instituționale și culturale profunde care influențează negativ accesul acestui grup la servicii medicale și calitatea îngrijirii primite. Rezultatele obținute, atât din componenta cantitativă a chestionarului, cât și din mărturiile calitative, indică faptul că presupunerea automată a heterosexuality, lipsa competențelor culturale, absența protocoalelor clare și teama de stigmatizare afectează relația medic-pacientă și pot conduce la evitarea consulturilor, diagnostic tardiv sau îngrijire inadecvată.

Experiențele raportate de respondente arată că discriminarea nu se manifestă doar sub forma unor atitudini explicit ostile, ci mai ales prin lipsa de interes sau invizibilizarea completă a orientării sexuale în contexte medicale relevante. Aceste reacții pot avea un impact negativ asupra siguranței pacientelor, a calității anamnezei și asupra încrederii generale în sistemul medical. Mai ales în specializări precum obstetrica-ginecologia, medicina de familie, psihiatria și psihologia, precum și farmacia, lipsa unei abordări informate și incluzive poate amplifica disparitățile deja existente în materie de sănătate între pacientele non-heterosexuale și cele heterosexuale.

Totodată, datele adunate în acest studiu confirmă concluziile cercetărilor internaționale privind evitarea consulturilor medicale de către persoanele lesbiene și queer din teama de a fi judecate sau discriminate. Acest fenomen, coroborat cu presiunile structurale din sistemul medical românesc (precum supraaglomerarea, lipsa timpului, ierarhii rigide), creează un context în care nevoile specifice ale pacientelor safice rămân adesea neadresate.

Limitări ale studiului

Deși acest studiu aduce contribuții relevante la înțelegerea modului în care persoanele lesbiene și femeile queer navighează sistemul medical românesc, este important să fie luate în considerare câteva limitări foarte importante. Experiențele documentate, deși numeroase și consistente, reflectă doar o fațetă a comunității safice din România. Populația care a participat voluntar la chestionarul online este, cel mai probabil, una relativ privilegiată: majoritar albă, tânără, cu un nivel ridicat de educație, aparținând clasei de mijloc și care locuiește în orașe mari, unde accesul la servicii medicale publice și private este mai facil.

Aceste caracteristici sugerează că experiențele persoanelor safice rome, din mediul rural, ale celor cu resurse economice limitate, ale persoanelor mai în vârstă sau ale celor care se confruntă cu dizabilități sau alte forme de marginalizare pot fi semnificativ diferite și, cel mai probabil, mai dificile. Prin urmare, rezultatele prezentate nu trebuie interpretate ca fiind exhaustive, ci ca un punct de plecare pentru cercetări viitoare care să includă perspective mai diverse și mai puțin vizibile. În acest context, este necesară o implicare sporită a actorilor relevanți pentru a ajunge la aceste populații și pentru a înțelege mai bine realitățile și nevoile lor specifice.

Implicații și direcții viitoare

În ansamblu, studiul subliniază necesitatea urgentă de a dezvolta și implementa politici publice coerente, proceduri instituționale clare și programe de formare dedicate pentru cadrele medicale, centrate pe incluziune, etică și competență culturală. Crearea unui mediu medical sigur pentru pacientele lesbiene și femeile queer nu poate fi realizată exclusiv prin eforturi individuale ale unor medici deschiși, ci necesită schimbări structurale susținute.

Abordarea acestor probleme presupune implicarea simultană a mai multor actori: instituții de învățământ medical, organizații profesionale, autorități publice, decidenți politici, cadre medicale, precum și organizații ale societății civile și comunității LGBTQ+. Doar printr-o colaborare intersectorială poate fi redusă dependența îngrijirii medicale de norocul de a întâlni un medic informat și empatic și poate fi asigurată o practică medicală echitabilă, profesionistă și respectuoasă pentru toate pacientele și toți pacienții, indiferent de orientarea sexuală sau identitatea de gen.

