



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**NARRATIVAS SOBRE SAÚDE SEXUAL POR MULHERES
LÉSBICAS DO RECIFE**

RECIFE

2024

AMANDA FRANÇA PEREIRA

**NARRATIVAS SOBRE SAÚDE SEXUAL POR MULHERES
LÉSBICAS DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Drª Karla Galvão Adrião

RECIFE

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Pereira, Amanda França.

Narrativas sobre saúde sexual por mulheres lésbicas do Recife / Amanda Franca Pereira. - Recife, 2024.
124 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2024.

Orientação: Karla Galvão Adrião.
Inclui referências e apêndices.

1. Saúde sexual; 2. Lésbicas; 3. IST's; 4. Vulnerabilidades; 5. Itinerários terapêuticos; 6. Psicologia. I. Adrião, Karla Galvão. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

AMANDA FRANÇA PEREIRA

**NARRATIVAS SOBRE SAÚDE SEXUAL POR MULHERES
LÉSBICAS DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Karla Galvão Adrião

(Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr^a. Carla Andreia Alves de Andrade

(Examinador Externo)

Universidade Universidade Federal de Alagoas

Prof. Dr. Luís Felipe Rios do Nascimento

(Examinador interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Para minha mãe Maria de França Beserra Pereira
(in memoriam) que sempre acreditou em mim e
para todos que sempre me apoiaram em tantos
aspectos e contextos.

Para todos que acreditam em outras possibilidades
de construção de saúde e na resistência das
minorias, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pela coragem e força para persistir e me desdobrar ao longo dos anos no mestrado e pela sustentação das angústias vividas pelo caminho.

Agradeço também pela inspiração que minha mãe, Maria de França (*in memoriam*), foi e é para mim. Uma mulher que foi muito batalhadora durante toda a vida e que mesmo não tendo sido ofertado a ela o caminho dos estudos, persistiu e correu atrás o quanto foi possível para si, nunca deixou de acreditar na importância da educação e devido a isso investiu o seu melhor em mim e na minha irmã. A educação é a herança que ela pôde nos deixar e por isso, sou extremamente abençoada. Minha mãe cultivou em mim uma vontade gigante de mudar o mundo e tornar ele um lugar melhor, mais acolhedor e mais justo. Eu não conseguia, nem que assim desejasse, fugir de algo tão profundo em mim. Hoje estou aqui e muito é pelo seu investimento.

Agradeço imensamente a quem eu quase poderia chamar de mãe nesse processo, ou seja, a minha orientadora Karla Galvão Adrião. Uma grande mulher que me inspirou a continuar escrevendo e acreditando no fazer coletivo da ciência. Através dela eu aprendi a potência que é poder confiar nas práticas coletivas para construção do saber e acolher o que não damos conta na escrita, bem como a importância disso. Karla me inspirou a continuar e acreditou em mim quando por vezes eu desacreditei. Fui realmente abençoada por esse caminho juntas.

Agradeço a cada interlocutora que partilhou suas histórias de vida, de afetos, impressões, medos, curiosidades, saberes, práticas, entre tantas outras coisas comigo. Poder ouvi-lás foi uma grande satisfação e carregarei o produto dos nossos encontros comigo.

Agradeço muito também a meu pai, minha irmã e meu cunhado que me apoiaram com seu amor e incentivos constantes, sempre me mostrando e construindo o sentido de amor, família e acolhimento. Um porto seguro que eu tive e tenho espaço para voltar. Sou afortunada de poder contar com eles.

Agradeço aos meus amigos pela fé no meu potencial quando eu me via pequena, pelos incentivos a continuar, por me colocar os pés no chão quando as ansiedades estavam me levando aos cenários mais drásticos na minha mente, pelas comidas feitas quando eu não tinha tempo nem para isso, pelo acolhimento nas tristezas, alegrias e apatias, por voarem comigo e me oferecerem a pista de pouso do afeto. Os amo demais!

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE, ao corpo docente, a

coordenação e secretaria pela partilha de conhecimentos, disponibilidade e prontidão em ajudar sempre que as demandas surgiam.

Por fim, agradeço a mim mesma que me permitiu embarcar nessa jornada de escritas apesar dos muitos desafios apresentados, sendo um deles a ausência de investimento financeiro pelos órgãos de fomento em mais da metade do curso. E agradeço pelo investimento financeiro nos últimos meses do mestrado, certamente fizeram toda a diferença para o desenvolvimento e finalização da minha pesquisa. A inspiração em tantas pessoas importantes para mim, permitir acolher todo o amor, fé, trocas e conhecimentos com todas as pessoas no meu círculo foi o que me deu o desejo de continuar. É para tornar a sociedade melhor, mais equânime e justa que assim eu fiz essa pesquisa.

Essa dissertação é a concretização de um sonho sonhado por gerações anteriores a mim e poder realizar por todas é um dos grandes presentes que alcancei.

“Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria mistura a dor e a alegria

Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania de ter fé na vida” – Maria Maria – Milton Nascimento.

RESUMO

Essa dissertação buscou compreender narrativas sobre saúde sexual de mulheres lésbicas cisgêneras através das suas compreensões sobre autocuidado, demandas e necessidades em saúde sexual e da construção dos seus itinerários terapêuticos, pontos que dialogaram com as noções de vulnerabilidade individual, social e programática. Propôs discutir sobre saúde sexual de lésbicas, historicamente invisibilizadas por fugirem da norma heterossexual, particularmente no campo da saúde, em suas políticas, serviços e atendimentos. O estudo parte de uma leitura teórica feminista decolonial, pós-estruturalista e construcionista para pensar sexualidades dissidentes, saúde, cuidado e discurso, e se configurou enquanto uma pesquisa de base qualitativa, utilizando de entrevistas narrativas para compreender melhor as complexidades trazidas. Foram entrevistadas seis mulheres lésbicas cisgêneras, maiores de 18 anos e que residem na cidade do Recife. A análise das informações produzidas foi orientada pela análise temática devido à flexibilidade teórica que descreve o conjunto de dados em ricos detalhes. As entrevistas geraram resumos biográficos e na análise foram trabalhados aspectos das vulnerabilidades individual e social; foram realizadas mini-biografias focadas nas narrativas sobre vulnerabilidade programática e itinerários terapêuticos das interlocutoras. Para isso, foram discutidos temas que se destacaram nas falas e nas literaturas que dão base teórica ao estudo. Quanto às conclusões, a insuficiência de conhecimento sobre IST's contribuiu para o aumento da vulnerabilidade individual dessas mulheres, podendo levar à subestimação dos riscos de contrair outras ISTs além do HIV. Foi identificada a existência de narrativas de imunidade no sexo entre mulheres, levando-as também a se exporem a situações de risco. É importante que os órgãos responsáveis pela saúde nas três esferas do governo, dialogando com as áreas do campo dos direitos sexuais, executem programas de formação em gênero, sexualidades e educação sexual para instituições e serviços de saúde, para repensar o próprio modelo de saúde e formas generalistas de cuidado.

Palavras-Chave: Saúde sexual, mulheres lésbicas, IST's, vulnerabilidades, itinerários terapêuticos.

ABSTRACT

This essay aimed to comprehend narratives about the sexual health of cisgender lesbian women through their understanding of self-care, demands and necessities in sexual health and the constructions of their therapeutic itineraries, topics that dialogued with notions of individual, social and programmatic vulnerability. It proposed discussing sexual health of lesbians, who have historically been made invisible because they deviate from the heterosexual norm, particularly in the health field, in its policies, services and care. The study is based on a decolonial feminist, post-structuralist and constructionist theoretical reading to think about dissident sexualities, health, care and discourse and it was configured as a qualitative-based research, using narrative interviews for better comprehension of complexities brought in them. Six cisgender lesbian women, over 18 years old and residing in Recife were interviewed. The analysis of the information produced was guided by thematic analysis due to the theoretical flexibility that describes the data set in rich details. The interviews produced biographical summaries and the analysis addressed aspects of individual and social vulnerabilities; mini-biographies were created focusing on narratives about programmatic vulnerability and therapeutic itineraries of the interlocutors. To this end, subjects that stood out in the speeches and in the literature that provide theoretical basis for the study were discussed. As for the conclusions, insufficient knowledge about STIs contributed to the increase in the individual vulnerability of these women, which could lead to underestimation of the risks of contracting STIs other than HIV. The existence of narratives of immunity in sex among women was identified, also leading them to expose themselves to risk situations. It is important that the institutions responsible for health in the three spheres of government, in dialogue with areas in sexual rights field, carry out training programs in gender, sexualities and sexual education for health institutions and services, to rethink the health model itself and generalist forms of care.

Keywords: Sexual health, lesbian women, STIs, vulnerabilities, therapeutic itineraries.

LISTA DE SIGLAS

SIC	SEGUNDO INFORMAÇÕES COLETADAS
RMR	REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE
LGBTQIAPN+	LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRANSGÊNEROS, QUEER, INTERSEXUAIS, ASSEXUAIS, PANSEXUAIS E NÃO-BINÁRIES
NASF – AB	NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA
ESF	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
HSH	HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS
IST	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
IT	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS
AT	ANÁLISE TEMÁTICA
DIU	DISPOSITIVO INTRAUTERINO
SOP	SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
GLS	GAYS, LÉSBICAS E SIMPATIZANTES
IC	INICIAÇÃO CIENTÍFICA

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Mas então, o que é ser lésbica e que saúde é essa?.....	17
1.2	Um pouco de história.....	18
1.3	Sexualidades, Saúde Sexual e Mulheres Lésbicas.....	20
1.4	Narrativas e Discursos sobre Heteronorma e Saúde Sexual.....	25
2.	OBJETIVOS	33
2.1	Geral...	33
2.2	Específicos.....	33
3.	METODOLOGIA	34
3.1	Busca, primeiros contatos e desafios nas entrevistas.....	40
3.2	Caracterizando as mulheres	42
4.	ANÁLISE.....	44
4.1	Contextos de vulnerabilidade individual e social nas narrativas	44
	4.1.1 Apresentando as interlocutoras	45
	4.1.1.1 Rosa.....	45
	4.1.1.2 Marta.....	49
	4.1.1.3 Shane.....	57
	4.1.1.4 Willow.....	66
	4.1.1.5 Velma.....	71
	4.1.1.6 Dani.....	78
4.2	Vulnerabilidade Programática e Itinerários Terapêuticos.....	86
	4.2.1 Acesso a planos de saúde – busca por consultas	93
	4.2.2 Experiências nos atendimentos de saúde, receios e reverberações	94

4.2.3 Infecções sexualmente transmissíveis, conhecimentos e estratégias para proteção sexual.....	97
4.2.4 A nuvem da imunidade no sexo lésbico.....	101
4.2.5 Maior vulnerabilidade às IST's.....	103
4.2.6 O terror de gestar.....	105
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
6. REFERÊNCIAS.....	115
7. APÊNDICES.....	120

1. INTRODUÇÃO

Escrevi¹ essa dissertação a partir da minha ânsia e resistência frente a me perceber não producente e o desejo de tentar tocar meus dias com o mínimo de “normalidade” no contexto de pandemia que foi a COVID-19. Escrever essas meras três linhas me tomaram mais minutos do que eu esperava, mas me conectar com o que estou sentindo e transformá-los em palavras pode ser mais desafiador do que o costumeiro. Escrevi essa dissertação num contexto social de um governo no qual foi defendido e consolidado um projeto de sociedade contra o povo, em que as conquistas do atual governo são as “desconquistas” da população, especialmente a população pobre, negra e LGBTQIAPN+.

Vivenciamos uma realidade social que incentiva o extermínio da juventude negra, endossa crimes e corrobora comportamentos homicidas em prol da segurança de uma elite branca, estimula o militarismo, considera que estupro para algumas mulheres é elogio, que teve uma Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos incentivando o exato oposto ao que seu cargo se propõe a defender, em que a morte de travestis são apenas números e fatos corriqueiros destituindo a humanidade dessas pessoas, e que o extermínio das terras e dos povos indígenas é algo a ser defendido em projetos de lei, e o adoecimento da terra seja algo a ser prosperado e por fim em que uma pandemia que matou mais de 700 mil pessoas (somente no Brasil) foi tratada como uma “gripezinha”.

Testemunhar e tentar sobreviver a isso tudo – porque sim, tentamos sobreviver e resistir, não se sai sem o mínimo de sequelas. Eu não estou alheia ao meu contexto social: Sou uma mulher negra, lésbica, pobre e vivo estas sequelas na minha história e no meu corpo físico e psíquico. O desinvestimento à Ciência causou impactos gigantes com fundamentalistas acreditando que o achar é mais importante que o saber e nós, estudantes das pós-graduações, nos sentimos muitas vezes impotentes ao pensar que o que desejamos acrescentar no mundo vai ser facilmente rejeitado porque alguém “acha” que não é assim que a ‘banda toca’ e esse achar pode

¹ Essa dissertação foi escrita em primeira pessoa, pois localizo na perspectiva de pesquisa epistemológica Feminista, que comprehende a produção científica como uma construção coletiva que se faz por meio de saberes localizados (HARAWAY, 1995). Me baseando nisso, norteio minha escrita e minha prática enquanto pesquisadora numa forma de ciência que parte de minhas afetações e implicações pessoais partilhando as significações coletivas das pessoas que farão parte desse estudo.

pesar mais. Então construir uma escrita, seguir o dia como se as coisas pudessem tomar o mesmo formato foi impossível. Quando o discurso simplista “cuide da sua saúde mental” apareceu e eu contraponho “como?” tendo em vista a carência de investimento em pesquisa através de bolsa acadêmica para suprir espaços de cuidado em saúde como psicoterapia e outras atividades e serviços ofertados, além de necessidades ainda mais básicas. Durante a escrita desse texto me questionei: como sentar e escrever uma dissertação a partir daí? E eu escrevi essas linhas aqui tentando descobrir, de alguma forma.

Me propus com essa pesquisa refletir sobre as narrativas produzidas em torno dos direitos e da saúde sexual de mulheres lésbicas, busquei encontrar esses conhecimentos nas trocas com outras mulheres como eu. Minha pesquisa reafirma a resistência a esse projeto de desumanização do governo anterior, mas que foi presente durante todo o processo de elaboração e escrita da dissertação e que as sequelas reverberam forte mesmo com mudanças no cenário político do país, marcando que nós existimos e não vamos parar de lutar pelo nosso direito de viver e viver com qualidade.

Enquanto mulher cisgênera² precisei fazer uso dos aparelhos de saúde disponíveis à população durante a minha vida, buscando além de outras especialidades, também acompanhamento de exames ginecológicos. Logo após iniciar minha vida sexual, sabia que precisaria fazer algumas avaliações de rotina e não me sentia abarcada pelos atendimentos ofertados. Um dia comecei a me questionar em qual idade eu iria começar a precisar fazer o exame de Papanicolau. Nesse sentido, poderia afirmar que a escrita da minha dissertação começou com os meus questionamentos sobre minhas vivências em saúde e as não-respostas que me ofertavam.

Até então, eu não costumava revelar aos médicos minha sexualidade, tinha meus receios e algumas vezes foi-me incentivado a não dizer, pois “não era necessário”. Isso foi me gerando certa inquietação e fui buscar por conta própria informações sobre alguns exames para mulheres que não tinham práticas penetrativas penianas. Não sei em que momento eu ouvi ou li sobre, mas sei que uma das coisas que me chegou foi que eu precisaria sim a partir dos 25 anos, tendo contato sexual com alguém ou não, realizar o exame.

² Tratarei sobre essa definição mais abaixo, no corpo do texto.

Continuei curiosa e levei essa dúvida para minha ginecologista pela primeira vez e ela me disse que eu não precisaria fazer o exame sendo lésbica. Gostei daquilo porque não queria passar pela situação de sentir algo me invadindo, mas continuei achando estranho eu não precisar fazer. Em que eu era diferente das outras? Comecei a me aproximar um pouco mais das leituras em saúde ginecológica na época, levei novamente a pergunta para minha ginecologista e ela novamente me respondeu que eu não precisaria caso nunca tivesse contato sexual com pênis. A partir daí decidi não voltar mais nela. Sabia que ali eu não estava sendo bem atendida, por mais que ela fosse muito boa para mulheres cis que se relacionavam sexualmente com homens cis.

Passei alguns anos sem ir a nenhum ginecologista ou somente ir quando minha menstruação atrasasse e eu só falava sobre isso. Comecei a trocar com outras amigas lésbicas como eram as experiências delas com saúde e reflexões me vieram que para além de uma saúde ginecológica, todo o suporte sobre saúde de forma geral podia ser diferente. Ainda não tinha respaldo para nenhuma das minhas ideias. Nesse tempo foi inaugurado o ambulatório LBT do Hospital da Mulher do Recife e decidi ir. Nessa época eu já tinha entre 25 e 26 anos, o médico me tirou muitas dúvidas e explicou porque eu precisaria fazer o exame. A equipe foi muito atenciosa, desde a triagem com a assistente social até a realização de todos os exames que precisei fazer.

Comecei a me aproximar mais de leituras no campo da saúde sexual, mas ainda muito timidamente. Ingressei na Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família em 2019 e foi quando se fez presente o ponto de virada para pensar saúde de mulheres lésbicas. No dia-a-dia das atividades da residência, pela minha aproximação com os debates sobre gênero e sexualidades desde a minha graduação, procurei o público LGBTQIAPN+ que buscava atendimentos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) que eu cobria, com o intuito de pensar a composição de grupos de cuidados em saúde mental para trabalhar com a equipe multidisciplinar. Eu nunca encontrava essas pessoas lá, nem nas atividades rotineiras da unidade.

Busquei nas reuniões de equipe trocar com os profissionais, perguntar aos agentes comunitários de saúde (ACS) onde estavam essas pessoas e o que me era respondido era que não havia demanda desse público. Eu e o terapeuta ocupacional da minha equipe buscamos contato com o coordenador da política de saúde integral da população LGBTQIAPN+ para obter informações sobre os índices de acompanhamento dessa população na Atenção Básica e nos foi

respondido que era extremamente subnotificado e uma das queixas da gestão era que os profissionais das ESF não consideravam urgente pensar sobre isso, então nem sempre estavam abertos a receber as atividades de educação em saúde ou realizar as ações.

Começamos a pensar em atividades para fazer o público LGBTQIAPN+ chegar às unidades de saúde, tivemos o apoio do coordenador da política de saúde LGBTQIAPN+ e nas trocas com os profissionais das ESF, especialmente os ACS, pois esses realizavam visitas domiciliares rotineiramente, essa informação (quando chegava) tinha um caráter de “fofoca” e às vezes vinha a partir de uma história de adoecimento que carregava alguma marca depreciativa.

Realizamos, eu e o terapeuta ocupacional da equipe, visitas domiciliares com intuito de dialogar sobre a rotina de saúde dessas pessoas e criar vínculos para adentrar na temática e poder pensar ações em saúde mais de perto, verificar quais as dificuldades, receios ou outras causas que impediam essas pessoas de chegarem às unidades. Também realizamos atividades de educação em saúde como matriciamentos com as equipes, em prol de prepará-los para receber o público LGBTQIAPN+ e conscientizá-los da importância de ter dados sobre identidade de gênero e orientação sexual dos comunitários³ salvos nos prontuários para conhecer as pessoas e pensar em atividades em saúde específicas.

Alguns dos casos que chegavam para minha categoria - psicologia - vinham com queixas de ansiedade, dificuldade para dormir, entre outros, e na escuta individual, a partir do estabelecimento do vínculo, emergiam questões que envolviam a orientação sexual, sendo muitas vezes a dinâmica familiar um espaço disparador de adoecimentos. O público existe e frequenta a ESF, porém nem sempre se escuta com qualidade o sofrimento dessas pessoas ou se cria um clima receptivo para que se sintam à vontade para abordar seus contextos, suas demandas, suas queixas e sofrimentos.

Perceber a ausência das mulheres lésbicas no sistema de saúde através da minha experiência enquanto profissional e enquanto usuária dos serviços, a escassez de discussões sobre saúde desta população, em específico a sua saúde sexual, observar o despreparo dos profissionais no acolhimento dessas mulheres e de pessoas LGBTQIAPN+ como um todo, na tentativa de

³ Comunitário é o termo usado pelos profissionais das Estratégias de Saúde da Família para se referir aos moradores do bairro que são atendidos pelo posto de saúde.

buscar novas formas de olhar e pensar saúde sexual para grupos invisibilizados, me motivaram a estudar na residência multiprofissional a atuação de psicólogos dos NASF-AB sobre saúde mental e lesbianidades e a desenvolver essa dissertação.

No mestrado me debrucei sobre as narrativas acerca da saúde sexual de mulheres lésbicas, pois quis entender a visão dessas mulheres sobre a construção de sua saúde, como nós pensamos saúde, nossas práticas e cuidados, nossos descasos (se são descasos), nossos sentimentos de pertencimento às estruturas dos conhecimentos médicos, entre tantas outras coisas. Toda minha vivência pessoal e a profissional, através da residência multiprofissional, me levaram a construir essa pesquisa.

Ao refletir ainda a partir da minha aproximação com os debates sobre feminismos, gênero e sexualidades e meu interesse pela área, pesquisei sobre esse campo-tema com o intuito de promover discussões e ampliar o olhar para esse grupo que é invisibilizado e que no campo da saúde se dá estruturalmente – políticas, serviços, atendimentos em saúde -, buscando assim maior equanimidade na construção das concepções de saúde para pessoas que fujam da norma heterossexual.

1.1 Mas então, o que é ser lésbica e que saúde é essa?

O termo lésbica é inspirado em Safo, poeta que viveu no século 6 a.C na ilha de Lesbos. Com o passar dos tempos, o termo lésbica se fixou na representação de mulheres que desenvolvem seus afetos por outras mulheres. Entendendo que uma identidade não se constrói sozinha, mas é recortada por políticas, história, lutas, entre outros elementos, eu trabalho aqui o termo lésbica enquanto uma orientação sexual e uma identidade política que envolve desejos, práticas e trocas afetivo-sexuais de mulheres com outras mulheres.