Bibliografie

1. Mozaicq. Comunitatea LGBT și sistemul medical din România [Internet]. București: Mozaicq; 2024 [cited 2025 Oct 15]. Available from: <https://www.mozaicqlgbt.ro/wp-content/uploads/2024/10/comunitatea-LGBT-si-sistemul-medical-din-Romania.pdf>
2. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). LGBTIQ equality at a crossroads: Progress and challenges [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2024 [cited 2025 Oct 17]. Available from: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2024-lgbtiq-equality_en.pdf
3. Moegelin L, Nilsson B, Helström L. Reproductive health in lesbian and bisexual women in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89:205–9.
4. World Bank, ERA – LGBTI Equal Rights Association for Western Balkans and Turkey. *Life on the Margins: Survey Results of the Experiences of LGBTI People in Southeastern Europe.* Washington, DC; 2018.
5. Hutchcraft ML, Teferra AA, Montemorano L, Patterson JG. Differences in health-related quality of life and health behaviors among lesbian, bisexual, and heterosexual women surviving cancer from the 2013 to 2018 National Health Interview Survey. *LGBT Health.* 2021;8:68–78.
6. Wells MB, Lang SN. Supporting same-sex mothers in the Nordic child health field: a systematic literature review and meta-synthesis of the most gender equal countries. *J Clin Nurs.* 2016;25:3469–83.
7. European Lesbian* Conference (EL*C). The state of lesbian organizing and the lived realities of lesbians in the EU and accession countries [Internet]. 2020 [cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://europeanlesbianconference.org/the-state-of-lesbian-organising-a-groundbreaking-research/>
8. European Lesbian* Conference (EL*C). *A bitter pill to swallow: gaps and discrimination in health care for lesbians.* 2022.
9. ILGA-Europe. *Rainbow Map & Index 2025* [Internet]. Brussels: ILGA-Europe; 2025 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://www.ilga-europe.org/report/rainbow-map-2025/>
10. Fiorelli AI, Pêgo-Fernandes PM. Medical residency – where we are and future challenges. *Sao Paulo Med J.* 2025;143(4):e20251434. doi:10.1590/1516-3180.2025.1434.14042025
11. *Politici de Sănătate. Tinerii medici din România: percepții, intenții și provocări* [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 25]. Available from: <https://www.politicidesanatate.ro/wp-content/uploads/2025/11/tinerii-medici.pdf>
12. Peel R, Missen K, Bailey C, Florentine S. The experience of healthcare interactions for women with symptoms of abnormal menstruation: a systematic review and meta-synthesis. *Patient Educ Couns.* 2025;138:109225. doi:10.1016/j.pec.2025.109225
13. Colegiul Psihologilor din România. *Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică* [Internet]. [cited 2025 Oct 25]. Available from: <https://www.lapsiholog.com/codul-deontologic-al-profesiei-de-psiholog-cu-drept-de-libera-practica/>
14. Bauer GR, Welles SL. Beyond assumptions of negligible risk: sexually transmitted diseases and women who have sex with women. *Am J Public Health.* 2001;91(8):1282–6.
15. Evans AL, Scally AJ, Wellard SJ, Wilson JD. Prevalence of bacterial vaginosis in lesbians and heterosexual women in a community setting. *Sex Transm Infect.* 2007;83(6):470–5.
16. Marrazzo JM, Koutsky LA, Eschenbach DA, Agnew K, Stine K, Hillier SL. Characterization

- of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women. *J Infect Dis.* 2002;185(9):1307–13.
17. Reiter PL, McRee AL. HPV infection among a population-based sample of sexual minority women from the USA. *Sex Transm Infect.* 2017;93(1):25–31.
 18. Agénor M, Krieger N, Austin SB, Haneuse S, Gottlieb BR. Sexual orientation disparities in papanicolaou test use among US women. *Am J Public Health.* 2014;104(2):e68–73.
 19. Boehmer U, Miao X, Linkletter C, Clark MA. Adult health behaviors over the life course by sexual orientation. *Am J Public Health.* 2012;102(2):292–300.
 20. Waggoner SE. Cervical cancer. *Lancet.* 2003;361(9376):2217–25.
 21. Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1998;53(3):S144–52.
 22. Jutz R. Health inequalities in Eastern Europe: does the role of the welfare regime differ from Western Europe? *Soc Sci Med.* 2020;267:113357.
 23. University of Northern British Columbia. Lesbian health [Internet]. [cited 2025 Oct 26]. Available from: <https://www.unbc.ca/sites/default/files/sections/northern-fire/LesbianHlth.PDF>
 24. Hitchcock JM, Wilson HS. Personal risking: lesbian self-disclosure of sexual orientation to professional health care providers. *Nurs Res.* 1992;41:178–83.
 25. St. Pierre M. Under what conditions do lesbians disclose their sexual orientation to primary healthcare providers? A review of the literature. *J Lesbian Stud.* 2012;16(2):199–219. doi:10.1080/10894160.2011.604837

Acest proiect este finanțat de EuroCentralAsian Lesbian*
Community și cofinanțat de Uniunea Europeană.
Conținutul său este responsabilitatea exclusivă a
Asociației Vulgar, care implementează proiectul, și nu
reflectă neapărat opiniile EuroCentralAsian Lesbian*
Community sau ale Uniunii Europene.



Funded by the

EL*C



**Co-funded by
the European Union**