As mulheres que retrato aqui são cisgêneras, pois entendo que mulheres e homens trans vão trazer outras questões com relação à sexualidade e corpo que não são o que pretendo me debruçar nesse estudo. Cavalcanti e Sander (2019, p.3) dizem que “uma mulher cisgênera seria aquela que nasceu com vagina/vulva e se expressa e se identifica com o gênero que lhe foi designado: com aquilo que é socialmente tido como próprio das mulheres”. As autoras ainda discutem que os movimentos trans e travestis se movimentam em oposição à ideia discriminatória de que o corpo

deve estar alinhado com o gênero atribuído no nascimento ou que existem apenas os gêneros masculino e feminino e que ninguém pode estar fora deles (CAVALCANTI & SANDLER, 2019). Nesse sentido, as mulheres trans estariam fora do que a cisnorma impõe por não se identificarem com o gênero designado ao nascer.

Diante dessas definições, busquei nessa pesquisa aprofundar conhecimentos e reflexões sobre saúde sexual⁴ de mulheres lésbicas a partir das narrativas produzidas por estas, bem como práticas em relação ao autocuidado, demandas e necessidades considerando suas especificidades. No tocante à prática sexual, são relações que fogem à norma heterossexual, para onde se voltam os cuidados em saúde.

O campo da saúde nunca foi construído pensando nessas mulheres. A lógica de uma saúde heterossexual, branca e cisgênera estrutura o modelo de saúde vigente. Entretanto, esse grupo existe e possui particularidades que precisam ser compreendidas. Desse modo, como pensar cuidados em saúde com mulheres lésbicas de forma dialógica? Como fazer esses conhecimentos chegarem a outras mulheres? Considerando que estas são excluídas do lugar de construção de sua própria saúde diante de uma lógica repressora da sexualidade e de uma invisibilidade no processo identitário.

1.2 Um pouco de história...

Para adentrar nesse assunto é importante fazer um resgate da história da saúde no Brasil. A saúde LGBTQIAPN+, de forma mais ampla, é um tema recente no Brasil. Ao final dos anos 1970, estavam surgindo movimentos sociais que lutavam por “grupos específicos e de liberdades sexuais” (BRASIL, 2013, p.09). As lésbicas estavam presentes no movimento homossexual no Brasil desde 1970, mas somente em 1993 que o termo foi colocado no movimento (FACHINNI E BARBOSA 2004 *apud* FACHINNI E BARBOSA, 2006).

No início dos anos 80, com o “boom” do HIV/Aids (na época, infecção atribuída à população gay), o governo federal se dedicou a investir no cuidado da população de homens que

4 A saúde sexual é entendida pela habilidade de vivenciar a sexualidade com prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, de gestações não planejadas, violência, coerção, discriminação. Envolve a possibilidade de expressar a própria identidade, valorizar as relações pessoais, experimentar uma vida sexual agradável, prazerosa, segura e informada, baseada no respeito mútuo nas relações性uais (HERA, 1999 *apud* CORRÉA; ALVES; JANUZZI, 2006, p.45).

fazem sexo com homens (HSH). As estratégias em saúde eram focadas na saúde sexual de homens e travestis, excluindo outros grupos, pois não eram foco das ações por uma convicção de que estas corriam menos riscos, o que contribuiu para o apagamento das ações em saúde para essas pessoas (BRASIL, 2013).

Ainda na década de 1980, os estudos se voltam para as lésbicas, deixando para trás a ênfase na etiologia da homossexualidade feminina e a perspectiva psicopatológica vigente nas décadas anteriores (SOLARZ, 1999). Com o surgimento dos primeiros estudos sobre homossexualidade feminina, passou-se a pensar de forma mais específica sobre a saúde da mulher lésbica. Condições históricas, políticas e culturais são criadas nesse período para o estabelecimento do tema da sexualidade como parte das questões da Saúde Reprodutiva⁵ (AQUINO et al., 2003).

A saúde sexual, enquanto pensada pela via da promoção à saúde e não somente ligada à violência sexual, começa a ser pensada a partir da década de 1990 com a Conferência de Cairo e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim (FACHINNI & BARBOSA, 2006), mas foi somente a partir de 2004 com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que a saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais passou a ter maior atenção sendo ainda mais tarde, em 2007, que essa atenção volta-se também para a saúde relacionada ao HIV/AIDS (BRASIL, 2014). Entretanto, ainda hoje, o mito construído do caráter imune do sexo entre mulheres na transmissão de HIV/AIDS contribui para exposição desse grupo a riscos, ainda que consideravelmente menores em comparação a relações heterossexuais e homossexuais masculinas (BRASIL, 2004).

Um relatório semanal feito em 2014 pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDCP) dos Estados Unidos traz dados sobre uma possível transmissão de HIV através do sexo entre mulheres cisgênero sorodiscordantes⁶. “Sem histórico de outras atividades onde pudessem ser infectadas, quando comparadas, a carga viral das duas parceiras tinha semelhança de ≥98%” (CHAN et al., 2014, p.209). Apesar da frequência rara de resultados assim no sexo entre

5 A saúde reprodutiva envolve bem estar físico, mental, social. Envolve o direito de decisão para se reproduzir quantas vezes e quando quiser. Todos têm o direito de acesso a métodos seguros, eficientes, planejamento familiar, métodos de fecundidade legais, acesso a serviços apropriados de saúde que dêem segurança e condições de ter um filho saudável (CIPD, 1996, cap. VII, par. 7.2, p.62).

6 São chamados casais sorodiscordantes a dupla que se relaciona sexualmente e uma pessoa vive com HIV e a outra não, ou seja, possuem sorologias diferentes.

mulheres cis, não se descarta a possibilidade de transmissão do vírus nas práticas sexuais. O mito da imunidade nesse tipo de sexo coloca esse grupo em exposição não só a possibilidade do HIV, mas também de outras infecções.

Segundo Bailey et al.(2004 apud FACCHINI e BARBOSA, 2006), os estudos se voltam sobre dois caminhos: 1- questionar essa "imunidade" do sexo lésbico sobre às IST's caracterizando a existência sim, porém com menor frequência ao comparar com mulheres heterossexuais e 2 - investigar como às IST's são transmitidas no sexo entre mulheres cis, pois infecções foram encontradas sem registro de contato sexual com homens cis. Uma das possibilidades que o dossiê cita para explicar a hipótese da transmissibilidade das IST's é ligada à frequência das práticas sexuais e não ao número de mulheres que se relacionam. Porém ainda segundo o dossiê, a forma como essas parcerias se estabelecem ao longo da vida surge como um impeditivo para pensar questões de saúde específicas para o grupo.

Dados trazidos pelo dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas (FACCHINI & BARBOSA, 2006) apontam a recorrência de câncer de colo de útero e mama em mulheres lésbicas. No que se refere a cuidados em saúde, tem sido verificado uma forte incidência de mulheres com altos níveis de consumo de álcool, sobrepeso e pouca frequência dos exames preventivos. Pode-se pensar os condicionantes sociais em saúde para esta população, preconceitos, lesbofobia, violências e a invisibilidade lésbica como fatores que se relacionam com a saúde destas.

1.3 Sexualidades, Saúde Sexual e Mulheres Lésbicas

Nesse trabalho, parti de uma leitura feminista decolonial (LUGONES, 2014 e 2020; GONZÁLEZ, 2020), pós-estruturalista (HARAWAY, 1995) e construcionista (PARKER, 2000) para pensar sexualidades dissidentes (PRECIADO, 2011), saúde (CORREIA e PETCHESKY, 1996), cuidado (AYRES, 2009) e discurso (FOUCAULT, 2008). Entendo que minhas experiências e meu lugar de fala enquanto mulher cis, negra, pobre e lésbica atravessam toda a minha produção científica e me proponho assim a pensar uma ciência não neutra, construída no coletivo através de saberes localizados (HARAWAY, 1995).

Adotar uma perspectiva pós-estruturalista (HARAWAY, 1995) nessa dissertação me movimenta a desafiar ideias sedimentadas de identidade, poder, conhecimentos, gênero, raça,

orientação sexual, entre outros, tomando por referência a fluidez e hibridez das identidades e do gênero que destaca a autora. Haraway argumenta que o conhecimento científico não é universal nem neutro, mas sim situado em contextos específicos e influenciado por relações de poder, cultura e história. Os "saberes localizados" referem-se aos conhecimentos que emergem de experiências situadas em locais específicos, muitas vezes marginalizados ou subalternos. Esses saberes são produzidos a partir de perspectivas concretas, enraizadas em contextos sociais, políticos e culturais particulares (HARAWAY, 1995).

Haraway defende a necessidade de uma abordagem mais pluralista e inclusiva à produção de conhecimento, que leve em consideração a complexidade das relações sociais e a diversidade de experiências humanas. Reconhecer e valorizar uma diversidade de perspectivas e conhecimentos, especialmente aqueles que emergem de comunidades historicamente marginalizadas, como mulheres, povos indígenas e grupos étnicos minoritários se faz necessário, pois esses saberes podem oferecer insights e soluções para problemas que são negligenciados pelos paradigmas dominantes na ciência e na tecnologia. Destacar a importância de reconhecer e valorizar as experiências situadas e contextualizadas desafiam as hierarquias de poder e visões enrijecidas do conhecimento científico (HARAWAY, 1995).

Caminhando junto a essa perspectiva, o conceito de colonialidade, discutido por Lugones (2020), compreende os pontos citados (a relação entre raça, classe social, gênero, sexualidade, etc) e controle sobre outras dimensões da vida humana, como estruturas de poder interligadas. Ela argumenta que as teorias dominantes, especialmente pelo norte do globo, marginalizam e desconsideram o conhecimento produzido por pessoas de descendência africana, mulheres indígenas e lésbicas.

Essa perspectiva destaca como a colonialidade não é apenas uma questão histórica ou geográfica, mas uma estrutura presente nas relações de poder contemporâneas, que continua a perpetuar desigualdades e marginalizações em diversas áreas da vida social, cultural e política. Ao reconhecer a interseccionalidade entre raça, gênero, sexualidade e classe social, podemos entender mais profundamente como essas formas de opressão se entrelaçam e se reforçam mutuamente, exigindo uma análise crítica e uma abordagem interseccional para desafiar e transformar essas estruturas de poder.

O construcionismo se propõe a entender as linguagens que atravessam a esfera social, seus arranjos, reorganizações, implicações. Assim, o conhecimento acontece a partir de uma construção coletiva que se dá nas relações em comunidade (GERGEN, 1996). A linguagem constrói significações e produz o mundo através dos acordos sociais. Nessa perspectiva, a sexualidade também é produto de uma construção social e dos discursos que a atravessam. Essa pesquisa é um caminho para entender sobre as convenções sociais em torno da saúde sexual de mulheres lésbicas e de como estas convenções reverberam em suas práticas de cuidado consigo mesmas, como demandas, sofrimentos e resistências são construídas.

Numa ótica antropológica, a reflexão em torno da Sexualidade foi pouco significativa ao longo de quase todo o século 20, permanecendo enrijecida nesse período (PARKER, 2000). No Brasil, foi somente na década de 90, com a inscrição do construcionismo que os saberes engessados em torno da Sexualidade começam a ser mais debatidos. Segundo Paiva (2008, p.643) “A abordagem construcionista definiu como questão compreender a sexualidade como fenômeno social, a desigualdade entre os sexos, a subordinação das mulheres, a discriminação sexual; nas últimas três décadas dedicou-se fortemente a compreender a epidemia da Aids e a violação de direitos sexuais”.

Parker (2000) aponta que numa perspectiva construcionista, o essencialismo existente na temática sobre sexualidade vai ser posto em questão. Com a chegada dos anos 2000, outros teóricos e teóricas vieram mexer nesses “essencialismos” do campo da sexualidade questionando para além de uma ideia biologizante ou freudiana, como a organização social também influencia na sexualidade.

O fenômeno de “hipervisibilidade do sexo” (CORRÊA, 2009) no início deste século, aconteceu como mais uma forma de dominação e controle a partir de uma lógica política. As identidades, os corpos que constituem o “dispositivo da sexualidade” são efeitos do poder, entretanto essas figuras resistem às constantes tentativas de normatizar, classificar, catalogar, reivindicando desejo, prazer e saúde contra a lógica econômica (CORRÊA, 2009, p. 21).

Preciado (2011, p.11), um dos teóricos que vai discutir sobre as dissidências na sexualidade, traz que os sistemas econômicos que organizam as sociedades também vão moldá-las. Também é ilustrado pelo mesmo autor a sexopolítica enquanto “uma das formas dominantes

da ação biopolítica no capitalismo contemporâneo”, enfatizando que tudo que compõe o sexo, desde os órgãos até códigos de performance, identidades entre outros, e seus discursos vão servir ao controle das vidas mediados pelos poder.

Sendo a sexualidade construída e regulada pela organização social, moldada pelo sistema do capital, essa construção reflete na nossa concepção de saúde sexual. Se a sexualidade vai servir a um sistema de controle das vidas, a saúde também será perpassada pelos elementos intrínsecos a esse tema. Apesar da saúde sexual ser constituída ainda por uma estrutura firme e arcaica reforçadora de exclusões e de privilégio apenas de um grupo (quando a saúde não deveria ser privilégio e sim direito), o construcionismo vem trazer inovações ao campo da saúde sexual.

Sônia Corrêa e Rosalind Petchesky (1996, p.149) definem a saúde sexual a partir de posições de poder e recursos. Mais que isso, trazendo os importantes conceitos de direitos sexuais e direitos reprodutivos para o campo de debate sobre a saúde, como podemos ver:

Definimos o terreno dos direitos sexuais e reprodutivos em termos de poder e recursos: poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura. Este terreno envolve necessariamente as noções essenciais de "integridade corporal" ou "controle sobre o próprio corpo". No entanto, também estão em questão as relações que se tem com filhos, parceiros sexuais, membros da família, a comunidade e a sociedade como um todo. Em outras palavras, o corpo existe em um universo socialmente mediado. (CORRÊA; PETCHESKY, 1996, p.149).

Nessa perspectiva, a saúde sexual é alcançada como um direito, que não se faz sem autonomia das pessoas nas decisões sobre seus corpos, no planejamento, na participação de construir sua saúde. Todavia, isso é mediado pelas condições de poder que regem a sociedade.

Os direitos de acesso a serviços e cuidados em saúde sexual, a autonomia e participação não podem ser concebidas sem bases que possibilitem o seu exercer de forma prática, principalmente em um contexto das classes menos favorecidas e/ou privadas desses direitos. As questões de saúde sexual e reprodutiva não podem ser encaradas enquanto escolha, uma vez que não existem condições plenas de viver tais direitos, o que envolve uma série de organizações políticas para garantir sua efetivação (CORREIA; PETCHESKY, 1996).

Me baseio no pensamento de Ayres (2009b, p.18) sobre a importância do cuidado na

busca de saúde integral. O autor define que “a ideia de cuidado vem justamente tentar reconstruir, (...) uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas”. O cuidado é também sobre a capacidade de responder às necessidades individuais de cada pessoa de forma universal. Isso implica o reconhecimento de que as abordagens de saúde devem ser adaptadas às circunstâncias únicas de cada pessoa.

Ayres (2009b) sugere que a prática clínica não se limita apenas a procedimentos técnicos, mas também requer uma compreensão mais ampla das necessidades dos pacientes, suas experiências e contextos de vida. Ressaltando com isso a importância de uma abordagem holística e centrada no paciente na prestação de cuidados de saúde, reconhecendo que o cuidado eficaz vai além do domínio técnico e requer sensibilidade para as necessidades individuais, valores e contextos de vida dos pacientes.

Um importante fator a se considerar ao pensar saúde sexual e direitos é a vulnerabilidade. Ayres et al.(2009a) vai trazer três dimensões da vulnerabilidade (individual, social e programática ou institucional) que definem como esta se organiza nas dadas esferas. Para o autor, a vulnerabilidade se configura pela qualidade das informações as quais as pessoas tem acesso para criar hábitos de prevenção e colocá-los em prática na sua vida cotidiana, marcando um cuidado individual (dimensão individual da vulnerabilidade), pelos aspectos da cultura, da política, dos valores morais e das materialidades que configuram a vida em sociedade, ou seja, o contexto social (dimensão social da vulnerabilidade) e pela atuação das instituições (com foco nas de saúde, educação, bem-estar social e cultural) reproduzindo ou aprofundando as condições sociais de vulnerabilidade (dimensão programática da vulnerabilidade) (AYRES et al. 2009a).

Entender os contextos em que as vulnerabilidades se apresentam na dimensão da saúde sexual de mulheres lésbicas nos leva a mapear suas práticas sexuais, rotina de cuidados, seus itinerários terapêuticos. Segundo Jurdi et al.(2019, p.266), Itinerário Terapêutico (IT) é o “conjunto de planos, estratégias e projetos”, ou seja, o conjunto de ações voltadas para a resolução de um adoecimento. A autora afirma que o IT é particular, pois varia a partir de valores morais, econômicos, sociais, culturais, de recortes geracionais, das experiências e compreensões sobre saúde e doença que compõem as pessoas. Conhecer os contextos que essas mulheres vivem é um caminho para entender como elas criam estratégias de saúde para compor seus repertórios

de cuidados no cotidiano.

Não é somente uma iniciativa individual ou grupal, mas também uma responsabilização do Estado agir para garantir as condições de existência dos direitos sexuais, viabilizando a redução das vulnerabilidades e dirimindo as desigualdades na construção de uma saúde sexual que atenda as especificidades das mulheres lésbicas. Não é possível compreender os direitos sem compreender as práticas e seus discursos. Posto que discurso é ação, importante relacionar como as narrativas produzem mundos nos quais o acesso à saúde e aos direitos sexuais são parte intrínsecas.

1.4 Narrativas e Discursos sobre Heteronorma e Saúde Sexual

Entendo o discurso enquanto ferramentas de construção e modificação das realidades sociais, concepção do mundo e seus processos. Parto da ideia que Foucault traz em A Arqueologia do Saber (2008) que a produção discursiva é a ligação entre fala e ação postas sobre os acontecimentos do mundo, logo, o discurso age sobre a realidade transformando-a.

Silva e Machado Júnior (2015, n.p) citando Foucault (2013) dizem que esta “produção discursiva não é feita de maneira aleatória, mas obedece aos interesses das instâncias e das relações de poder que a produz. Por ser um acontecimento, o discurso não é imaterial, pois materializa-se nas práticas sociais dos sujeitos e nestes produz efeitos”. Logo, o discurso produz materialidades, que são as ações na sociedade a partir dos discursos.

Para Foucault (2008, p.55), os sentidos estabelecidos entre palavras e coisas se desamarraram a partir da ação, dos acordos, dos arranjos cotidianos nos discursos, ultrapassando realidade e língua. O autor aponta que:

(...) o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. (...) não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. (FOUCAULT, 2008, p.55).

Ou seja, falar sobre algo continuadamente cria/altera/produz o sentido da coisa. Existe um significante, porém ele expressa mais do que a própria palavra em si e isso não cabe na contenção da palavra, e sim a ultrapassa. O discurso em ação é prática formadora e modificadora do mundo.

Para Foucault, o discurso é construído nas relações de poder e pelo contexto histórico-social. Segundo Silva e Machado Junior (2015, n.p), "Foucault mostra-nos que os discursos passam por uma produção que é controlada por aqueles "habilitados" para fazê-la, podem ainda ser percebidos como práticas discursivas definidas pelo status do sujeito que fala, a partir dos lugares em que este fala, considerando as posições sociais que assume quando fala". Desta forma o discurso vai ser ditado por aqueles que possuem maior poder nas relações.

Além disso, trago a noção de narrativas, conforme trabalham autores da perspectiva de entrevistas narrativas (MUYLAERT et al., 2014). Para os mesmos, narrar a si mesmo diz de um processo discursivo no qual o discurso segue uma linha sincrônica em um tempo marcado por um tema/questão que propõe que o ato de narrar vai propor uma ação reflexiva sobre práticas cotidianas. Aqui, o ato de narrar a si mesma e a sua experiência (SCOTT, 1999) será o fio condutor para compreensão de como as mulheres lésbicas vivenciam e continuam a vivenciar suas experiências de saúde sexual.

Os discursos e narrativas sobre saúde no contexto atual seguem por uma lógica excludente, por mais que existam movimentos para tentar quebrar essa lógica. A heterossexualidade compulsória (BUTLER, 2003) vai separar os sexos e gêneros na solidificação de uma lógica binária, conferindo termo ao homem e mulher. Para Brosin e Tokarski (2017, p.106) "a matriz heterossexual é fundamentada no princípio de separação entre homens e mulheres, e é com base nessa separação que seus termos serão definidos".

A partir disso, somos esperados a crescer se identificando com a genitália e desejar o outro sexo como se fosse ‘a ordem natural das coisas’. Quem foge da norma está à margem e vive das migalhas e das brechas na construção normativa da sociedade. Nessa lógica se orientam também as práticas em saúde. A norma da heterossexualidade vai moldar, além dos hábitos das relações, toda a organização social sobre como pensar saúde, como acolher, como olhar para o outro supondo o que pertence a quem, como se existisse uma verdade atribuindo uma naturalidade do que é de quem.

Nesse sentido, os discursos e narrativas são pautados a partir de uma organização heteronormativa e os contextos nos quais as mulheres buscam cuidados em saúde são reprodutores de exclusões, estereótipos, discriminações, entre outros, abarcados pelo sistema. Logo, instituições, profissionais, família, entre tantos outros espaços para além da saúde, são veículos que muitas vezes reforçam a norma. Ou seja, o discurso estabelecido atualmente na sociedade é uma prática que alimenta as formas rígidas de pensar saúde, assim, vai seguir regras sociais reforçando a partir da repetição e das ações, recortado pela história, pela materialidade e pelas instituições de poder a composição da saúde. Os discursos resistentes estão tentando quebrar com as lógicas enrijecidas e pré-estabelecidas.

Considerando o exposto até então, problematizei como questão central desse estudo: como pensar saúde sexual de mulheres lésbicas de forma dialógica, ou seja, que leve em consideração as vivências afetivas e em torno da saúde sexual cotidiana das próprias mulheres lésbicas?

Após acessar o site Catálogo de Teses e Dissertações da plataforma CAPES⁷ e inserir na busca os descritores “lésbicas AND saúde AND sexual”, a partir de uma revisão sistemática da literatura, foram encontrados 90 trabalhos dos anos 2002 a 2021. Após esse resultado, criei uma planilha no *google docs* para melhor visualização e análise dos achados. Essa planilha é intitulada pelos descritores usados no levantamento do site e dividida em colunas com dados sobre o ano de publicação, assunto do trabalho, área do conhecimento, região do país, gênero e tipo do trabalho.

Foram encontradas produções em quase todos os anos do intervalo pesquisado, o que demonstra uma contínua busca por desenvolvimento e aprofundamento da temática. Nos anos encontrados, apenas 2003 e 2004 não trazem nenhuma tese ou dissertação sobre o tema. Também se percebe o aumento das produções ao longo dos anos, com algumas oscilações, atingindo seu pico em 2017, com 14 produções. O segundo ano que mais trouxe resultados foi o ano de 2018, com 13 produções.

Percebe-se que a grande maioria das dissertações e teses produzidas são da Região Sudeste (45), seguido da Região Sul (20), Região Nordeste (18), Região Centro-Oeste (6) e Região Norte (1). Destas, 26 são trabalhos de doutorado, 56 são de mestrado acadêmico e 8 são de mestrado

⁷ Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

profissional. Com relação à autoria das produções, 66 foram realizadas por mulheres e 24, homens, entre mestrados e doutorados.

A grande maioria destes trabalhos (69) foi produzida no campo da Saúde, sendo 27 destes no campo da Psicologia, entre mestrados e doutorados. Os trabalhos apontam considerável relevância sobre políticas de saúde, acesso da população LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde, infecções sexualmente transmissíveis/HIV e a invisibilidade das mulheres lésbicas em sua saúde sexual. Destaca-se que, nessa revisão, nenhum destes aponta quais as narrativas trazidas pelas mulheres lésbicas sobre a sua saúde sexual.

Dos trabalhos encontrados no levantamento, o primeiro deles, de 2002, não pesquisava sobre saúde sexual, discorrendo sobre a avaliação de personalidade em mulheres homossexuais, temática que não se aproxima do que foi desenvolvido nesse estudo. O primeiro que encontro abordando saúde sexual é do ano de 2005 e discorre sobre o corpo lésbico e infecção por DST⁸ e AIDS. O texto destaca a lacuna na produção acadêmica brasileira em relação à vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) entre mulheres lésbicas, em contraste com a atenção dada às questões relacionadas aos homens gays, especialmente durante a epidemia de HIV e AIDS. Ele aponta para a invisibilidade da sexualidade feminina, tanto heterossexual quanto homossexual, nas políticas de saúde, especialmente em relação à prevenção e ao tratamento das DST's, incluindo o HIV.

Almeida (2005) evidencia na sua tese que durante a epidemia de HIV e AIDS, a convicção de que as mulheres lésbicas estavam imunes à infecção pela via sexual contribuiu para a invisibilidade de suas necessidades de saúde sexual. Isso reflete não apenas a marginalização das mulheres lésbicas na sociedade brasileira, mas também a falta de reconhecimento das práticas sexuais entre mulheres como relevantes para as políticas de saúde pública.

Encontrei também no ano de 2009 uma dissertação que aborda vulnerabilidade ao HIV/Aids e sociabilidade de mulheres jovens com práticas homoeróticas no Rio de Janeiro. O estudo desenvolvido por Cárdenas (2009) utilizando de etnografias buscou investigar os caminhos afetivo-sexuais de jovens auto-identificadas como lésbicas ou bissexuais, que

⁸ Uso DST (doenças sexualmente transmissíveis) apesar de não se usar mais o termo doenças e sim infecções por estar dessa forma no trabalho encontrado. No ano dessa tese 2005 e em trabalhos até 2016, o termo usado era DST.

frequentam espaços de sociabilidade noturna no Rio de Janeiro, Brasil.

A autora discorre sobre os costumes de interação sexual nesse contexto, mostrando que o risco era algo pouco considerado por elas e que era visto de forma mais nítida nas mulheres com parceiras bissexuais e parceiros do sexo oposto, uma vez que reconheciam o potencial de transmissão do HIV pelas secreções. Nesse sentido, o raciocínio para se proteger do HIV baseado em conhecido-não-prevenção e desconhecido-alerta e as práticas divergentes das identidades sexuais colocam desafios para as políticas públicas.

Encontro um trabalho do ano de 2011, que também destaca um tema com aproximação ao meu tema de pesquisa. Trata-se de uma dissertação de mestrado na área da saúde pública que se propôs a investigar as construções de gênero presentes nas relações homoafetivas entre mulheres e como tais construções afetam o cuidado dedicado à saúde sexual desse grupo. Rodrigues (2011) afirma que mulheres que se reconhecem como mais masculinizadas podem enfrentar maior dificuldade em reconhecer a necessidade de cuidados de saúde e buscar serviços, enquanto valores ligados à feminilidade hegemônica podem torná-las mais vulneráveis à exposição a DST's, devido à relutância em usar métodos preventivos por medo de questionamento ou desconfiança por parte da parceira.

Rodrigues (2011) também aponta que as mulheres enfrentam dificuldades ao comunicar sua orientação sexual aos médicos e ao receber informações pertinentes sobre sua prática sexual durante consultas ginecológicas. A prevalência da concepção de que todas as mulheres estão envolvidas em relacionamentos heterossexuais continua a afetar as abordagens médicas, impedindo a prestação de cuidados de saúde que sejam inclusivos e sensíveis à diversidade sexual. A autora ainda traz que as mulheres lésbicas enfrentam dificuldades adicionais em relação ao sexo seguro devido ao desconhecimento e à falta de informações sobre o tema, sendo a prevenção muitas vezes resumida a avaliações de higiene da parceira e à esquiva de relacionamentos com mulheres bissexuais.

Ainda no ano de 2011 há outra dissertação que discorre sobre políticas de saúde e invisibilidade lésbicas. O estudo discute sobre como o governo federal, os movimentos sociais e a academia contribuíram para a construção de políticas de saúde para lésbicas: a academia alimenta a produção de conhecimento que dá base para os movimentos sociais e o governo age recebendo

as demandas e transformando em políticas públicas. Silva (2011) afirma que as reivindicações por saúde e visibilidade lésbicas podem gerar novas formas de patologização e normatização das práticas sexuais. O governo federal, por sua vez, marca os limites da normalidade por meio de questões como infecções DST/HIV/Aids e hepatites virais, câncer de mama e colo de útero, violências domésticas, sexuais e institucionais encaradas pelas lésbicas, além de cenários de discriminação e preconceito.

Os discursos sobre saúde também variam com o alcance dessas políticas para as mulheres, como o Estado está cumprindo seu papel de fornecer saúde nas suas especificidades ou a falta desse compromisso. Fatores como estes refletem também no ponto da invisibilidade dessas mulheres nos serviços, baixa procura e acesso aos serviços de saúde e autocuidado.

Os anos subsequentes⁹ também trouxeram trabalhos próximos do que desenvolvi, envolvendo temáticas já discorridas nos parágrafos anteriores, porém ainda não com foco nas narrativas. Todavia, alguns se propõem a pensar saúde sexual e reprodutiva, direitos, entre outros pontos que somaram na escrita dessa dissertação.

Após a revisão, pude perceber que somente mais de dez anos depois as produções acadêmicas se tornam mais presentes dentro da temática, o que me leva a refletir que os programas de ascensão e igualdade social do governo da época (2002 - 2016) colaboraram para a entrada de muitas minorias em universidades públicas, incentivando as pesquisas e contribuindo para a multiplicação dos estudos na área. As produções ainda tímidas na primeira década começam a ganhar mais números na segunda, década de lançamento de uma série de políticas e ações afirmativas voltadas para as pessoas LGBTQIAPN+ no país.

Entretanto, pensando na emergência tardia da temática saúde sexual específicas de mulheres lésbicas, no apagamento estrutural dessas mulheres na construção da saúde, identifiquei a urgência em estudar esse tema junto a elas, construindo e entendendo as narrativas para tentar furar o sistema que as exclui e mudar a realidade da saúde estabelecida para esse grupo.

⁹ Importante destacar que após o período de realização da revisão das dissertações e teses aqui descritas, com o avanço do governo da época, houve uma queda no site de periódicos da CAPES e todos os trabalhos sumiram do portal e por alguns dias o site não podia ser acessado. Com o retorno do site, muitos trabalhos se perderam do catálogo e até a presente data, alguns trabalhos tabelados por mim não foram encontrados lá.

Considerando o exposto até aqui, acessei um levantamento¹⁰ dos últimos quatro anos de pesquisas da linha 3 no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGPs) e pude observar que existe uma quantidade passível de nota sobre a população LGBTQIAPN+ como um todo, porém não encontrei nenhum específico sobre lesbianidades que focasse nas narrativas sobre saúde por essas mulheres. Não reconheci especificidades a partir do levantamento.

Dos trabalhos sobre mulheres lésbicas no PPGPs, encontrei alguns que se aproximam no tocante às relações lésbicas, mas a saúde sexual ou as narrativas sobre essa saúde não é o foco de interesse desses trabalhos. Encontrei também trabalhos que abordavam a temática das IST's, alguns nem tendo a população LGBTQIAPN+ como foco, mas que também contribuem com meu trabalho ao tratar dos discursos que estão sendo produzidos sobre saúde sexual.

Apesar das discussões em gênero e sexualidades serem frequentes no programa de pós-graduação em psicologia da UFPE, percebo a escassez quando se trata do assunto saúde e lesbianidades, o que me faz concluir que o apagamento dessas discussões está presente na nossa pós-graduação e possivelmente em outras universidades também, se inserindo aos poucos, mais recentemente. Considero problemática a escassez de trabalhos sobre o tema nas pós-graduações, uma vez que esses estudos vão contribuir para a mudança da realidade social.

Apesar de algumas aproximações metodológicas, ainda que epistemologicamente distintas, reconheço e reforço a importância de todos os trabalhos pesquisados para compor essa dissertação. Estes me permitiram desenhar os caminhos que percorri nessa pesquisa. A partir disso, trabalhei com uma proposta baseada nas leituras de mundo pós-estruturalistas compreendendo que a natureza que antecipa as coisas é inexistente e que isso abre caminhos para olhares múltiplos, não sendo o fenômeno em si uma coisa só, logo, não existe apenas uma forma de olhar para os objetos, muito menos apenas um caminho para escrevê-los e interpretá-los.

Portanto, essa dissertação buscou fomentar reflexões sobre as compreensões e cuidados em saúde sexual de mulheres lésbicas, tendo por base que estas são protagonistas na discussão proposta e podem dizer quais práticas de saúde, autocuidado, necessidades e demandas no que

¹⁰ Levantamento realizado para atividade de composição de nota na disciplina História da Psicologia, ministrada no semestre 2021.2 pela professora Karla Galvão.

concerne às suas práticas sexuais. Essa pesquisa também objetivou dar visibilidade a uma minoria que por tanto tempo não foi escutada ou considerada, tendo sua saúde generalizada ou apagada das práticas de saúde.

2. OBJETIVOS:

2.1 Geral: Compreender as narrativas produzidas sobre saúde sexual por mulheres lésbicas residentes no Recife.

2.2 Específicos:

- Entender as experiências de autocuidado através de narrativas sincrônicas vivenciadas por mulheres lésbicas (vulnerabilidade individual);
- Identificar suas demandas e necessidades em saúde sexual na relação com o contexto social e cultural (vulnerabilidade social);
- Investigar como são construídos os itinerários terapêuticos na vivência da sua saúde sexual (vulnerabilidade programática).

3. METODOLOGIA

Este estudo se configurou enquanto uma pesquisa de base qualitativa que Denzin e Lincoln (2006, p.17) definem como:

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para o mundo, o que significa que os pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.

Assim dizendo, numa pesquisa com método qualitativo, o pesquisador tem uma postura interpretativa do mundo e reflexiva e buscará muitos recursos de interpretação na tentativa de capturar (ou apreender) os fenômenos como a pessoas o compreendem (DENZIN E LICOLN, 2006). Vale ressaltar que, como esta é uma pesquisa qualitativa, a ênfase na subjetividade exige certo grau de flexibilidade na conduta do estudo, a fim deste se adequar melhor às vicissitudes da realidade pesquisada (MOREIRA, 2002). Desse modo, a pesquisadora se manteve disponível para utilizar os mais diversos instrumentos e técnicas, mesmo aqueles que não haviam sido solicitados nos momentos iniciais da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987). A pesquisa qualitativa não é rígida, podendo-se moldar de acordo com as necessidades que os fenômenos mostram.

Da mesma forma, as epistemologias e metodologias feministas pós-estruturais, principalmente a partir da leitura de Donna Haraway (1995), um direcionamento importante para meu estudo: a noção de saberes localizados. Estes advogam pela não busca de ‘neutralidade’, localizando os saberes e implicando a pesquisadora em todo o processo de sua pesquisa, entendendo que ela reflete no fazer da pesquisa como um todo e principalmente nos resultados. O construcionismo também parte da compreensão que a subjetividade do pesquisador é algo a ser explorada (SALA & LIMA, 2020), uma vez que não existe sujeito neutro na realização da produção de conhecimentos, pois se trabalha com os discursos. A troca que se estabelece com os sujeitos ao estudar determinado tema já produz novas compreensões dos temas falados.

Destaco novamente que me oriento a partir de uma perspectiva feminista pós-estrutural e decolonial que me coloca a compreender o conhecimento como não neutro, parcial, situado

(HARAWAY, 1995), entendendo que os fenômenos não são rígidos, nem permitem apenas um olhar, possuindo múltiplas possibilidades de leituras, logo, múltiplas possibilidades de interpretações.

Esta dissertação tomou a perspectiva de feminismo decolonial¹¹ de Lugones (2014, p.941) enquanto um caminho para superar as colonialidades, entre elas a de gênero, que oprime as “mulheres subalternizadas através de processos combinados de racialização, colonização, exploração capitalista, e heterossexualismo” e a perspectiva de Gonzalez (2020) que não só reconhece o impacto do feminismo nas lutas LGBTQIAPN+ como amplia o debate, articulando e trazendo a impossibilidade de pensar essa luta desatrelada das questões raciais. Mulheres lésbicas não constituem um grupo homogêneo e fechado, possibilitando assim emergir inúmeras diferenças de geracionalidade, classe, raça e território enquanto fatores que vão trazer outras compreensões às concepções de saúde.

Localizei esse trabalho na cidade do Recife por ser uma das primeiras cidades do país a ter uma política municipal de saúde LGBT, também por ter uma ampla rede de dispositivos em saúde e assistência voltadas ao mesmo público tais como ambulatórios LGBTQIAPN+, Centro de Referência em Cidadania, ONG’s, logo, por ser uma cidade maior e com mais equipamentos para o atendimento da população citada, acredita-se que configura maior facilidade para as pessoas transitarem e terem acesso ao que versa a política, e para verificar se isso iria influenciar nas práticas de cuidado e concepção de saúde das mulheres alvos da minha pesquisa.

Recife é uma cidade litorânea, capital de Pernambuco, situada no Nordeste do Brasil. Possui extensão territorial de 217,01 km² e população de 1.599.513 habitantes pela estimativa do IBGE de 2013. É dividida em 94 bairros, organizando-se em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA’s) que são Centro, Norte, Nordeste, Oeste, Sudeste e Sul e em 8 distritos de saúde que são os distritos I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII. Recife faz limite com Olinda, Paulista, Camaragibe e São Lourenço da Mata que são 4 cidades da sua região metropolitana composta por 15 cidades (RECIFE, s.d).

Como citado anteriormente, Recife tem, desde 2014, sua política municipal de saúde

10 Há duas formas de citar o feminismo decolonial que Lugones (2014) conceitua e há ambiguidades no campo a respeito do termo.

integral LGBT+. Esta tem por objetivo “promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais–transgenitalizadas ou não e travestis, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime” (RECIFE, 2014, n.p). Por ser uma das cidades pioneiras na organização de sua política e dispositivos de saúde para atendimento da população LGBTQIAPN+, isso pode influenciar no fazer saúde e como isso impacta os moradores da cidade em sua rotina de vivenciar e conceber práticas em saúde, sobretudo a saúde sexual.

Ter desenvolvido uma dissertação pautando sexualidades lésbicas no Recife, uma cidade do Brasil, Sul do globo, foi um processo de construir rompimentos com uma lógica colonizadora da sexualidade, tomando minha cidade e outras abaixo da linha do equador como referência, explorando recortes de raça, classe, gênero, orientação sexual. Entendendo, dessa forma, que as normativas e a forma de vivenciar as sexualidades no norte do globo engessam nossas experiências, portanto não as tomei como referência para nossas vivências.

Foram entrevistadas 6 mulheres que se identificaram enquanto lésbicas, a partir de 18 anos e que residam no Recife há no mínimo 1 ano. Foram excluídas as mulheres que não responderam aos contatos telefônicos, as que se ausentaram durante o período da coleta e as que optaram por não permanecer na pesquisa. Delimitei o período de 1 ano porque é o período que se estabelece de uma rotina de acompanhamentos em saúde que envolvem desde os exames preventivos, até sorologias, entre outros. Não foi considerado como critério de exclusão rendimento econômico ou raça. A escolha desses critérios foi com o objetivo de possibilitar que surgissem diversidades de “categorias” que marcassem desigualdades. Entendo que mulheres lésbicas não constituem um grupo homogêneo e fechado, possibilitou-se assim emergir inúmeras diferenças de geracionalidade, classe e raça enquanto fatores que vão trouxeram outras compreensões às concepções de saúde.

As cidades da Região Metropolitana do Recife possuem outras organizações políticas e estruturais. Ainda que as moradoras de outros municípios transitem e possam utilizar de alguns serviços da cidade em questão, ainda assim, a maior parte dos serviços ofertados são para as que comprovem residência no Recife. Sendo assim, eu não teria braços para dar conta numa dissertação de mestrado de investigar satisfatoriamente todos os 14 municípios da RMR.

Delimitei a escolha das entrevistadas a partir da autoidentificação lésbica, pois muitas mulheres cis têm práticas sexo-afetivas estritamente com outras mulheres, mas não se reconhecem nessa categoria porque a prática não necessariamente indica identidade. Então a importância para o desenvolvimento dessa pesquisa de que as pessoas compreendessem a partir de qual lugar falavam com relação à sua sexualidade. Não descarto também as possibilidades de mulheres lésbicas terem práticas sexuais com homens, mas reforço que a compreensão de sua sexualidade vai delimitar também como são esses contatos, se existentes.

Utilizei o método bola de neve (VINUTO, 2014) para a escolha das entrevistadas, pois é um tipo de amostra não-probabilística que configura maior facilidade na busca por entrevistadas, pois consiste na indicação de uma entrevistada que indicará outra de sua rede para a entrevista. Parti de uma indicadora-chave que faz parte da equipe de trabalho de uma ONG que realiza atendimentos de diversas especialidades para pessoas vivendo com HIV e população LGBTQIAPN+. A partir de sua indicação, contactei a primeira mulher para a entrevista. Essa mulher estava disponível, porém não residia no Recife e sim na região metropolitana, então retornoi a informante chave que me indicou uma segunda participante, esta residia no Recife, porém não tinha disponibilidade, o que me fez retornar à informante chave que me indicou uma terceira mulher e esta atendia a todos os critérios de inclusão, tinha disponibilidade e desejo de contribuir com a pesquisa.

Utilizei entrevistas narrativas para compreender melhor as complexidades trazidas nos relatos, pois por serem caracterizadas como técnicas não estruturadas, estas possibilitaram aprofundar nas especificidades das histórias atravessadas pelo contexto das entrevistadas. A entrevista narrativa é uma ótima ferramenta no estímulo ao entrevistado aprofundar aspectos da sua vida, sendo seu objetivo é entender as situações pela ótica dos sujeitos. É um espaço de maior escuta por parte do entrevistador, permitindo que o informante siga seu próprio roteiro interno de acontecimentos, podendo muitas vezes caminhar por outros temas (MUYLAERT et al., 2014).

Um ponto que facilita a espontaneidade nas entrevistas narrativas é pelo caráter colaborativo destas, na perspectiva que as histórias surgem acontecem a partir das trocas entre entrevistador e entrevistado, como o ato de contar e ouvir histórias. A entrevista narrativa, por ser mais fluida, com roteiro não estruturado, permite maior fluidez da fala dos entrevistados, permitindo outros conteúdos virem, quebrando com a ideia da entrevista semi-estruturada que

permite a espontaneidade na troca, porém esta é sempre guiada para o que o entrevistador quer ouvir (MUYLAERT et al., 2014).

Outro ponto de destaque sobre a importância de usar esse tipo de entrevista, devido ao seu caráter de permitir aprofundar nos detalhes que emergem, “(...) pode ser importante quando determinada área de estudo encontra-se estagnada por haver se exaurido a busca por novas variáveis sem conseguir, entretanto, avançar no conhecimento” (MUYLAERT et al., 2014, p.195). A partir desses apanhados, criei um roteiro com perguntas disparadoras em prol de iniciar os assuntos a serem abordados. Esse roteiro se encontra nos apêndices desse arquivo.

En quanto fins éticos, a pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sobre Seres Humanos, respeitando as resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Será solicitada às entrevistadas a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o qual garantirá sigilo às identidades das participantes. As entrevistas foram audiogravadas após autorização concedida pelas participantes, tendo ficado estas livres para interromper a pesquisa a qualquer momento. As entrevistas foram transcritas integralmente para fins de análise, sendo utilizados nomes fictícios para fins de salvaguardar as identidades das participantes.

Considerando o momento da pandemia do Covid-19 que ainda se fazia presente, apesar da liberação de alguns procedimentos e protocolos de cuidado, uma vez que a pandemia já estava caminhando para o fim, foram mantidos os usos das máscaras descartáveis e o uso do álcool em gel. As entrevistas foram realizadas em lugares abertos que foram convenientes para as participantes. O material audiogravado e transcrito está armazenado nos meus arquivos pessoais em computador próprio, sob minha responsabilidade pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Após aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, segui os seguintes passos: primeiro passo: uma informante-chave indicou uma mulher de sua rede para a entrevista; Segundo passo: entrei em contato por ligação ou WhatsApp para falar da pesquisa explicando detalhes, convidei a participar e tentar marcar um horário e local para entrevistá-la; Terceiro passo: após a entrevista pedi para essa mulher indicar outra mulher dentro dos critérios de inclusão da pesquisa e assim dei continuidade a coleta. Os critérios de risco, benefícios e armazenamento encontram-se no

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos apêndices.

No que diz respeito a análise das informações produzidas, esta foi orientada pela Análise Temática (AT), mais especificamente pelas reflexões produzidas por Virginia Braun e Victoria Clarke (2006). A análise temática é um método de análise qualitativo bastante utilizado na psicologia e em outras áreas. As autoras consideram a AT como um método que viabiliza a identificação, análise e relato dos padrões (temas) dentro das informações produzidas. Além disso, sua flexibilidade teórica permite que ela organiza e descreve o conjunto de dados em ricos detalhes, podendo também interpretar “vários aspectos do tema de pesquisa” (BRAUN & CLARKE, 2006, p. 5), o que torna esse método uma ferramenta de pesquisa útil para obter dados em diversas áreas.

Segundo Braun e Clarke (2006), a Análise Temática pode ser empregada em diversas abordagens teóricas e epistemológicas, sendo possível o diálogo tanto com paradigma essencialista quanto construcionista da psicologia. É categorizada como um método que pertence ao campo dos métodos analíticos qualitativos independentes da teoria e da epistemologia e oferece habilidades centrais necessárias para outras formas de análise. Todavia, é importante tornar evidente a posição teórica para compreender os pressupostos sobre a natureza dos dados.

A partir disso, a AT tornou-se um método de organização e interpretação dos dados bastante útil e aplicável na pesquisa qualitativa que por si só exige flexibilidade na condução de um estudo, permitindo espontaneidade na troca com as entrevistadas e os fenômenos que se mostram. Bem como, a flexibilidade teórica do método permite trabalhar com as epistemologias feministas pós-estruturais especialmente o conceito de saberes localizados (HARAWAY, 1995). A AT enriquece a produção dos dados uma vez que quem entrevista se implica no que estuda e fala de um lugar não neutro; esse método e o lugar que ocupo também me levaram a identificar, analisar o padrão emergido nos temas e a interpretá-los.

Visto que essa dissertação se propôs a ir contra as colonialidades de gênero, a AT abriu espaço também para que os temas emergissem das produções dos saberes e vivências das mulheres entrevistadas, não somente das teorias. A construção e reconhecimento dos temas a partir das suas vivências criam rachaduras na saúde hegemônica, permitindo olhar por entre as fissuras e descobrindo novo saberes e novas formas de fazer saúde em um grupo de mulheres cis

lésbicas de diferentes raças, idades, credos numa cidade no Brasil, sul do globo.

Me valendo da flexibilidade da análise temática, utilizei-a para trabalhar com o conceito de vulnerabilidades de Ayres et al. (2013) que identifica 3 tipos de vulnerabilidade ao pensar saúde: a vulnerabilidade individual (envolve as experiências da pessoa, suas práticas, comorbidades, entre outros), a vulnerabilidade social (envolve gênero, classe, raça, idade, etc) e vulnerabilidade programática (envolve a lacuna de cuidados promovidas pelo Estado, a responsabilidade e o papel do Estado como promotor e assegurador da saúde através de políticas e programas de saúde, entre outros). Falarei com mais detalhes sobre esses três pontos no início do primeiro capítulo analítico.

3.1 Busca, primeiros contatos e desafios nas entrevistas

Como mencionado anteriormente, foram entrevistadas seis mulheres residentes na cidade do Recife. A primeira delas foi indicada por uma participante semente, que não compõe a amostra da pesquisa. Como anteriormente mencionado, essa indicadora atua há anos em uma Organização Não Governamental voltada ao público LGBTQIAPN+. Com o objetivo de evitar qualquer situação que pudesse gerar desconforto às participantes, procurei desde o primeiro contato me apresentar de forma nítida e explicar detalhadamente os objetivos da pesquisa, enfatizando o caráter voluntário da participação e garantindo a possibilidade de desistência a qualquer momento, caso assim desejassem.

A primeira mulher indicada não se encaixava nos critérios de inclusão e a segunda não me deu retorno. Somente com a terceira indicada da informante chave que consegui uma resposta positiva com relação a participação e essa se encaixava nos critérios estabelecidos. Encontrar com essa primeira entrevistada carregava a grande expectativa que eu nutria para saber se minha ferramenta fluiria como esperado, se a minha presença seria muito estranha para essas mulheres, entre tantos outros questionamentos que eu estava pensando. Obviamente, houve um nível de polidez por parte da entrevistada no momento inicial da entrevista. Percebia certa timidez nas suas respostas, o que encurtava a narrativa sobre determinado ponto levantado, porém estimulava que narrassem livremente suas experiências e relembrava do caráter ético de anonimato que seriam tratadas aqueles dados. À medida que a conversa fluía, e com minha postura espontânea

nos assuntos, percebi que isso foi colaborando para a fluidez das histórias. Posso afirmar que com quase todas esse foi o roteiro dos momentos de entrevistas: primeiros contatos, polidez e timidez, familiaridade a partir da espontaneidade, fluidez dos assuntos.

Com duas participantes não senti tantos receios ao narrarem suas histórias, mas sempre alguns cuidados, o que me leva a relembrar da época do PIBIC¹² (2013-2016) na qual entrevistei homens cis gays e não havia censuras ou minimizações nas narrativas das experiências sexuais. Uma das possibilidades de maior facilidade dos homens em se abrir à entrevista pode ser explicada por homens e mulheres viverem socializações diferentes, sendo eles mais estimulados a viver e falar de sexo com maior liberdade e segundo Scott (1995) o gênero valida e constitui as relações sociais e suas dinâmicas, assim como estabelece relações de poder.

Após a primeira entrevista realizada, saí com o feedback “agora eu acho que você sabe mais da minha vida do que qualquer pessoa” (sic) e certa alegria por saber que fluiria apesar de precisar de mais ferramentas para promover tranquilidade para que elas narrassem do que precisei com os homens. Meu segundo contato foi após um dia longo de trabalho meu e da participante e ainda assim percebi muita abertura dessa e conforto em falar de suas histórias. Com essa participante eu notei uma sensação de que havia algum julgamento a partir do que levantei e joguei a pergunta para ela, que me surpreendeu com a resposta de não ser essa a sensação e sim que estava se dando conta na entrevista de coisas que precisava observar mais.

As impressões a partir desses encontros versavam todos os outros porque, por mais diferentes e únicos que se configurassem as falas, as reações de surpresa, observação de aspectos que precisavam cuidar, sensação de ter aberto toda a vida, entre outros, se repetiam. Com a maior familiaridade, veio maior facilidade nesses encontros e meus desafios maiores passaram a ser dias disponíveis e horários em comum com as mulheres. As entrevistas aconteceram quase todas nas casas das mulheres, somente uma que preferiu ser entrevistada no seu local de estudo. Devido a estarem recebendo ‘uma estranha’ (para algumas) em casa, estas me falavam ao final da entrevista que estavam receosas de me receber porque não me conheciam, mas que foram se

¹² Nos anos de 2013 à 2016 desenvolvi duas pesquisas de iniciação científica (IC) nos quais trabalhava os usos de atributos de feminilidade e a participação de homens jovens nos circuitos de sociabilidade na comunidade homossexual do Recife. A outra IC era sobre a dinâmica dos espaços de homosociabilidade dos municípios de Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca/PE, ambos os estudos vinculados a uma pesquisa guarda-chuva sobre homofobia e processos de subjetivação na comunidade homossexual do Recife. Em ambas as pesquisas realizei entrevistas semiestruturadas com homens gays cisgêneros sobre suas vivências HSH no roteiro homoerótico do Recife.

sentindo tranquilas ao longo da entrevista. Estas duravam entre 1h a 1h33m. Os horários ofertados por elas foram majoritamente a noite, após às 20h. Somando esses fatores, poderia ter sido cansativo ao longo do processo, entretanto isso não se mostrou como barreira para o acontecimento ou o investimento das entrevistadas em narrar sobre si.

3.2 Caracterizando as mulheres:

A seguir, temos o quadro que descreve o contexto socioeconômico das entrevistadas:

QUADRO SOCIOECONÔMICO DAS ENTREVISTADAS						
PSEUDÔNIMO	ROSA	MARTA	SHANE	WILLOW	VELMA	DANI
IDADE	33	29	29	26	26	29
GÊNERO	MULHER CIS	MULHER R CIS	MULHER CIS	MULHER CIS	MULHER R CIS	MULHER CIS
RAÇA	NEGRA	PARDA	BRANCA	BRANCA	PARDA	BRANCA
ESTADO CIVIL	SOLTEIRA	SOLTEIRA RA	SOLTEIRA	SOLTEIR A	CASAD A	SOLTEIRA
ESCOLAR IDADE	SUP.INCO MPLETO	SUP. COMPL ETO	PÓS- GRADUAÇÃ O	SUP. INCOMPL ETO	SUP. INCOMP LETO	SUP.COMP LETO
PROFISSÃO	AUX DE COORD E PROF DE ENSINO BÁSICO	FOTÓG RAFA	DESIGNER/ MARKETING DIGITAL	ESTUDAN TE	ESTUDA NTE	ADMINIST RAÇÃO
OCUPAÇÃO	-	MÍDIAS SOCIAIS	ANALISTA DE CRM	-	-	BANCÁRIA E EMPRESÁRIA
RENDAS	3.500	1.500	4.500	4.000	6.000	4.000
RELIGIÃO	CATÓLICA	UMBÀ	ESPÍRITA	SEM	SEM	SEM

O		NDA		RELIGIÃO	RELIGIÃO	RELIGIÃO
---	--	-----	--	----------	----------	----------

No quadro podemos observar as informações das 6 mulheres. Percebe-se que as idades são próximas, a mais jovem tendo 26 anos e a mais velha 33, dando uma idade média de 28,6 anos. Sendo raça um quesito de autodeclaração, das 6 entrevistadas, 3 se identificam enquanto brancas, 2 pardas e 1 negra. Todas são solteiras, com exceção de Velma que é casada. Todas as entrevistadas cursaram o ensino superior ou estão cursando. As entrevistadas afirmaram receberem mais do que um salário mínimo, porém essa realidade muda quando se calcula pela quantidade de pessoas que moravam com algumas delas nas casas, o que aparece nas entrevistas. Willow, Velma e Dani afirmaram não ter religião, Shane se diz espírita, Marta se coloca como umbandista e Rosa se coloca como católica, porém na entrevista esta refere se dizer assim pelo costume social de responder com o catolicismo quando não se tem uma religião, mas refere não frequentar missas ou práticas da religião católica.

Após essa descrição, podemos notar também que os menores salários dentre as respostas estão para as mulheres pardas e negras. Velma apesar de ter respondido uma rende 6 mil reais (5 salários mínimos), esta trouxe o salário da esposa que custeia os gastos de ambas. Ela complementa na entrevista sobre bolsa PIBIC que recebe pela pesquisa que desenvolve atualmente. Shane é a única com pós-graduação, sendo um dos salários mais altos entre as entrevistadas.

Tendo dito isto, convido a passarmos aos capítulos analíticos desta dissertação, acompanhando os relatos das interlocutoras deste estudo.

4. ANÁLISE

4.1 Contextos de vulnerabilidade individual e social nas narrativas

Neste capítulo eu trabalharei com as experiências de autocuidado das entrevistadas, trazendo os resumos dos relatos das mulheres e colocando as narrativas em conversa relacionando as histórias. As entrevistas ressaltam, sobretudo, as vulnerabilidades individual, social e programática propostas por Ayres et.al (2009) como segmentos que perpassam não somente as vivências das mulheres lésbicas na busca por cuidados, mas sua compreensão de saúde, seus hábitos e rotinas de cuidados, a demanda e acesso à saúde, até a construção do modelo de saúde vigente.

A vulnerabilidade individual tem como ponto de partida a compreensão da susceptibilidade de qualquer pessoa à infecção do vírus HIV. Essa dimensão considera que o estilo de vida das pessoas pode contribuir para exposição ao vírus ou, inversamente, contribuir para a proteção, levando em conta a qualidade de acesso à informação sobre a aids, formas de transmitir, inclusão das informações nos seus hábitos de cuidados e desejo de traduzir suas preocupações em ações práticas de prevenção (AYRES et.Al, 2009).

Essa abordagem reconhece a importância das percepções e comportamentos individuais na prevenção da infecção pelo HIV. No entanto, também destaca que a capacidade das pessoas adotarem práticas preventivas não é apenas uma questão de conhecimento, mas está intrinsecamente ligada a fatores sociais, econômicos e culturais que moldam as oportunidades e os desafios que enfrentam em suas vidas diárias. Portanto, a dimensão individual da vulnerabilidade é compreendida dentro de um contexto mais amplo que considera as interações entre a pessoa e seu ambiente social.

Partindo da premissa das interações entre as pessoas e seu ambiente, discriminou também a segunda dimensão da vulnerabilidade proposta por Ayres et.al (2009), a vulnerabilidade social. Esta dimensão proposta pelo autor, mostra a importância de abordar a vulnerabilidade individual à AIDS considerando uma perspectiva mais ampla e contextual, entendendo os processos de saúde-doença são ligados a processos sociais mais amplos, ou seja, são fenômenos sociais. Considerando fatores de gênero, raça, geracionalidade,

sexualidade, convicções, classe, entre outros, como elementos que podem estar relacionados à exposição das pessoas à infecção (AYRES et. al, 2009). Portanto, a dimensão social da vulnerabilidade enfatiza que a compreensão da vulnerabilidade individual à AIDS deve ir além e considerar os fatores contextuais para desenvolver estratégias de prevenção e promoção de saúde mais eficazes.

4.1.1 Apresentando as interlocutoras:

4.1.1.1 Rosa

Tem 33 anos, é uma mulher cis negra, lésbica, solteira, mãe de dois filhos, está cursando o ensino superior e trabalha como auxiliar de coordenação e professora de ensino básico, com renda de 3.500 reais. Mora com seu filho e sua filha. Afirma não ter religião definida, mas se diz católica às vezes pelo costume social. Até seus 28 anos, Rosa se relacionava com homens e a partir dessa idade entendeu que era lésbica. Afirma que se entendeu a partir do momento que se viu apaixonada por uma mulher. Logo num primeiro momento, acreditou ser bissexual, mas concluiu que ‘realmente era lésbica’.

Sua sexualidade, logo no início, foi confusa para seus filhos entenderem, mas afirma que hoje está tudo bem “inclusive eles gostam” (sic). Morou até os 28 com sua mãe, período da vida que se entendia héterossexual. A partir do momento que começou a se perceber desejando outras mulheres, começou a ter uma relação “tensionada” (sic) com sua mãe que não aceitava sua orientação sexual. Ela conta que, pelas expectativas que sua mãe nutria de Rosa ter uma família tradicional, esta não lidava bem com seus afetos, mesmo não destratando suas namoradas. Rosa vivenciou constantes ataques por parte da sua mãe à sua orientação sexual até chegar o momento que não aguentou mais e saiu de casa com seus filhos em prol de viver melhor.

Rosa conta que ainda na infância as pessoas a “podavam” (sic) recomendando que usasse outras roupas conforme ia crescendo. Diziam que ela era sapatão pela reprodução de estereótipo de um “jeito de menino” (sic), que essa explica como gostos por jogar bola, andar de bicicleta e roupas folgadas, enquanto recusava os convites de brincar de boneca, por volta dos seus 10, 11 anos. Afirma que pensou na época “é, se tá todo mundo dizendo...” (sic), apesar dela não compreender nessa idade o que isso significava.

Rosa conta que menstruou a primeira vez com 13 anos de idade, afirma que sua mãe conversou sobre menstruação com ela na época. Seu corpo começou a ter curvas, já possuía o desenvolvimento das mamas, fator que a assustou, pois não queria ter que usar sutiã. A partir do momento que mudou sua forma de vestir, muito por influência das cobranças das pessoas que convivia, passou a ser muito olhada pelos homens e os olhares a incomodavam bastante. Na família de Rosa, sexo era um tabu, sua mãe nunca falava sobre o tema com ela e isso a levou a fazer diferente com seus filhos.

Em casa não costumavam ir ao médico regularmente. O período inicial da sua adolescência foi um momento que ela teve infecção urinária com certa frequência e às vezes o quadro piorava antes de sua mãe levá-la a um serviço de saúde. A partir da sua adolescência, começou a buscar consultas no posto de saúde com sua irmã. Buscava as especialidades ofertadas ali, realizava os exames preventivos também ali e nesse primeiro momento não tinha dificuldades ao falar de sua vida sexual, pois ainda se considerava hétero. Buscou ativamente o exame ao longo da vida por ter sido casada com homem durante 8 anos.

Atualmente Rosa não tem plano de saúde, continua utilizando o sistema único de saúde (SUS) quando precisa de serviços de menor até maior complexidades. Ela nunca sente barreiras sobre sua sexualidade nesses espaços, pois só fala sobre sua orientação caso algum profissional pergunte e geralmente não perguntam. Além do seu psicólogo (este não é vinculado ao SUS), não sente que tem boa relação com algum profissional de saúde para se abrir sobre esse tema. Muitas vezes diz que é hétero no momento da realização do exame de Papa Nicolau com intuito de se proteger. Rosa Acredita que os profissionais saberem sobre sua sexualidade não altera no cuidado na realização dos exames.

Rosa nunca fez uso de dispositivos intratuterino (DIU) enquanto estava casada, porém usava anticoncepcional e preservativo com intuito de não engravidar. A frequência do uso do preservativo era baixa porque confiava no uso dos anticoncepcionais. Só utilizava um se não estivesse no uso do outro. Também já fez uso de pílula do dia seguinte, ainda assim engravidou. Rosa não pensava sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis na época, seus cuidados voltavam-se apenas para evitar engravidar. Seu uso constante de preservativo aconteceu após sua separação, quando começou a ter outros parceiros sexuais (homens cis).

A baixa adesão de Rosa ao uso do preservativo quando estava casada e a sua preocupação na utilização de forma constante nas relações sexuais apenas quando estabeleceu mais de um parceiro sexual me remete a estudo desenvolvido por Quadros, Adrião e Melo (2012) que sinaliza que há maior preocupação com a contracepção do que com IST's a partir do momento que estabelecem relações fixas ou duradouras, para alguns jovens. Também Silveira, Schnor e Rocha (2022) trazem dados que mostram a confiança como fator para a baixa percepção de risco em parcerias fixas, mas no caso de múltiplas parceiras, existe dificuldade de confiar e preocupação com as IST's.

Ao pensar IST's, Rosa não usa nenhum tipo de proteção quando se relaciona sexualmente com outras mulheres cis e pergunta sobre exames de IST's quando já tem um envolvimento mais longo e já criou um espaço de intimidade com a pessoa. Não conhece outras formas de proteção além de plástico filme e nunca quis usar, pois acha estranho "empacotar para não estragar" (sic). A camisinha vaginal surge em sua narrativa, porém não identifica como poderia usar com outra mulher uma vez que não protege toda a vulva. Para ela, o sexo desprotegido entre homem e mulher (ambos cis) tem maior possibilidade de passar HIV do que o sexo entre duas mulheres, mas considera também ser possível nesse segundo caso. Compreende tribadismo e fluídos como possibilidades de transmissão do vírus. Apesar de afirmar ter receio de contrair o vírus, diz que não teve medo nas transas entre mulheres porque não eram "mulheres promíscuas" (sic) e isso a dava segurança.

Para Rosa, apesar das IST's serem algo possível de contrair por qualquer pessoa, a maioria das mulheres que transam com outras mulheres não demonstra preocupação sobre o assunto, inclusive ela "é como se tivesse todo mundo imune só porque é com mulher" (sic). Ela acredita que essa falta de preocupação ou costume de não usar algo que proteja não é só pelo tesão do momento, mas atribui a falta de conhecimento sobre o assunto, como algo que fica "no limbo, perdido" (sic).

A nuvem da imunidade do sexo entre mulheres cis é uma ideia bem presente. Grande parte de lésbicas cis se consideram baixo risco (FACCHINI & BARBOSA, 2006), o que pode contribuir para a transmissão das IST's. Essa ideia foi endossada historicamente, desde o início da epidemia da aids (década de 80), que classificou mulheres que faziam sexo com mulheres como um grupo de risco nulo ao HIV/aids uma vez que as relações fossem sempre entre mulheres

cis. Devido a isso, não existiam planejamentos de saúde voltados para esse público (SILVEIRA, SCHNOR E ROCHA, 2022); (BRASIL, 2004; 2013); e isso se perpetuou pela marginalização desse grupo no campo da saúde, ausência de políticas públicas de acesso à saúde, entre outras.

Apesar de não se preocupar sobre IST's nas transas com outras mulheres cis, não transaria com alguém se ela soubesse que a pessoa tem alguma IST, pois ficaria com medo de contrair. Rosa comprehende que está no risco, mas se vale de outros aspectos para se sentir minimamente segura, aspectos esses que são observar cheiros e gostos diferentes. Para ela, existem “cheiros característicos de IST's” (sic) e quando percebe, se afasta da região. Outra estratégia de cuidado de Rosa, além de ficar atenta aos cheiros, é questionar se as pessoas são doadoras de sangue porque acredita que se alguém doa sangue, tudo está bem com a saúde sexual dela. Fica levemente preocupada quando alguém diz que não doa ou que já teve hepatite, porém isso não a impediu de ficar com alguém.

Compara os momentos de sua sexualidade até os 28 anos e após essa idade. Se cuidava mais quando se envolvia com homens, pois não confiava neles, embora sua maior preocupação era engravidar, logo após, a outra preocupação era a infecção por HIV. Usava preservativo nos sexos orais e acha cômico quando compara e resgata que não confiava nos homens, mas confia bastante nas mulheres. Usa preservativo peniano com outra mulher apenas na troca de dildos. Rosa cita cuidados pós sexo como urinar e tomar banho, porém não utiliza outros cuidados para além desses e o da higiene das mãos. Sexo menstruada não é um impeditivo para ela, todavia utiliza de absorventes internos ou coletor para evitar o fluxo do sangue de sair.

Rosa relembar suas primeiras masturbações, ainda na infância, quando não entendia o que era aquilo. Tinha um elefantinho que costumava se esfregar e que com o tempo foi parando porque lembrava da opinião da sua mãe sobre isso, o que relaciona a ter tido dificuldades nas práticas masturbatórias durante anos na sua vida, só vindo ressignificar após o fim da relação com seu companheiro. Buscou ‘brinquedos’ masturbatórios pra ir se explorando e hoje se sente bem na relação com o prazer solitário. Lembra da sua primeira experiência sexual com outra mulher, que teve a sensação de estar invadindo aquele corpo e não se sentir aberta a fazer alguns tipos de sexo, como o oral, por exemplo. Refere que sentia medo daquela experiência. Compara com suas vivências com homens antes disso, se sentia invadida.

Rosa frequenta espaços de sociabilidade LGBTQIAPN+ e hétero, já sofreu lesbofobia em alguns desses lugares. Seus primeiros contatos com espaços em que se sentiu a vontade pra viver seus afetos sem se esconder foi em bar LGBTQIAPN+. Rosa paquerava através dos olhares, mas não costumava chegar nas outras mulheres, ficando por muitas vezes só no contato visual. Ela nunca fez pegação nesses espaços e traz que pegação em lugares públicos acontecia na época que só se relacionava com homens. Para ela, Recife tem poucos espaços de sociabilidade LGBTqiapn+ e não conhece nenhum exclusivamente lésbico.

Rosa já utilizou aplicativos para conhecer outras mulheres e também os encontros espontâneos na rua. Sua casa é o ponto seguro quando pensa espaços para transas, pois não se sente segura em outros lugares. Não é envolvida com movimentos lésbicos ou LGBTQIAPN+ do Recife. Considera a parada LGBTQIAPN+ um espaço importante de visibilidade e demarcação de existência. Sabe da existência de um política de saúde LGBT+ do Recife, porém diz nunca ter acessado para ler.

4.1.1.2 Marta

Marta tem 29 anos, é uma mulher cis parda, solteira, lésbica, formada em fotografia e trabalha com mídias sociais, com renda de 1.500 reais, sua religião é a umbanda. Marta mora sozinha. Morava com sua mãe, pai e irmão, mas saiu de casa aos 16 anos devido aos conflitos familiares por sua orientação sexual. Considera que sua mãe era muito violenta com ela quando criança, xingava-a de ‘sapatão’, ‘mulher-macho’ quando ela ainda nem entendia o que era o termo. Acredita que por não ter sido o que sua mãe esperava, essa descontava a raiva que sentia nela.

Marta diz que, de fato, era muito "machinho" (sic) quando criança por seu comportamento de arranjar brigas "com todo mundo" e por sua postura "parrudinha". Usava os cabelos em uma trança apertada, fazia muitos esportes, o que levava outras crianças a perguntarem constantemente se ela era menino ou menina. Prontamente se dizia menino e batia nos meninos. Se considerava "violenta com quem pisava no calo" (sic) e muitas vezes saía em defesa do irmão.

Para ela, o que interessava quando criança eram os esportes que ela podia jogar com as outras crianças como bola e bola de gude; não se importava com maquiagem e trocou a

maquiagem que seu pai a deu de presente por um par de chuteiras. Conta que seu pai ficou magoado, mas que com o tempo até a estimulou dando uma bola de futebol de presente para que ela pudesse jogar, pois os meninos nem sempre a deixavam participar. Marta fez ballet, porém não gostava, não se encaixava; gostava mesmo era de correr na lama, “ficar em cima das árvores como um bichinho do mato” (sic).

Na infância, mesmo sem saber o que era ser lésbica, sonhava com mulheres, mas os sonhos não eram de conteúdos sexuais, eram de ordem afável e carinhosa, não sentia essas coisas com os outros amigos e não entendia o por quê. Sentia-se muito triste quando alguma amiga ia embora, um sofrimento “tipo de uma paixão” (sic). Sonhava com a professora e as amiguinhas desde sua época de maternal. Seus sonhos eram sentada no colo da professora ou abraçando as amigas, sempre numa ordem de cuidado ou carinho, o que não entendia na época, mas hoje identifica que era a sexualidade pulsando ali.

Por volta dos 6 anos de idade descobriu a molinha do sofá. Sua descoberta aconteceu enquanto assistia TV, algo cutucou seu clitóris e sentiu uma “cosquinha” (sic). A partir disso, ficou repetindo a interação com a molinha e seus pais perceberam, o que virou um assunto constante entre eles num tom de “implicância, por ser escondido” (sic). Certo dia perguntou ao pai o que era masturbação e ele respondeu “aquilo que você faz com a molinha do sofá” (sic). Apesar de seus pais reclamarem com ela, com o tempo a molinha do sofá virou um ursinho, depois “virou qualquer coisa que desse para sarrar” (sic).

Buscaram um médico pediatra que afirmou à família que era normal e não havia como repreender, mas sugeriu que se os pais desejassem, poderiam levá-la numa psicóloga, mas não a levaram. Ainda durante a infância, por volta dos 9 anos, Marta tinha momentos exploratórios do corpo com seus primos, de tocar e ver como era o corpo dos outros. Os sarros era a fricção dos corpos e não sabia nomear aquilo que estava fazendo, só que era bom. Considera que sua sexualidade "surgiu muito forte" (sic).

Antes da primeira menstruação, seu pai havia conversado com ela sobre o assunto e ela ficava ansiosa com medo da menstruação acontecer. Quando menstruou a primeira vez, estava fazendo compras com sua mãe e pensou a princípio ser fezes pelo caráter pastoso e escurecido, porém estava com muita dor. Ao chegar em casa, trancou-se no banheiro sem entender o que

estava acontecendo. Começou a entender ali que havia menstruado. Ao ser questionada pela família, respondeu que acreditava ter menstruado e estava sangrando. Seu pai foi comprar absorvente e sua mãe telefonou para toda a família para contar a notícia, quase como uma tradição de apresentação à sociedade. Marta diz que o uso de absorvente provocava coceira e machucava suas virilhas, sua mãe cuidava com pomada. Sentia cólicas, as quais cuidava com chá que seu pai fazia e buscapan que sua mãe dava, isso até os 14, quando sua mãe fez bancar seus próprios produtos por já ter seu primeiro emprego.

Tinha 11 anos quando menstruou pela primeira vez e seu pai conversou com ela sobre. Ele a falou, de forma muito técnica por costumar conversar assim, sobre ovulação, alteração hormonal e que a partir de então, ela poderia fazer bebês. Seu pai sabia quando ela estava na TPM melhor que sua mãe. Sua mãe falava sobre virar mocinha, andar bonita e usar maquiagem, em tom de cobrança para que ela se vestisse melhor. Suas tias observaram o surgimento de pelos e sugeriram que ela precisava usar calcinha, pois estava “virando mocinha” (sic). Seu pai ao perceber as primeiras mudanças corporais, conversou com Marta.

Ela estranhou muito as mudanças, pois acreditou por um tempo ser um menino, se olhava com vaidade sobre isso. Acreditava nisso, pois antes mesmo de entender o que era ser sapatão, a chamavam de “mulher-macho”, o que ficou em sua cabeça, influenciando em como se olhava no espelho. Após ter menstruado, fechou-se mais nas roupas, passou a andar mais com outras meninas, sentiu sua vaidade despertando mais em distanciamento aos meninos, pois os considerava idiotas. Percebeu que a convivência entre meninos e meninas não diferia tanto, pois estava todo mundo “piscando” (sic), com a sexualidade pulsando.

Ainda criança, sua mãe a levava ao pediatra, pois tinha muitas questões de saúde como rinite, otite, prisão de ventre, entre outras. Diferentemente de sua infância, busca pouco por médicos hoje em dia. Não tem plano de saúde, realiza suas consultas de forma pontual e geralmente na rede privada. Vai para as que dão direito a retorno, os exames também são pagos e gasta em média de 200 reais na consulta mais 100 dos exames, sem incluir as passagens. Sua busca por cuidados atualmente é reduzida a ginecologia e dentista “porque o resto... tô suave” (sic). Ela não costuma precisar de outras especialidades e quando precisa de urgência, busca a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Nas consultas costuma informar que é lésbica e suas experiências com os profissionais de saúde foram tranquilas. Nunca evitou ir por causa de sua orientação. Marta não sabe dizer se suas especificidades são atendidas pelos profissionais de saúde, pois não sabe especificamente o que busca, acha nebuloso não só para si, mas quando pensa em qualquer proteção para lésbicas. Para ela, é resistência "a mesma que a galera tem com a camisinha". Só identifica que está faltando algo a ser atendido:

E: Nas vezes que tu vai no gineco, tu fala da tua sexualidade?

M: falo

E: Diz que é sapatão?

M: digo

E: e como é que tu sente o acolhimento deles? Tu acha que é de boa a relação, eles te acolhem bem?

M: até hoje foi muito tranquilo, assim. Nunca teve um questionamento assim, nem uma atravessada né? É foi de boa.

E: Tu sente que eles dão conta das especificidades que tu busca?

M: Não, mas eu também acho que nem eu sei a especificidade que eu busco, né? Porque tipo, é muito nebuloso. Pra qualquer forma de proteção lésbica é estranho. Eu acho que também deve ser a resistência, a mesma resistência que a galera tem com camisinha. Entendeu?

E: Entendi.

M: Só que, não sei... eu acho que... nossa, eu tô me enxergando enquanto péssima.

E: tu tá se enxergando enquanto péssima?

M: péssima porque tipo é muito arriscado.

O contato com o assunto provoca a reflexão dos seus cuidados consigo, repensando possibilidades de construção de novos hábitos. Ao comparar as duas primeiras entrevistadas, podemos observar que enquanto Rosa se cuidava mais com homens, enquanto Marta se cuida mais com as mulheres. A aproximação que teve ao longo dos anos com o tema, através do seu trabalho e buscas pessoais deu base para Marta desenvolver estratégias de autocuidado.

Marta tem ovários polícisticos, quando nova tinha muitas cólicas "definhava na cama" (sic). Algumas vezes tomava pílula do dia seguinte para atrasar a menstruação quando queria fazer algo, como ir à praia. Também já fez uso de pílula por transar com "um macho" (sic). Percebia muitas mudanças corporais quando tomava, desde cólicas que estranhava, sensação de corpo pesado, peitos doendo, alteração do humor.

Sua primeira vez foi com uma mulher aos 15 anos, na casa de um amigo. Marta já havia experienciado “umas sarradas, umas passadas de mãos, uns toques, mas não tinha tido penetração ainda, eu era virgem” (sic). Através das minhas observações nas entrevistas e nas experiências pessoais nas trocas com outras mulheres lésbicas, percebi que muitas mulheres consideram a perda da virgindade apenas a partir do momento que há penetração, fruto de uma lógica heteronormativa que apenas se perde a virgindade a partir de algo introduzido que rompe uma pele e que só é completo quando isso acontece. Wittig (2012) argumenta sobre as lésbicas não serem vistas como mulheres por se afastarem da cultura heterossexual, essa mesma cultura que afirma a penetração enquanto “o sexo de verdade, o sexo completo”.

A garota que Marta ficava era “muito ativa” (sic), mas ela também queria saber como era ser ativa, ela queria que a sua primeira vez fosse “completa”(sic) –a reverberação dá ideia que a penetração traz completude, não sendo assim se faz um ‘sexo incompleto’, reflexo da norma hétero compulsória (Butler, 2003). Negociou com a outra garota e conseguiu. Achou estranho e um pouco incômodo a experiência dos dedos na primeira vez. O tempo foi gerando familiaridade e prazer. Não se vê passiva ou ativa hoje, nem conversa sobre isso com quem se relaciona, vai percebendo a partir da interação com a pessoa como flui as posições.

Marta tem muito medo de pegar “qualquer doença”, além das “básicas”(sic), como candidíase. Fazia banhos de assento para cuidar da cândida, a partir do conhecimento popular que seguia e que usava cetoconazol que um médico a receitou. O banho de assento ajudou muito no processo de cura. Ela e sua namorada tiveram candidíase ao mesmo tempo, acredita que pegaram no tribadismo, a partir da troca de fluidos. Após isso, Marta convidou sua companheira para testar, buscando uma rotina de cuidados em saúde, porém acredita que ela ficou constrangida, como se desconfiasse que ela tinha algo:

E: tu chamou tua companheira na época pra testar

M: aham

E: e aí? Como foi isso?

M: foi suave. Eu acho que ela ficou meio tipo, constrangida por achar que eu estava achando que ela tinha alguma coisa. Só que não era, eu só tava tipo ‘bora fazer pô pra você ficar tranquila, pra eu ficar tranquila. A gente saber que não vai ter BO daqui’.

Em outro momento, ela também viveu uma situação semelhante com outra garota que se relacionava e essa achou que Marta desconfiava de sua fidelidade. Ainda que com uma

explicação sobre infecções outras e autocuidado, foi preciso uma "força-tarefa" reunindo quatro amigas para irem ao gineco. Esse acompanhamento levou a descoberta de um mioma grande na parceira de Marta que precisou de intervenção cirúrgica:

E: teve alguma situação assim que tu chamou a pessoa, para além dessa que tu citou, que a pessoa ficou receosa achando que tu tava desconfiando dela?

M: teve com a minha ex também

E: Como foi?

M: porque ela ficou achando que eu estava achando que ela tava me tramando e eu falei 'não, pô só queria' porque nem tudo, candidíase, por exemplo, não precisa de... do contato específico com a outra pessoa, só chegar e acontecer e foi, você vai transmitir. Aí eu fiquei 'porra, não, pô, preciso ir na ginecologista', aí a gente fez uma força-tarefa, eu e 4 amigas e foi. Todo mundo pra ginecologista. Falei 'bora, bora, bora, bora' pra levar a galera, pra ela ver que tipo

E: era de boa, não era sobre traição, era sobre se cuidar, não é isso?

M: É pô, ficar de boa, é preciso ter segurança assim pra transar, né? Até a vírgula, mas a gente foi e foi aí que ela descobriu que ela falava com mioma gigante no útero, perturbando ela quando a gente fazia exame. Aí ela operou depois, tirou um mioma grandão. Foi grana.

Marta nunca tinha feito os testes de HIV e outras infecções até recentemente a partir de sua convivência num espaço que trabalha com a temática. Afirma que não tinha acesso, só pensava "tenho que fazer", mas ouvia das pessoas que era baixo risco, então adiava. Acredita que tem risco de pegar algum vírus, infecção, porém também está protegida, mas acha ruim porque a 'única' alternativa é confiar. Marta não sabe por que se sente protegida. Acredita que isso favorece se por mais em risco por acreditar que não há tanto risco e pelas formas de proteção que se vale:

M: eu acho que o risco existe, sabe, mas eu acho que de alguma forma também estou protegida. É foda porque é só confiar, entendeu? (risos). (...) E é isso, aí eu fico num castelo.

E: tu se sente protegida por quê?

M: nem sei

E: Tu não sabe?

M: não sei. É foda, né? Se sentir assim porque você se coloca mais em risco, mas depois de saber que... aí também é foda porque é só uma falácia, né, mas saber que não era tão forte o risco, pelas minhas observações, eu me protejo pelo olhar, pelo cheiro, tipo, se não tiver massa eu não...

Ela não costuma perguntar sobre a realização de exames para as pessoas com quem vai transar pela primeira vez. Uma estratégia que usa para proteção é olhar se tem alguma secreção

diferente na outra mulher e tomar banho. Outras formas de cuidado de Marta é ter unhas pequenas para evitar bactérias e pede para ver as unhas das outras garotas se estão grandes, sem hesitar. Marta tenta colocar o assunto 'exames' caso as transas continuem acontecendo, ela observa a abertura da pessoa, mas "normalmente" não acontece sempre e isso não se torna um impedimento para ela se relacionar com as mulheres, mas não transaria com alguém se soubesse que a pessoa tem uma IST, independente do tesão que tenha na pessoa. Costuma indicar fazer os exames como redução de danos. Nunca pensa sobre aftas na boca, mesmo quando faz sexo oral menstruada, nem nunca a questionaram.

Em algumas situações Marta, ao perceber um cheiro diferente, chamou a pessoa para tomar banho. Nem todas as pessoas acolheram bem, consideram ser muito sincero e íntimo, mesmo vindo de alguém que já se relacionava. A intimidade abre espaço para a conversa, a primeira vez apenas abre espaço para o convite ao banho:

E: já teve alguma vez de tu estar numa transa assim, aí tu achou que estava estranha aí tu deu pra trás?

M: já

E: como foi isso?

M: foi horrível

E: conta como foi

M: eu falei, porra faz tempo, -que nada, já tiveram várias situações- e falar 'vamo tomar um banho' (risos). Aí a pessoa ficou meio assim e pah, as vezes sacou, né? As vezes saca, as vezes não. As vezes digo assim 'vou tomar um banho e pah'. Mas eu falo pras pessoas que se eu sentir um cheiro estranho, eu falo pra pessoa 'oh, tá com cheiro meio estranho', a textura, troco uma ideia porque as vezes nem é nada grave, mas tipo, a pessoa tá perto de menstruar... troco uma ideia, né?

E: e essas pessoas acolheram de boa essa tua fala?

M: nem todo mundo acolheu. Acham que é muito sincero. Muito sincero. É muito íntimo. Então, em meu íntimo precisa ser sincero. Senão...

E: essas pessoas que tu falasse isso pra elas, eram pessoas que tipo tu já tinha uma relação ou eram pessoas tipo de primeira vez que tu estava transando?

M: não, primeira vez, não.

E: primeira vez tu nunca fala?

M: não, falo pra tomar um banho

E: mas quando tu já tem uma confiança então fala um pouco mais específico né?

M: falo. Transou duas vezes eu já tô hablando que só.

Marta diz que as mulheres ficam meio receosas "tá dizendo que eu sou suja, é? Desleixada, é?" que isso nem sempre é verbalizado, mas as pessoas ficam acuadas porque não estão

acostumadas a esse tipo de questionamento porque não é uma cultura fazer isso - exemplifica que se usasse plástico filme nas relações, seria engraçado. Até tentou com sua namorada da época, entretanto achou uma experiência horrível, pois não dava para sentir o gosto, que é o que gosta.

Conhece pouco sobre as formas de se proteger. Dentre as que conhece, cita: plástico filme, “cortar a camisinha” (sic), camisinha de dedo, todavia ela não as acha funcionais. Não tem desejo de usar nenhum dispositivo de proteção, acredita que tinha que se proteger, mas não tem vontade. Realizar os exames, para ela, não dá a sensação de maior proteção e sim que algo não aconteceu. Ao pensar sobre as IST's lembra de apenas duas: gonorreia e candidíase, em momento prévio caracteriza também o HIV. A pouca quantidade de vezes que as interlocutoras comentam que lembram ou identificam pode estar refletindo como o tema está distante ou pouco discutido não apenas nas ações desenvolvidas nas políticas, no Recife, mas em como a sociedade como um todo se relaciona com essas questões. Isso também vai refletir nas práticas de cuidado construídas por elas no dia a dia.

Encontro exemplos semelhantes à ausência de informações da interlocutora e a sua sensação de vulnerabilidade, em um estudo desenvolvido por Spindola et al (2021) para avaliar a vulnerabilidade de jovens universitários às infecções sexualmente transmissíveis. Uma das conclusões dos autores desse estudo é que a falta de informação contribui para a vulnerabilidade individual dos jovens. Ainda segundo os autores, a falta de visibilidade das infecções e processos de caracterização, incidência, recorrência, transmissibilidade, entre outros é citado como outro ponto que dificulta a prevenção das IST's, pois cria um espaço incerto para identificar o risco presente.

Marta não tem certeza se há diferenças no risco de infecção entre transar com homem ou com mulher. Acredita que homens não faz uma higiene íntima boa e que "enfia o pau em qualquer buraco, não se cuida, né?". Para ela, homens tem mais proteção que mulheres, mas ainda não há o suficiente. Receosa, conteve as palavras até eu reforçar o espaço de sigilo e abertura para falar. Sempre achou homem mais arriscado e não confia.

Outras formas de autocuidado que Marta faz uso é tomar açafrão na água de manhã, pois acredita ser bom para a imunidade íntima. Também costuma fazer banhos de assento com camomila e às vezes outras ervas que a indicam. Toma chá de orégano quando está com cólicas e

afirma que ajuda nas dores e no estresse, faz isso mensalmente. Utiliza coletor menstrual há anos. Marta demorou um tempo para se adaptar, sua ex a ajudou a colocar na primeira vez. Usou o coletor como alternativa ao absorvente que a incomodava muito e ficava com assaduras. Nesse processo entendeu que a menstruação tem seu cheiro, mas não fede.

As primeiras vezes que teve contatos com espaços com mulheres lésbicas foi no tempo que morava no Rio de Janeiro, num “orkontro”, encontro organizado a partir do Orkut e ficou maravilhada ao chegar lá e ver a diversidade e ser apresentada a tantas lésbicas. Atualmente Marta frequenta poucos espaços de sociabilidade LGBTQIAPN+, costuma estar mais em espaços para debates de causas sociais. No período que frequentava, já fez pegação em vários lugares, desde banheiros dos espaços públicos, até nos matos quando acompanhava. Um dos seus medos seria fazer no rio tem medo "por causa do peixinho que entra na uretra e que vai se alimentando e ficando preso", mas hoje em dia prefere ficar na sua casa ou na da outra pessoa.

Nos relatos das entrevistadas percebe-se que a casa surge como um espaço de conforto e segurança para os encontros sexuais. Me valendo de dados coletados também no meu último ano de iniciação científica, um dos entrevistados morava em uma cidade menor da RMR e a forma de proteger a exposição de sua sexualidade na cidade que vivia era vir para Recife, pois a camuflagem da “cidade grande” também permitia a sua camuflagem e viver outras experiências¹³. Para as entrevistadas desse estudo (e também nas minhas observações pessoais para além do estudo), a casa surge também como um espaço de segurança e conforto, porém para algumas também a possibilidade da camuflagem, o que endossa o sentimento de segurança.

Marta já fez uso de aplicativos para pegação como o tinder, porém decidiu parar de usar porque estava muito “sarradora” (sic). O tinder favorecia ela conhecer pessoas quando buscava por sexo e no fluxo, fez também muitas amigas. Sua decisão em parar de usar também foi por preferir conhecer as pessoas de forma mais espontânea na rotina dos dias.

4.1.1.3 Shane

Shane tem 29 anos, é uma mulher cis branca, solteira, lésbica, formada em design e

¹³ Um texto mais completo sobre georreferenciação, homossociabilidade e sexualidade está em RIOS, L. F. "Todo mundo vem pra Recife"; Os lugares e as políticas de visibilidade gay na homossociabilidade da Região Metropolitana do Recife. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 199–229, 2023. DOI: 10.9771/cgd.v9i1.53909. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendif/article/view/53909>.

marketing digital, trabalha como analista de CRM, com renda individual de 4.500, sua religião é a espírita. Mora com seus pais e a convivência familiar é tranquila. Se assumiu para a família aos 14 anos. Sua irmã foi bastante tranquila ao saber, sua mãe também recebeu a informação de tranquila, já seu pai teve certa resistência, ficando mais "estranho" (sic) porém com a convivência nos dias foi normalizando o contato. No começo estava um pouco receosa de contar por sua família ser parte espírita, parte católica, mas apesar disso, por todos se respeitarem, ela imaginou que não teria problemas ao contar e não teve.

Shane menstruou a primeira vez por volta dos 12 anos, não teve cólicas, nem outras dores, recebeu mais com surpresa "ela veio!" (sic). Sua mãe a havia instruído que iriam ocorrer alterações no seu corpo, explicou sobre a menstruação. Na escola também aprendeu nas aulas de biologia, então quando aconteceu não foi algo que a pegou de surpresa, sentia-se familiarizada com a ideia do que estava acontecendo consigo. A internet também foi um caminho para a busca de respostas quando Shane tinha dúvidas sobre questões sexuais. Não percebeu grandes mudanças no seu físico num primeiro momento, essas mudanças vieram gradativamente. No começo, não tinha dores ou muitas alterações, com o tempo as cólicas começaram a aparecer mais fortes, seu humor mudava, teve o fluxo intensificado e percebeu o aumento da sua libido a partir dos 14 anos. Aos 16 estava com a libido "nas alturas". Nessa época começou a se envolver com outras meninas, a experienciar "as pegaçozinhas, mãozinhas bobas". Para ela, foi uma época difícil de controlar a libido e ficava facilmente excitada.

A mãe de Shane comprava absorventes para ela e para sua irmã, mesmo a irmã ainda não tendo menstruado, ficava ali como em estoque aguardando. Desde 2018 utiliza coletor menstrual. Não gostava muito logo no começo, tentou porque sua ex sugeriu, pensava que era algo muito grande para entrar e que seria um sacrifício. O coletor surgiu para Shane como uma opção para evitar as assaduras que o absorvente com abas fazia nela, principalmente quando precisava se deslocar ou fazer atividades físicas. Teve dificuldade para se adaptar ao coletor e por um tempo usou ele e o absorvente simultaneamente porque não conseguia colocar de forma correta. Após a adaptação, não utilizou mais absorvente, restringindo seu uso para situações emergenciais onde está sem seu coletor. Nos últimos 3 anos começou a fazer uso de remédios para cólicas, pois foi quando suas dores ficaram mais fortes atrapalhando suas atividades. Utiliza também toalhas térmicas de remédio.

Shane sempre teve acompanhamento médico. Quando criança, sua mãe a levava a pediatra para avaliações gerais e a partir da puberdade foi ao ginecologista. Atualmente ela tem plano de saúde e realiza o acompanhamento ginecológico através dele. Não tem um médico específico que tenha aproximação, apenas verifica quais profissionais estão disponíveis e marca - isssso para todas as especialidades. Seu critério para escolher é quem está disponível no dia e local que ela precisa. Os profissionais nem sempre são muito receptivos e numa das vezes que foi a uma consulta de gineco, a médica não quis liberar o exame de ultrassom endovaginal porque ela, até então, não tinha transado com homem (cis), mesmo Shane insistindo pela importância de investigar uma vez que na sua família tem histórico de câncer de ovário.

A tia e a avó de Shane tiveram câncer de ovário, então ela costuma manter uma rotina de exames anuais para verificar se está tudo ok. Como a médica não cedeu sobre conceder a guia do exame, Shane desistiu, saiu da consulta e marcou outro profissional que deu a guia para o endovaginal, entre outros exames para um check-up completo. O atendimento com essa médica a marcou de forma negativa. Se sente incomodada quando surgem perguntas supondo que ela se relaciona com homens. Ao responder sobre métodos contraceptivos para os médicos, estes costumam demorar a entender por que ela não utiliza nenhum e não quer engravidar, então ela fala sobre sua orientação sexual. Para ela, os profissionais que teve contato foram satisfatórios no seu cuidado, com exceção de alguns poucos. Ao pensar sobre, não identifica pontos que poderia ser melhor na oferta da saúde específica. Ela não utiliza nenhum equipamento de saúde LGBTQIAPN+ da cidade.

Quando criança e se esfregava no travesseiro porque era bom, não sabia exatamente o que era aquilo, masturbação não era algo que explicavam nas suas aulas de educação sexual. Quando começou a ter uma vida sexualmente ativa, entendeu que o que fazia na infância com o travesseiro era masturbação.

S: (...) Mas masturbação eu lembro até antes, eu não tenho certeza assim de uma idade específica, né? Mas eu lembro que, por exemplo, eu pegava e ficava me esfregando num travesseiro, sabe, quando era pirralha ainda porque a sensação era boa, né? Porém eu não tinha ainda uma clareza 100%, embora eu tive educação sexual, aquela coisa toda, né? Mas não é tão, na minha época, não se falava muito sobre masturbação, sabe? Fala muito das alterações hormonais do corpo e disso, daquilo outro, mas a masturbação em si não era uma pauta muito... né? Mas aí eu sabia que existia porque eu fazia (risos), né?

E: mas tu sabia o nome que aquilo era masturbação?

S: Não sabia, no início não sabia. Eu não sabia. Aí com o passar dos anos aí eu passei a ter menstruação, aí eu comecei a ter uma vida mais sexualmente ativa assim sem ser ativa ativa, enfim. Sem o sexo em si, mas rolava as preliminares, digamos assim. E aí durante essa época né, aí eu ‘ah, é masturbação’.

Depois do travesseiro, seu primeiro vibrador oficialmente foi o massageador da sua mãe. Não gostava de usar a mão, pois se cansava.

A primeira paixãozinha de Shane foi uma colega de escola, quando era 4^a série, porém não entendia o que era aquilo, só vindo entender tempos depois. Os anos se passaram e no ensino médio começou a entender que algumas meninas despertavam um sentimento diferente que ela não sentia pelos meninos. Admirava a beleza dos meninos, mas não sentia desejo. Já as meninas direcionavam sua atenção e pensamentos a outros lugares. De primeira não aceitou, ficou com meninos, namorou para testar "se era aquele negócio todo" (sic), mas após o namoro teve a certeza de que “realmente, não rola” (sic).

Estudou em colégio de freiras e fez muitos amigos gays, mas só conheceu e fez amizade com outra sapatão no terceiro ano. Nas trocas com seus amigos, ouvia muito sobre as interações com homens, mas sabia pouco sobre experiências com mulheres, o que aprendeu foi a partir de suas vivências. Sentia que precisaria desbravar o mundo para saber. Nessa época começou a frequentar a Fun Fashion, que era um ponto de encontro entre duas ruas por trás do shopping no centro do Recife onde muitas tribos se misturavam para beber, se divertir e Shane ia beber com seus amigos lá, geralmente nas sextas-feiras. Lá era uma espaço para as pegações. Shane aproveitava para fazer pegação e quando as coisas ficavam mais quentes, ela ia para a rua ao lado

S: Aí, rolava aqueles beijos mais calientes, né? A gente ficava tipo sei lá, em algum local um pouquinho mais afastado, mas não muito, né? Querendo ou não é perigoso e aí rolava umas mãos bobas. Não rolava o sexo em si ali, né? Mas rolavam masturbação ou às vezes uma mão por cima mesmo da roupa, sabe? Um apalpar de seio. Mas ficava mais nisso, sabe? Deixava só ir até aí.

Se sentia incomodada com o “complexo de virgem” até que um dia resolveu isso nomeando por “rompi meu hímen”:

S: tipo, virgindade quando eu falo é o fato romper o hímen, né? Eu mesma rompi meu

hímen. A galera não falar tanto que
E: ah, mas tu concebe virgindade como perder o hímen?
S: É né? Biologicamente falando, teoricamente seria isso.

Importante destacar que a ideia de virgindade varia de acordo com o contexto cultural de cada grupo, sendo também atravessada por “questões de ordem social, econômica, jurídica e sexual” (AMORIM et al. 2022, p.177), porém no discurso de algumas das entrevistadas aparece numa lógica biológica e reducionista das experiências, e a ‘primeira vez’ só se dá de fato ou por ‘completo’ com o consumo de algo que penetra.

Sua primeira transa com outra mulher foi estranha, segundo ela. Estava com muito tesão, mas sentia “como se fosse um terreno estranho”, porque nunca havia feito aquilo e apesar de suas buscas na internet, não tinha suas próprias referências. “Já tinha feito tudo, só não tinha rolado a transa em si”, o que Shane reafirma ao pontuar sobre sexo oral, penetração para compor uma transa, além dos sarros que já havia feito. Para Shane foi bom, apesar de estranho. Shane se considera mais passiva do que ativa, gosta de ser ativa às vezes, mas não é seu “local de conforto”.

Desde sua adolescência sabia formas de proteção nas relações sexuais heterossexuais. Shane sabia que existia o preservativo, que existiam IST's, mas “o principal era gravidez e AIDS” (sic). A gravidez surge nas narrativas das entrevistadas na gravidade de uma doença, tendo mais necessidade de proteger-se disto do que das infecções sexualmente transmissíveis, configurando na fala das interlocutoras algo a ser fortemente temido e evitado. A ausência de direitos sexuais e reprodutivos que dêem segurança às pessoas para gestarem, acesso ao aborto legal, segurança financeira para gestar, cuidar e criar os filhos, bem como evitar estereótipos, preconceitos recorrentes dos contextos que se engravidam são possíveis motivos que alimentam o medo que surge nas narrativas.

A partir disso, Petchesky e Corrêa (1996, p. 159) no artigo “Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista” apontam o conceito de “autonomia feminina” que versa sobre decisões reprodutivas “livres” e essa noção implica que as pessoas têm a capacidade de tomar escolhas informadas e autônomas sobre sua sexualidade e reprodução, sem serem coagidas por circunstâncias adversas ou desespero. Para que isso seja possível, é fundamental que existam direitos sociais que garantam e promovam os direitos sexuais e reprodutivos, tais como educação,

acesso à saúde, autonomia, liberdade de escolha, condições socioeconômicas, luta contra preconceito e discriminação, entre outros.

Shane tinha ouvido falar em gonorréia, sífilis, mas não sabia exatamente o que era, nem aprofundou na época. Tinha a "libido lá em cima" e não pensava sobre.

S: (...) Agora, hoje em dia eu sei, mas antigamente realmente eu não tinha muito esse nível de consciência do que era e tal, só tinha uma leve ideia. E também nessa época que eu tava com a libido lá em cima, eu também não tinha muito esse cuidado, sabe? Não se passava pela minha cabeça. A primeira coisa era tipo 'porra, tu tá aqui com um tesão desgraçado', né? Só que, hoje em dia, eu levo isso em consideração. Mas eu, a Shane de 15, 16 anos, não levava isso em consideração. Era só o prazer ali naquele momento. Eu não tinha o cuidado de conhecer a pessoa... e não sei o que... e entender se a pessoa tinha esses cuidados... se tinha uma higiene sexual, digamos assim, uma higiene íntima, se a pessoa se cuidava também, se fazia testes, fazia algum tipo de exame, aquela coisa toda. Eu era tipo 'foda-se! Eu só quero sarrar!', sabe? (...).

Costuma fazer os exames das infecções 'mais conhecidas', mesmo não se percebendo em risco, fazer os exames é um hábito "por desencargo de consciência". Sente-se aliviada por 'não ter pego' nenhum vírus na época que não se cuidava. Por compreender mais o assunto desde o começo da faculdade, começou a se cuidar mais no sexo. Hoje seleciona as pessoas que vai se relacionar sexualmente porque acredita que o cuidado ao conhecer a pessoa, selecionar mais, vai isentá-la de determinadas possibilidades de infecções.

S: (...) E foi quando eu comecei a ter um certo cuidado com as pessoas com quem eu me relacionava, né? Tipo, entender... ah, conhecer a pessoa e não sei o que... primeiro, entender se é uma pessoa, ok, né? Se é uma pessoa legal. Segundo ponto, se ela tem esses cuidados com ela mesma. Aí, hoje em dia, eu só me relaciono com pessoas assim. Antigamente, no início, não era assim.

Atualmente está num relacionamento e, como sua namorada costuma sempre fazer check-ups anuais, Shane não costuma se preocupar com os resultados. Ter parceira fixa dá a sensação de segurança a ela e busca outras formas de manutenção dos cuidados a fim de minimizar possíveis riscos. Silveira, Schnor e Rocha, (2022); Quadros, Adrião e Melo, (2012); Andrade (2022) evidenciam que a fidelidade na relação, muitas vezes encarada como recíproca, leva a diminuição nas formas de proteção das IST's. Vemos na fala da nossa entrevistada:

S: hoje em dia como eu tenho uma parceira fixa, geralmente às vezes eu não me preocupo tanto, né? Às vezes sei lá a gente chega... eu chego na casa dela e tal, mas... assim, a gente nunca transou tipo suja suja de rua, tipo chegou da rua e foi transar, não. Sempre tem um banhinho, né, aquela coisa toda. Mas... hum, estou pensando aqui... é como se tivesse esse tipo de cuidado, mas não muito, sabe? Não extremo. Ah! Toda vez que for transar, lavar a mão ou higienizar o ambiente, sabe? Nem sempre eu faço isso. Nem sempre eu faço isso, mas também, por exemplo, eu não chego da rua ou sei lá, eu estou cozinhando e vou meter o dedo em alguém (risos). Não é isso, sabe? Rola aquela higiênica básica, né? Higiene básica, OK? Enfim, se minha mão tiver suja, vou lavar minha mão, sabe? Mas assim, não rola como se fosse uma limpeza ou esterilização minha ou do ambiente ou da minha parceira pra gente transar.

As pessoas que ela se envolve por um tempo maior, costumam ter cuidados em saúde sexual. Shane já esteve em relações com outras mulheres e não pediu os resultados porque confiava nos cuidados da pessoa devido a esta ser da área de saúde. Entretanto, mulheres que teve envolvimentos pontuais ou por pouco tempo, não pediu os exames porque geralmente fica com essas pessoas em ambientes que vai passar pouco tempo tipo festas ou casa de amigos. Quando a parceira não é fixa, isso provoca a urgência de estar pronta:

S: (...) Então assim, eu acho que com essas pessoas mais passageiras ou mais pontuais eu não tinha tanto isso porque às vezes era uma coisa muito mais carnal, sabe? Então eu já estava limpa, digamos, já estava pensando em fazer isso então a pessoa já se organiza todinha.

Se tem intimidade para perguntar sobre os exames das pessoas que se envolve, ela pergunta. Se não conhece ou não tem abertura, não pergunta. Hoje Shane considera que talvez perguntasse a alguém que se envolvesse pontualmente sobre os exames. Relaciona ao ato de perguntar, a libido não estar tão alta como antes e o avanço da idade que traz certos manejos de situações:

E: e se fosse hoje em dia tu perguntaria?

S: Hum, eu acho que sim.

E: Mesmo sendo uma coisa única assim?

S: É. Eu acho que eu primeiro... antigamente eu não tinha muito esse crivo, sabe? Eu não tinha muito senso crítico, era só pensando com a cabeça de baixo - nos lábios de baixo, mas hoje eu... não é que minha libido diminuiu, mas ela tá muito... eu não só a ouço, sabe? Não ouço a libido, eu ouço mais a voz da razão, sabe? Aquela coisa que com o passar dos anos a pessoa vai...

Shane transaria com alguém sem acesso aos resultados dos exames, porém se fosse em situações pontuais de muito tesão e ter conhecido a pessoa na hora. Apesar disso, não se sente confortável com esse tipo de relação, não faz isso há anos e não por exposição às infecções e sim por não saber quem é a outra pessoa, ter receios de não saber o perfil da pessoa. Ainda assim, nunca utilizou preservativos ou outros dispositivos de proteção nas transas, não costuma lembrar dos recursos para esses momentos.

O tesão vem como motivador para curtir o momento e não pensar em alguns pontos, como transar com sangue presente e não considerar cuidados nessas trocas. Suas estratégias para autocuidado são manter-se atenta a cheiros, gostos diferentes, falar se achar que algo está diferente, consultas e exames anuais, higiene das mãos e do corpo, mas não em todas as vezes e a higiene que se refere é lavar mãos e corpo. Cutículas e escovação não foram pontos trazidos pela entrevistada e conhecer a sorologia da parceira se faz presente nas relações fixas, não é algo investigado nos encontros pontuais.

Apesar de não questionar dos exames, acredita que não transaria com alguém se soubesse que a pessoa tem alguma IST. Para ela, todos têm o risco de ter IST's, mas acredita que homens gays e héterossexuais têm o risco maior por ter uma vida sexual ativa “muito frenética” e por traírem mais suas parceiras. Compara as lésbicas e gays que conhece e acredita que tem menos chance do que um homem gay, mesmo também acreditando que todas as pessoas têm essa chance.

E: Mas, tipo, por ser sapatão, tu se sente mais segura sobre isso ou não? Ou tu acha que é o mesmo risco? Como é isso na tua mente? Como é que tu pensa sobre isso?

S: Eu penso que o risco... Assim, se você comparar, por exemplo, no caso dos gays de uma maneira geral, eu acho que o risco deles é muito maior que o nosso, porque a vida sexual ativa deles é muito frenética. Pelo menos de todas as minhas amigas sapatão e todos os meus amigos frangos, até os frangos mais caseiros do mundo, sabe? Eles têm uma vida sexualmente ativa muito mais badalada do que a de uma pessoa lésbica de maneira geral. Isso eu tô me embasando em mim e nas pessoas que eu conheço. Aí, por isso, eu tenho internamente essa sensação, todo mundo tem e corre esse risco. Porém, pelas minhas vivências atuais de vida, enfim, eu tenho essa sensação que tenho menos chance de contrair HIV do que sei lá, do meu amigo, sabe? Embora a gente sabe que é tudo igual, enfim, mas acabo criando isso na minha mente.

Uma transa levou Shane a refletir sobre proteções no sexo. Uma garota com quem teve sexo telefonou para ela alguns anos depois com medo porque tinha transado com alguém que

positivou para HIV. Shane não se preocupou sobre estar em risco devido ao intervalo de tempo, mas esse episódio a assustou, levando-a a se questionar sobre o uso de preservativos. O tempo decorrido delimitou para ela a impossibilidade de ter o vírus, caracterizando uma confiança de que talvez se estivesse com o vírus perceberia de forma rápida. Volta-se para aquela ideia popular ‘qual a cara da aids?’.

Shane faz acompanhamento na endocrinologista pelo SUS, pois tem diabetes tipo 1. Ela preferencia o plano para a realização de exames, uma vez que demora a conseguir os exames pelo SUS. Devido à diabetes, nas vezes que esteve com as taxas altas, teve quadros de infecção urinária, candidíase e corrimentos. Fez tratamentos medicamentosos por curtos períodos de tempo e uma vez que regulava a açúcar no sangue, os quadros cessavam. Numa dessas situações de candidíase, foi a uma emergência e estava com medo de dar algo positivo, mas a médica explicou sobre isso ser comum no seu quadro de saúde. Atualmente, quando tem alguma infecção urinária, não faz nada a respeito, apenas espera passar, pois sabe que é consequência da diabetes.

S: (...) Hoje em dia, as vezes quando da isso, eu faço exame de urina aí apresenta um início de infecção, alguma coisa, as vezes eu não faço nada com relação a isso... por quê? Porque eu sei que é a diabetes. Então a partir do momento que eu começo a controlar a diabetes, diminui a acidez e o açúcar, né? Porque acaba saindo açúcar na urina, ela sai, ela desaparece. É. Eu só a pessoa ir regulando o corpo.

Shane segue as recomendações médicas para o cuidado de sua saúde sexual, não cita hábitos aprendidos com amigos ou familiares.

Os primeiros lugares que ela conviveu com pessoas LGBTQIAPN+ foram a rua conhecida por “Fun fashion”, aonde jovens LGBTQIAPN+ frequentavam para socializar entre si e festas privadas – considera essa última um ambiente mais tranquilo, principalmente por não costumar ter homens heterossexuais. Se incomoda com a presença deles pela insistência deles mesmo ela contando que é sapatão. Frequentou muitas festas até o final da sua adolescência e começo da vida adulta, hoje em dia vai mais para bares por não poder beber tanto como em open bar. Os flertes nessas festas se davam no olhar, Shane costumava encarar e ir atrás das garotas. Em vários outros lugares também flerta a partir do olhar e depois se aproxima para puxar assunto. Quando está querendo ficar com alguém, costuma ir mais para bares e festas, a ida para os outros eventos vai acontecer sem que ela coloque isso como objetivo, mas se ficar com alguém é um “bônus”.

Para conhecer outras mulheres, Shane já fez uso de aplicativos de pegação (Happen e Tinder), ficou com algumas mulheres que conheceu através das plataformas e fez boas amizades que duram até hoje em dia. Atualmente não costuma ficar muito em festas ou pegações como fazia quando mais jovem. Costuma se relacionar com pessoas que moram só ou dividem apartamento. Caso isso não aconteça, frequenta o motel.

Shane considera a parada LGBTQIAPN+ importante para ter visibilidade para a causa. Para ela, apesar de dizerem que hoje é carnaval e parecer, apesar dos pontos negativos como roubos, etc, esse não é o foco, é um movimento importante para ocupar e abrir espaço.

4.1.1.4 Willow

Tem 26 anos, é uma mulher cis branca, solteira, lésbica, estudante de graduação, com renda de 4.000 reais e não tem religião. Willow mora com seu pai, mãe, irmão e avó, eles não sabem da orientação sexual dela, porém desconfiam e ela acredita que eles fingem não saber. Aos 22 anos, sua mãe a questionou sobre sua sexualidade e ela, como não se sentia preparada para contar, disse não saber se era, embora já soubesse. Nessa conversa sua mãe afirmou que Willow tinha por obrigação contá-la. A relação com sua mãe é um pouco tensionada. Boa parte de sua família é religiosa. Ela entendeu que era lésbica aos 18 anos quando terminou o ensino médio.

Willow tinha 11 anos quando menstruou a primeira vez, ela sabia o que era a menstruação, mas não lembra quando conversaram com ela a respeito e quem foi. Quando aconteceu, ela não sabia que tinha menstruado. Sua mãe que encontrou sua roupa íntima com sangue e a questionou. Ela não sabia o porquê estava suja e então sua mãe percebeu que ela continuava sangrando e concluiu "eita, menstruou, né?" e deu-lhe alguns protetores diários. Willow acredita que sua mãe subentendia que ela soubesse algo sobre porque não a explicou nada naquele momento. Se sentia muito envergonhada por ter menstruado, ao ponto de não contar para nenhuma amiga sua, fingir que aquilo não acontecia. Até que um dia achou que seu absorvente tivesse vazado porque viu alguns garotos rindo e pensou que era sobre isso. Ficou sentada na cadeira esperando alguma amiga aparecer para ajudá-la e então contou para alguém pela primeira vez que tinha menstruado.

Quando criança costumava ir para consultas médicas de rotina tais como oftalmologista, endocrinologista ou quando achava que estava doente. Aos 17 descobriu que tinha síndrome dos

ovários policísticos, pois aumentou 15 kg em pouco tempo, mesmo considerando que sua alimentação que não era ruim, além da presença de cólicas que antes não existiam, quando então uma amiga de sua mãe sugeriu que investigasse Síndrome do Ovário Policístico (SOP). Willow fez uma ultrassonografia pélvica, confirmou e começou a tratar a SOP com anticoncepcionais. Em outro momento, outra médica recomendou o uso de glifage (remédio para controlar as taxas de insulina), o que mexeu bastante com ela:

W: Aí a partir de um certo momento, uma outra médica me passou também o Glifage, só que não me disse o motivo, eu só tomava porque ela passava.

E: Tu não perguntou?

W: Não, não perguntei. Na época minha mãe ainda ia comigo nas consultas e ela também não perguntou, somente ela passou, e a gente ‘ah, tá, vou comprar pra você tomar’. E aí eu fiquei tomando, passava mal constantemente, porque a questão do Glifage, ele ainda não era tão necessário quanto é hoje, por exemplo. E aí, só depois de muito tempo que eu fui descobrir que a SOP tem a questão da intolerância à glicose, à insulina, enfim, tem vários nomes, e que hoje eu tenho, porém na época eu não tinha.

Manteve o uso de anticoncepcionais por anos e ao parar percebeu aumento de peso, aumento dos sintomas da SOP, alteração na libido, lubrificação, intensificação das cólicas, entre outros sintomas.

Willow não se lembra bem de suas mudanças corporais, lembra que percebeu o aumento dos seus seitos rápido, mas não observou outras coisas em si que desenvolveram gradualmente. Masturbação sempre foi algo presente em sua vida. Não identifica quando começou, pois tem memórias desde criança na qual usava uma boneca grande que tinha em sua casa ou sua mão. Esses momentos geravam culpa em Willow:

W: Eu lembro que eu tinha uma questão assim de muito pudor, do tipo, eu achava que eu tava fazendo algo muito errado, então eu pegava a boneca e colocava ela em cima do guarda roupa pra não pegar a boneca.

E: Pra tu não pegar?

W: Pra eu não pegar a boneca. Eu dizia ‘eu não vou mais fazer isso’, então tirava a boneca de perto de mim, só que aí eu lembrava que eu também usava os dedos, então não tinha o que fazer com eles, né?

E: Aí sentia vontade de novo e traz a boneca de novo. E ia lá e pegava a boneca de novo.

W: isso (risos)

Tinha certeza que era hétero em sua adolescência porque "era o que me ofereciam, né?" e

foi tocando a vida assim. Não tinha uma boa relação com a própria imagem, entre outros fatores que a levaram a não se sentir desejada pelos meninos e ficar quieta. Ficou algumas vezes com um garoto e pra ela era bom. Achou que tinha se apaixonado por outro até que um outro dia percebeu que não estava. Saiu da escola com desejo de mudar muitas coisas na sua vida, saiu aberta a mudanças.

Enquanto estava no cursinho foi tendo contato com muitas informações que antes não sabia. Não tinha referência de nada na comunidade LGBTQIAPN+, pois no seu colégio, que era seu espaço de maior convivência, poucas pessoas se diziam LGBTQIAPN+. Em dado momento percebeu que se sentia diferente assistindo um seriado com lésbicas e numa cena de sexo, percebeu que era diferente para si. Questionou-se "poxa, será?" e aí foi identificando que sentia "outras coisas" em relação a outras mulheres tanto no seu ciclo social como assistindo filmes, séries, etc.

Willow chegou a conclusão que era bissexual porque não achava que era possível 'deixar' de gostar de homem. Passou 6 anos mais reclusa devido aos estudos e foi descobrindo como se sentia, mas guardando para si, só iria contar a alguém quando ficasse com alguma menina. Willow se assumiu aos 24 anos, ao ingressar na instituição de ensino superior que estuda atualmente. Seus amigos a acolheram bem e alguns afirmaram que sabiam. Antes ela tentava disfarçar e levar na brincadeira, "mas eu sabia que era verdade e que todo mundo percebia, por mais que eu tentasse esconder(...)"(sic).

A primeira vez que foi ao ginecologista tinha 22 anos. Até então evitava ir porque tinha medo. O medo surgiu quando uma vez na infância acompanhou sua mãe a uma consulta ginecológica e descreve a sala como estéril, fria e se sentiu desconfortável com a ideia da sua mãe estar "toda arreganhada na outra sala" (sic), achava algo muito estranho e desde então adquiriu um pavor a ginecologista. Tinha extremo pudor com seu corpo e não queria que ninguém a olhasse sem roupa. Todas as vezes que sua mãe tentou agendar consultas para Willow, ela encontrava desculpas para não ir.

Decidiu ir a primeira vez a uma consulta porque estava se preparando para ingressar na faculdade de medicina e pensou "meu deus, eu vou ser a primeira estudante de medicina que nunca foi numa ginecologista, que coisa absurda!" e decidiu ir. Procurou uma profissional

confiável que já conhecia e foi. Se sentiu desconfortável na consulta, mas ao mesmo tempo confortável por já conhecê-la. Já concebia a ideia da consulta ginecológica de forma tranquila. Após essa vez, todas as seguintes foram tranquilas, incluindo ter que mostrar seu corpo para a profissional. Hoje costuma ir anualmente fazer os exames de rotina e por ter síndrome do ovário policístico, faz acompanhamento não só com a ginecologista, mas também com a endocrinologista. Costuma agendar seus exames pelo aplicativo do plano de saúde e com relação aos acompanhamentos específicos citados vai direto ao hospital público marcar.

Não contou à profissional sobre sua sexualidade nessa primeira vez porque, devido a médica ser próxima da família, tinha receio dela ser antiética em algum momento e contar sobre sua orientação sexual. Hoje a profissional sabe, pois recentemente Willow contou-lhe de impulso por precisar contextualizar uma situação e se sentiu tensa ao falar disso com ela. Ela pediu para que não fosse contado a sua família nada do que foi falado. A profissional acolheu seu pedido e sugeriu-lhe “dicas” de como ela deveria falar para a família sobre as suas ‘escolhas’ - referindo-se a sua orientação sexual-, o que fez Willow preocupar-se com o que ouvia.

Na mesma consulta a médica também afirmou que enquanto ela só se relacionar com mulheres (presumindo que todas seriam cis), só iria examinar sua vulva porque o colo do útero e o canal vaginal só precisariam ‘quando’ ela tivesse sexo heterossexual. Willow apenas olhou para a médica sem saber como responder e foi embora ao término da consulta. Apesar das suas impressões sobre a médica, ela sente suas necessidades de saúde abarcadas. Ela não faz uso de equipamentos de saúde para população LGBTQIAPN+, estagiou em um, porém nunca pensou em buscar outros e se consultar nesses espaços.

O manejo da situação e as informações passadas pela profissional se refletem na conduta das usuárias do sistema de saúde. Willow nunca fez o exame de Papanicolau, acha importante e faria se precisasse, mas nunca questionou a profissional sobre a necessidade da realização nem sobre as diferenças entre quem tem práticas penetrativas com pênis ou não para a realização do exame. Bem como ela, vemos também outras mulheres que a partir de orientações errôneas dos profissionais de saúde, seguem rotinas de cuidados insuficientes para abranger as suas necessidades.

Facchini e Barbosa (2006) trazem dados que de pesquisas que avaliaram o acesso de

mulheres lésbicas aos serviços de saúde. Os dados versam sobre as mulheres que não revelaram suas orientações sexuais nas consultas por receio de descriminação e das que falavam aos profissionais. Situações como a diminuição do tempo de consulta, descriminações, ausência de solicitação de exames necessários, entre outras. As autoras trazem números de realização dos exames do papa nicolau e de frequência ao ginecologista com números baixos especialmente entre mulheres lésbicas.

A primeira vez que ficou com uma garota foi com uma amiga sua. Não se sentiu confortável em alguns momentos na transa, mas aproveitou o que se sentia aberta para fazer e ir descobrindo os prazeres daquilo. Willow se relacionou com duas pessoas desde o dia que se compreendeu lésbica e nessas transas não costuma usar alguma proteção. A primeira pessoa foi uma transa pontual, a outra manteve certa frequência. Não usava nenhuma proteção, pois antes não tinha vida sexual ativa e recentemente sua parceira sexual havia feito os testes e não tinha alterações nos resultados.

Nunca realizou testes de IST's desde o início da sua vida sexual, com exceção de um teste de herpes para confirmar ou descartar algo que tinha observado em seu corpo. Willow foi buscando formas de se cuidar e se proteger na sua rotina de cuidados com sua saúde sexual. Tais estratégias de cuidado que ela encontra são lavar as mãos quando está com a pessoa e evita tocar nos objetos ao seu redor, não para na hora da transa para fazer algum tipo de higienização, pois já tem feito antes. Também evitou transar com aftas na boca. Para além desses cuidados na interação com as outras pessoas, ela também se cuida usando um sabonete glicerinado, evita usar calcinhas em casa ou para dormir e lava as calcinhas somente com sabão de coco por interferir menos no pH e deixa secando em lugares arejados.

Para além dessas formas, Willow já teve contato com outras possibilidades de proteção no sexo. Ela cita o dental dam¹⁴, o recorte do preservativo para usar como barreira e o próprio uso da camisinha em si para envolver os dedos para penetração. Apesar de nunca ter utilizado, Willow acha que essas formas não dão conta das necessidades de proteção para o sexo entre mulheres cis e também acredita que IST's em lésbicas é algo subnotificado, pois não acha que seja tão pouca a incidência como os dados que teve conhecimento a respeito.

¹⁴ Película de látex usada como barreira no sexo oral, evitando o contato da boca com as genitálias da outra pessoa.

Willow acredita que HIV em lésbicas tem percentuais menores em relação a casais heterossexuais e gays, mas que existe a possibilidade de ter. Ela leu materiais sobre IST's no sexo entre mulheres cis e acredita que algumas são mais presentes nesse público. Para ela, o estilo de vida dos homens gays os leva a ter maior risco a contrair IST's do que as mulheres lésbicas porque há uma seleção menor em relação aos parceiros, menos cuidados e menos acompanhamentos médicos. Se alguém que for transar tiver com alguma infecção, isso não seria impedimento para ela, porém consideraria qual o tipo da IST e pediria nesse momento por usar proteção. Ao pensar em infecções sexualmente transmissíveis, consegue lembrar rapidamente de 6, sendo estas: sífilis, gonorreia, clamídia, HIV, HPV e herpes genital.

Apesar de suas buscas e cuidados, Willow não pensava muito sobre testes quando se relacionava com homens, pois seu medo era engravidar¹⁵ e agora, por se relacionar com mulheres, não tem mais esse medo, então atribui esse motivo a não se preocupar tanto, pois para ela o risco que era a gravidez, não existe mais. Willow também acredita que uma vez que não tem mais o risco da gravidez, todos os outros riscos são mais rebaixados, realimentando a ideia da nuvem da imunidade do sexo lésbico, assim como Rosa trouxe em seu discurso. Sabia que sua amiga havia testado antes de transarem, mas não saber não teria sido impedimento para ela. Hoje ela perguntaria a alguém que fosse transar se realizou os exames, diz ter a coragem, mas acredita que esqueceria de perguntar na hora H.

Nomeia a UFPE enquanto um espaço de sociabilidade LGBTQIAPN+ e o único que frequenta. A universidade também surge como o espaço para os flertes, mais silenciosos para ela, porém que são propícios para pegações em banheiros, estacionamentos, etc, pois não tem espaços seguros para ir por não poder levar alguém em casa, nem sua parceira sexual também ter esse espaço. Willow frequenta bares, entre outros espaços, que apesar de pessoas LGBTQIAPN+ frequentarem, não são especificamente voltados para o público. Os flertes nesses lugares acontecem através dos olhares. Também aproveita ao deslocar-se pelas ruas e mais recentemente faz uso de aplicativos como o Tinder.

4.1.1.5 Velma

¹⁵ Retoma o já citado nas entrevistas anteriores a respeito da dupla proteção que, segundo Quadros, Adrião e Melo (2012) seria a prevenção das IST's e da gravidez não desejada, isso nas relações heterossexuais.

Velma tem 26 anos, é uma mulher cis parda, lésbica, casada, estudante de graduação, com renda familiar em média de 6.000 e não tem religião. Mora com Carla, sua esposa, são casadas há 3 anos. A dinâmica familiar é bem tranquila, sua esposa é médica e está sempre trabalhando, Velma costuma ficar em casa com os gatos ou na faculdade quando tem aulas. Seus pais são bastantes presentes na vida dela, principalmente a mãe, eles lidam bem com a sexualidade de Velma. Sua mãe a auxilia em muitas coisas e Velma acredita que talvez seu relacionamento não seria tão bom se sua mãe não tivesse ajudado. O pai de Velma é mais reservado, porém tem uma ótima relação com Carla. Outros familiares também gostam muito de sua esposa e tem boa convivência. Seus pais são católicos, sua esposa é cristã e Velma não se diz de alguma religião ou credo.

Menstruou aos 14 anos. Sua mãe havia explicado a ela que iria chegar um momento que ela sangraria e que era tudo bem, ensinou-a também a usar absorvente. Velma ficou com dores poucos dias antes de menstruar e sua mãe percebeu o que estava acontecendo. As mudanças no seu corpo foram mais lentas. Velma acreditava que menstruar faria suas mamas e nádegas desenvolverem mais, ela queria menstruar para que isso acontecesse. Velma se lembra dos comentários dos familiares logo quando menstruou dizendo que agora ela era uma mocinha e parabenizando-a, enquanto ela estava tímida por todas as pessoas estarem sabendo:

V: Sim, ah sei lá, minha mãe ligou pra minha madrinha ‘ah, ela menstruou, virou mocinha’, aí minha madrinha ‘ai que coisa linda’, aí meu padrinho deu parabéns, parabéns pelo que, né? Que coisa horrível, você tá com dor, tá sangrando.

E: foi teu padrinho?

V: meu padrinho. E aí ficou aquela coisa, né? ‘ai, virou mocinha, sua mãe disse’ e eu morrendo de vergonha, né? P da vida com a minha mãe, meus padrinhos moram em Fortaleza, ela ligou pra eles pra dizer que você tem menstruado! (risos)

Quando precisava comprar absorventes ficava constrangida escondendo entre as compras para que não percebessem e concluíssem que ela estava menstruada ou iria menstruar.

Teve uma descoberta cedo que o corpo dava prazer. Por volta dos 6 anos de idade percebeu que tinha algo no meio das suas pernas que quando entrava em contato com alguma coisa era legal e que quando apertava, fosse sentada ou fosse deitada ou quando mexia, era mais interessante ainda. Sua mãe começou a ver e a repreender para que não fizesse aquilo. Ela não deixou de fazer, mas fazia escondida. Costumava usar bichos de pelúcia e as vezes nada, só

forçando o corpo no chão. Começou a perceber que quando insistia no contato com essa parte do corpo, alguma coisa muito boa acontecia e "chegava numa explosão maravilhosa" (sic). Entendeu que conseguia gozar quando estimulava o clitóris e a partir de 12~13 anos isso se tornou algo bem frequente.

Por volta dos 12 anos foi descobrindo sites de pornografia e passou a procurar vídeos de mulheres, que sempre encontrou com referências heterossexuais e que não davam prazer porque achava muito violento e estranho. Assistia a aqueles vídeos achando que as mulheres estavam sentindo dor. Quando achava algo lésbico, achava ser muito artificial. Parou de recorrer aos vídeos e passou a imaginar cenários. Quando entendeu que outros corpos poderiam dar prazer, sua alteranativa eram homens porque era o colocado como o caminho. Nunca chegou a transar com menino, mas os toques, o corpo junto a causava prazer e achava isso interessante.

A família de Velma nem sempre foi tranquila com relação a sua orientação sexual. Fazia terapia aos 14 anos e a psicóloga falou sobre sua sexualidade para a mãe dela. Velma não sabe o que a psicóloga falou especificamente, mas depois desse dia ela não voltou para as consultas porque sua mãe não quis. Levou anos para ir para outra terapeuta, pois tinha vínculo com a anterior e não quis ir para outra. Quando sua mãe soube de sua orientação sexual, ela chegou a bater em Velma. Foi um momento bem difícil para ela. Ela não voltou atrás também, confirmou o que foi falado.

Sua primeira paixão foi a irmã do seu ex-cunhado. Velma olhava para ela, ficava encantada e pensava “por que eu não nasci homem?” porque nessa época de sua vida, por volta dos 12 anos, ela entendia que precisava ter nascido homem para ficar com uma mulher. Aos 14, se identificava no “limbo bissexual”(sic) que descreve sendo o momento que “não gosto só de meninas, eu gosto de meninas também”(sic). Para ela, esse limbo surgiu como reflexo de entender que “só” podia ficar com meninos. Namorou com um menino na época da escola e descreve como “nos modos tradicionais do rapaz ir na sua casa aos finais de semana”(sic). Eram o casal que todos admiravam na escola. Velma acredita que seus pais achavam que estava “tudo normal” por ela ter namorado com um rapaz.

A primeira vez que viu outra lésbica pessoalmente foi ainda em sua infância quando viu a vizinha beijando a namorada e ficou deslumbrada. No começo da adolescência

começou a frequentar a Fun Fashion e lá onde viu e teve contato pela primeira vez com várias pessoas LGBTQIAPN+:

V: Pronto, e aí a primeira vez que eu vi várias pessoas homossexuais, GLS, que na época a gente chamava assim, reunidas, foi lá. Tinha mulher se beijando, homem se beijando e eu ficava ‘caramba, que incrível, que bom, esse mundo isso existe’ e aí foi quando eu comecei a perceber que tipo ‘ah ok, eu posso beijar mulheres e tudo bem’. Tudo mais ou menos bem, né? Mas não vou morrer ou é impossível de fazer isso.

Entendeu que era possível de se envolver com uma mulher quando teve a primeira namoradinha, escondida, ainda aos 14 anos. Ao beijá-la veio a sensação de "ah, agora eu entendi" (sic) e viu que se apaixonar mexia não só com seu físico, mas com seu coração e sua mente. Sua primeira transa também foi com essa namorada. Nesse período acreditava que “perder a virgindade” era romper hímen. Para ela, a primeira vez foi "uma loucura", se sentia com muito tesão acumulado e era sua primeira interação sexual com alguém. Velma sabia bem os pontos no próprio corpo onde a davam prazer, mas o contato com outro corpo nu era a primeira vez e tinha gerado muita expectativa. Ficou horas transando porque era "o acúmulo de uma adolescência inteira ali com aquele tesão acumulado" (sic). Foi uma experiência que considera muito boa.

Aos 15 anos começou a sair bastante, quebrar as regras de horário em casa, entre outros. Nesse período teve algumas namoradas, mas nunca levou nenhuma em casa. Suas primeiras vivências lésbicas de pegação costumavam ser em lugares como provadores de lojas, lugares mais escondidos, pois tinha poucos espaços para beijar. Teve um relacionamento longo antes do seu atual e ainda assim não havia levado em casa, por mais que sua mãe soubesse e conhecesse os pais da sua ex, tratava como se fosse uma grande amiga. Quando esse primeiro namoro acabou, Velma ficou muito mal e sua mãe, apesar de ter o ressentimento de sua filha ser lésbica, cuidava e a apoiava como podia. Velma reconhece que sua mãe tinha limitações na época, mas que se colocava ali com ela como podia.

Quando iniciou seu relacionamento atual, não contou para sua mãe de pronto. O tempo foi aproximando sua namorada e sua mãe e quando finalmente Velma contou, sua mãe solicitou um tempo para lidar com aquela situação. Depois de um tempo, Carla voltou a frequentar a casa e as coisas fluíram naturalmente. Velma nunca contou diretamente ao seu pai de sua orientação sexual, não sentiu a necessidade, mas as coisas seguiram bem. Durante a Pandemia do COVID-

19 ela e a esposa passaram 5 meses sem se ver devido ao trabalho de Carla, então decidiram morar juntas. Velma enfrentou algumas dificuldades ao sair de casa, pois sua mãe queria que ela saísse quando estivesse financeiramente estável. Hoje seus pais frequentam sua casa sempre quando podem e ela também os visita sempre. Sua mãe hoje torce muito pelas duas.

Costumava ir para várias especialidades médicas quando criança, mas a primeira vez que foi ao médico ginecologista tinha 19 anos, 5 anos depois de menstruar a primeira vez. Ouvia de algumas amigas que era desconfortável ir num ginecologista homem por acharem serem examinadas por ele e o profissional que acompanhava sua mãe também acompanhava sua irmã; Velma, pelo receio de expor sua sexualidade, não se sentia confortável em ir, adiou o quanto pôde.

A primeira vez que foi numa consulta ginecológica, foi num hospital público do Recife e Velma teve uma ótima impressão da profissional, que não presumiu qual seria sua orientação sexual, perguntou-lhe sobre. A médica fez uma série de perguntas sobre saúde sexual e foi nessa consulta que Velma ouviu pela primeira vez sobre a importância de mulheres lésbicas também se protegerem durante o sexo. A médica foi muito atenciosa e ética com ela e mudou a visão que ela tinha que seria algo bastante desconfortável, principalmente na hora de examiná-la. Após essa consulta, voltou a ginecologista 7 anos depois. Nesse tempo ficou sem ir na gineco:

E: Por que ficasse 7 anos sem ir?

V: Por que achava que não precisava. E como eu acho que como eu namorava com uma estudante de medicina que depois virou médica e ela não virava pra mim e dizia ‘olhe, você precisa ir no gineco’, eu ficava me sentindo confortável com relação a isso.

Velma poucas vezes durante a vida precisou recorrer a algum atendimento médico de emergência. Nas trocas com Carla, que é médica, aprendeu que era desnecessário realizar exames anuais, que isso era uma das coisas que planos de saúde colocam para as pessoas usufruir dos serviços de saúde e gastar por fora. Velma também aprendeu que os exames anuais são necessários se a pessoa tiver alguma comorbidade, entre outros fatores. Por não ter queixas, não frequentava consultas ginecológicas com frequência. Não faz uso de nenhum equipamento de saúde voltado para a população LGBTQIAPN+. Em vezes raríssimas que precisou de alguma consulta sobre candidíase, por exemplo, já estava com sua esposa então ela mesma a tratou.

Velma nunca teve alguma infecção sexualmente transmissível, mas na primeira vez que teve candidíase, acreditou ser uma IST pelo grau do incômodo que sentiu. Ela já estava num envolvimento com Carla e foi bastante receosa contar para ela. Não namoravam ainda e Velma tinha outros envolvimentos além de Carla, o que a levou a reforçar a ideia de talvez estar com alguma IST e ter passado para sua, até então, ficante. Nessa época, sua esposa ainda era estudante de medicina e ao ouvir o relato de Velma, identificou a possibilidade de ser candidíase e explicou-a, o que a acalmou. Elas não usavam proteção quando transavam, nunca chegaram a usar entre si, nem Velma com qualquer outra mulher. Cuidou do quadro com as comendações que recebeu e achou o tratamento bastante incômodo pelo instrumento que precisava ser introduzido.

Houve um período que Velma teve candidíase com recorrência. Percebeu que na sua esposa existem outras coisas que facilitam o aparecimento da infecção como o consumo de muitos doces, então classifica que o que possibilita aparecer varia de pessoa para pessoa. Hoje uma das estratégias para se cuidar é tirar a roupa de banho de praia assim que chega em casa. Costumava fazer banhos de assento quando tinha infecções urinárias na sua infância, pois sua mãe a colocava para fazer. Na vida adulta não faz, recorre aos remédios que são receitados como cuidado exclusivo para a alteração do pH ou infecções que surgirem.

Velma acredita que o acesso e as informações sobre saúde sexual para as mulheres e homens não é igual, para eles é mais "naturalizado", chegam mais informações. Ela já ouviu de várias mulheres que não precisava usar proteção, como também ouviu de ginecologistas que lésbicas não precisam investigar parte da vida sexual, como se por não ter penetração com pênis, as livrassem de IST's ou outros tipos de comorbidades, doenças, etc. Dos dispositivos de proteção no sexo entre mulheres que Velma conhece, ela pontua que já ouviu a esposa falar sobre “cortar a camisinha”, ou seja, método barreira, mas ela nunca usou. Ela costuma usar preservativo nos ‘brinquedos’ sexuais como mais uma forma de proteção.

O HIV nunca foi um tema que tomou os pensamentos de Velma quando é sobre o risco entre mulheres lésbicas, afirma ter pouca informação sobre esse assunto. Acredita que nunca pensou sobre lesbianidade e propensão ao HIV porque, enquanto sociedade, isso é um assunto evitado pela forma como lidaram com o vírus logo no início dos anos 80, 90 e, para ela, atualmente por ser algo “normal” não se fala muito também – sua forma de olhar para o fenômeno ainda reverberando o pensamento do início dos anos 80 quando o foco dos

cuidados não pensavam as mulheres lésbicas.

Ela não ficaria com alguém, a princípio, se soubesse que a pessoa tem uma IST, bem como Shane. Velma também partilha o ponto de vista com a terceira entrevistada que existem diferenças no risco entre homens e mulheres a contrair infecções sexualmente transmissíveis e para elas, homens gays e héterossexuais costumam ter maior propensão às IST's devido à “exposição” maior:

V: Eu acho que talvez os homens sejam mais propensos porque se expõem mais. Acho que homens por ter essa coisa de sempre ter a vida sexual e a libido muito naturalizada, acho que eles têm mais liberdade de se envolver sexualmente com outras pessoas, talvez por se expor mais eles tenham mais risco, mas não naturalmente

Transas no período menstrual aconteceram só com sua parceira atual, o que a leva a não se preocupar com cuidados além da cama e uma ducha rápida antes para tirar quaisquer coisas que possam grudar na sua boca. Tem uma relação de confiança com sua esposa e se sente segura com ela, o que retoma o falado por Quadros, Adrião e Melo (2012); Andrade (2022) a respeito de confiança nas relações e segurança às ists. Acredita também que as IST's não oferecem riscos maiores:

V: (...) eu tenho uma relação de confiança muito grande com Carla. E sei que IST não é uma coisa que... quer dizer, nem tenho certeza, mas na minha cabeça não vou morrer porque eu vou pegar IST. Entendeu?

Houve um período que se relacionou sexualmente com muitas mulheres, Velma não costumava pensar em autocuidados para proteção nas transas, apenas ia com o impulso do momento. Não tinha o hábito de perguntar sobre exames ou outros cuidados que as pessoas com as quais se relacionava tinha, pois achava relevante. Atualmente busca outras formas de se cuidar no sexo e tem construído seu roteiro de autocuidado. Busca tomar banho ou uma ducha antes, considera a higiene das mãos, mantém suas unhas curtas – considera tais coisas como básicas para se cuidar. Aftas não são impeditivos para transar e não costuma observar isso. Velma se protege mais nas práticas sexuais anais, onde calcula mais a questão da higiene.

Conhecer seu corpo, quais são as demandas que emergem, onde se percebe mais sensível, provê as respostas de onde ter mais atenção. Devido a isso construiu sua rotina de

cuidados, bem como os já citados, adicionando também não permanecer muito tempo com roupas de banho de praia, observar cuidados com algumas alimentações e fazer uso de alguns remédios quando necessário.

Não costuma frequentar espaços de sociabilidade LGBTQIAPN+, ela tem “muitos problemas com a população LGBT” (sic). Velma prefere socializar com seus amigos na sua casa ou em bares mais vazios, mesmo que héteros, mas que ela consiga escutar a outra pessoa nas trocas. Não gosta de espaços de socialibilidade LGBTQIAPN+ porque:

V: (...) Eu acho meios de sociabilidade LGBT muito... com aura de todo mundo quer se comer e todo mundo fica ali com o intuito de querer transar com alguém ou se beijar e isso em si não é um problema, mas me incomoda. Muitas pessoas, tipo, se julgando muito, assim, olhando pra o que você tá vestindo... (...)eu quero ir pra um lugar que eu consiga conversar contigo. Eu estou aqui com você prestando atenção no que você tá falando, mas nesses lugares parece que as pessoas não estão ali pra conversar umas com as outras, elas estão ali pra se olhar e olhar outras pessoas e arrumar alguém pra ficar.

Apesar de hoje preferir lugares mais calmos para socializar, costumava frequentar o Santo Bar, a Mamede, terça do vinil, ensaios de blocos de carnaval em Olinda, etc. A pandemia acentuou nela o gosto por socializar em casa com seus amigos ou beber em bares mais vazios.

Quando frequentava os lugares mais públicos para socializar, seu foco não era flertar com as pessoas, mas acontecia eventualmente. Os flertes se davam mais pelo olhar, depois aproximação para conversar ou dançar. Apesar disso, a maioria das suas relações casuais foi desenvolvida na internet, costumava usar o Tinder com frequência. Nas transas casuais resultados desses flertes, tomar banho era algo voluntário, ninguém pedia, mas costumava acontecer antes. Costumava frequentar motéis para transar.

4.1.1.6 Dani

Tem 29 anos, é uma mulher cis branca, solteira, lésbica, formada em administração, trabalha como bancária e empresária, com renda de 4.000 reais e não tem religião. Dani atualmente divide apartamento com uma amiga. Saiu de casa aos 21 anos devido a desconfortos no contexto familiar e também por não se sentir à vontade em casa com relação a sua orientação

sexual. Antes de se mudar, morava com seu pai e sua madrasta e nesse período da sua vida vivendo com eles, a sua sexualidade era um tema “velado” (sic), as pessoas sabiam, mas ninguém falava sobre. Tem contato com seu pai, mas ainda hoje ninguém fala sobre o assunto.

Tinha 13 anos quando menstruou a primeira vez. Sua madrasta que explicou para ela o que era aquilo que estava acontecendo com ela, como colocar um absorvente, entre outras informações porque Dani não tinha ideia sobre isso na época. Sempre que precisava de absorventes ou remédios para cólicas, pedia à sua madrasta. Percebeu o crescimento de suas mamas e sentia dores, costumava ter cólicas nas menstruações. Dani ficou curiosa com essas coisas que aconteciam com ela e repetia o comportamento das pessoas de falar escondido ou mais baixo quando se referia ao período que estava menstruada, como algo a ser escondido e escondia, ficava com vergonha de falar que estava menstruada. Sua madrasta contou para algumas mulheres que Dani havia tido sua primeira menarca e ela lembra de ouvir alguns comentários a respeito, o que alimentava sua sensação de vergonha.

Se percebeu lésbica ainda na adolescência. Quando descia para brincar com outros adolescentes e crianças do prédio, suas amigas ficavam falando dos meninos que achavam bonitos e cada um tinha um paquerinha. Dani se sentia pressionada a escolher um cara e falava “sempre o mais bonito”, que era apaixonada por ele, mas pensava ‘eu não sou apaixonada por ele’, se sentia obrigada a responder algo. Sentiu esse mesmo formato de cobrança se intensificar na escola; para ela os meninos eram muito bestas. Nesse tempo ainda não se sentia atraída por nenhuma menina, não se enquadrava em desejar alguém. Parou de falar que sentia atração por alguém. Dani achava natural, entendia que não tinha chegado seu momento ainda de ficar afim de alguém. Em determinado momento se sentiu pressionada a ficar com um rapaz para se encaixar no grupo que estava, foi seu primeiro beijo e achou horrível, pois não era algo que queria fazer.

Começou a perceber as meninas na sua escola, as “padrão sapatão” que classifica como as que tinham “o cabelinho raspado, às vezes uma mechinha descolorida” e que as pessoas comentavam ‘aquela menina é sapatão’. Por volta dos 17 anos começou a se questionar “será que sou sapatão? Deve ser interessante, né?”. Não tinha certeza, queria conversar com as pessoas para saber, ficava imaginando como seria beijar uma menina e foi entendendo que queria realmente fazer aquilo. Se sentia empolgada com a possibilidade. A vontade cresceu, mas ela não buscou agir sobre isso. Na faculdade foi quando teve a certeza que queria, se apaixonou pela sua ex-

namorada. Comparou o ‘check list’ com o comportamento das amigas que eram apaixonadas e namoravam com homens e confirmou que estava apaixonada por uma mulher. Foi a primeira vez que beijou uma mulher e a partir daí as coisas fizeram sentido. Ficava receosa das pessoas olharem e especularem, se classifica como alguém que costumava ser ‘discreta’.

Até seus 20 anos ia ao médico apenas quando doente, não tinha uma rotina de cuidados e acompanhamentos, a não ser quando adoecia. Decidiu ir ao ginecologista a primeira vez por ter iniciado sua vida sexual e sentir que precisava ir, já que nunca tinha ido. Sua primeira consulta com a profissional foi "horrível" (sic). Não procurou uma médica que atendesse mulheres lésbicas, não tinha conhecimento sobre isso, apenas marcou e foi para a primeira pessoa que sua madrasta indicou. O consultório da médica era cheio de fotos de Jesus e Maria e Dani não se sentiu à vontade para falar sobre sua vida sexual. Falou que era virgem, que era sua primeira consulta e permaneceu dizendo que era virgem durante os anos que foi acompanhada por essa médica. Tinha medo de falar que tinha relações com outra mulher.

Durante o tempo que frequentou esse espaço, sempre achou ruim. Ia por obrigação e nunca conseguia falar sobre sua sexualidade "era automático eu travar" (sic). Sempre tentava falar sobre, mas o ambiente influenciava em se sentir inibida, também acreditava que por ser uma senhora mais velha, talvez tivesse a mente fechada e tinha medo de alguma represália. Decidiu não voltar mais lá e pedir indicação de outra profissional, o que a levou a adiar por 3 anos ir num ginecologista.

Não conseguia achar algum lugar ou profissional que a levasse a se sentir confortável. Novamente insistiu para si mesma a necessidade de ir fazer exames. Mudou de relacionamento nesse período e queria ver se estava tudo bem consigo. Pediu indicação de pessoas no seu trabalho por partilharem o mesmo plano de saúde. No novo profissional falou sobre sua orientação sexual e ainda se sentiu travada, pois não houve perguntas a respeito, aconselhamentos, instruções após ter comunicado. Realizou os exames solicitados e manteve-se indo a esse profissional por ser algo prático e objetivo: busca os exames, faz, não esconde sua orientação sexual e termina aí. Não se sentiu acolhida em nenhuma das consultas, não tem vínculo ou orientações nessa relação médico-paciente.

No tempo que se dizia virgem para a médica, nunca realizou os exames preventivos como

Papa Nicolau, realizava exames de cultura que examinavam a parte externa da vulva. Até o dia da entrevista Dani ainda não tinha conhecimentos maiores sobre exames. Ainda tinha dúvida se a profissional só passava o exame externo porque ela tinha dito que era virgem e afirmando com certo receio a importância de fazer. No acompanhamento atual que faz, realiza todos os exames, incluindo ultrassons de mama, entre outros. Busca esse profissional porque ele passa os exames, mas não se sente acolhida. Realiza todos os exames, mas com a impressão de que alguns procedimentos são invasivos e causam dor.

Por sempre ter tido plano de saúde ao longo da vida, nunca recorreu ao sistema de saúde público para buscar acompanhamentos médicos. Busca especialistas através de indicação dos seus amigos, costumam serem sempre consultas de rotina, nunca teve alguma urgência ginecológica. Dani não tem o costume de pensar em acompanhamentos médicos como prevenção; ela e sua família nunca cultivaram o hábito da prevenção de saúde, sendo ela a pioneira na busca por algumas especialidades. Devido a isso, os cuidados que conhece para si são os alopáticos, desconhecendo outras possibilidades como de cuidados naturais (por exemplo, banhos de assento). Não faz uso de equipamento de saúde para a população LGBTQIAPN+.

A primeira vez que se relacionou sexualmente com uma mulher, não tinha expectativas grandes sobre o momento, foi algo que não a surpreendeu. Não pensava sobre proteção nas primeiras experiências sexuais:

D: não, não pensava, não tinha muito isso. Como eu te falei, eu pro médico quando eu ficava doente. Depois de mais velha foi que eu tive essa consciência minha mesmo de me cuidar, acho que até na minha casa mesmo não tem muito essa cultura assim de ‘ah, vamos no dermatologista’ ou sei lá ‘ver se está tudo certo’ ou sei lá.

Dani nunca utilizou nenhum preservativo ou outros recursos e conhece poucas formas de se proteger. A camisinha e o DIU são citados por ela como formas de proteção às IST's. O baixo conhecimento de Dani no campo da saúde sexual assemelha-se ao distanciamento do tema da maioria das demais entrevistadas e reflete que informações sobre seus cuidados e saúde não tem chegado nessas mulheres, culminando na escassez de conhecimentos e aumentando a vulnerabilidades desse grupo.

Apesar da ausência de informações suficientes e/ou satisfatórias para seus cuidados, Dani encontra formas de se cuidar ficando atenta à higiene das mãos quando vai transar, usando

sabonetes específicos para sua higiene íntima, comparecendo as consultas e realizando exames anuais. Ela não costuma pedir as pessoas que são transas pontuais ou casuais para fazer o mesmo, nem perguntaria se a pessoa que está ficando realiza exames de saúde sexual por achar muito invasivo, constrangedor “como se estivesse desconfiando” da parceira. Se sentisse um cheiro diferente iria dar uma desculpa para parar, mas não teria coragem de falar com a pessoa sobre.

Mesmo que as interlocutoras busquem se cuidar, a “desconfiança” surge como barreira que impede a autoproteção. Conversar com as parcerias sexuais sobre os cuidados que se faz, trocas de exames, entre outros, são olhados como coisas anormais, do campo da desconfiança, do invasivo e do receio. É permitido entrar na outra pessoa, mas não é permitido perguntar sobre como está sua saúde e formas de se protegerem para o sexo. A confiança na parceira surge também como estratégia para acreditar que está tudo bem, como já vimos em Quadros, Adrião e Melo (2012); Andrade (2022).

Dani acredita que não pensa sobre cuidados na hora do sexo por uma questão de cultura e não estar acostumada a pensar nisso:

D: Eu acho que é mais questão de cultura, sabia? Porque tipo a gente não está acostumado a pensar nisso, né? Então quando é uma coisa... tem tanta coisa acontecendo que pra você se ligar e tipo higienizar ou sei lá tomar mais algum cuidado você não pensa, você pensa depois e olhe lá.

Para ela, é um tabu falar se a pessoa tem alguma IST porque acredita que a pessoa pode se sentir receosa de sofrer algum tipo de preconceito. Não costuma perguntar sobre os exames de saúde sexual das pessoas que fica, ninguém nunca a pediu seus exames também. Uma vez mostrou para a ex-namorada e incentivou-a a fazer. Não ter acesso aos resultados de exames das pessoas não é algo que a preocupa, nem é um impedimento para transar. Dani acredita não estar em risco pelo baixo número de parceiras sexuais que teve ao longo da vida.

A interlocutora não usa métodos de proteção nas transas, justifica como falta de conhecimento e por achar constrangedor convidar a usar proteção, alegando o receio de parecer desconfiança. Não pensa em tentar usar proteção, acha estranho se imaginar usando as que conhece, perderia a empolgação utilizando algum método barreira, não vê como algo natural/comum para as pessoas. Acredita que na intimidade de um relacionamento longo que exista costume de se proteger nas relações sexuais, não seria estranho, mas algo recente e sem o

habito, não vê como possível. Dani costuma ouvir podcasts sobre saúde sexual e histórias sobre o uso e o não de proteção.

Numa perspectiva individual, Dani sente que os cuidados que tem consigo e com os acompanhamentos médicos são suficientes para suas necessidades, mas num aspecto macro, ela vê como insuficiente porque grande parte das informações não chega às pessoas, colocando em risco tanto quem se cuida, quanto quem não se cuida. Ao pensar dispositivos de proteção no sexo, considera que não abarcam suas necessidades, afirma também existir a cultura de não usar, por isso não usa.

A falta de informação facilita os buracos nos cuidados na saúde sexual entre mulheres, pois se pensa muito a saúde para sexo cis hétero e não pensa esses mesmos aspectos voltados para pessoas LGBTQIAPN+, logo, falta instrução:

D: E aí não se pensa nas pessoas LGBTQIA+ e não se tem instrução suficiente pra isso, então se fosse uma coisa que você ouvisse desde sempre, eu acho, todo mundo, né? Ouvisse desde sempre, tomasse esse cuidado desde sempre, iria ser uma coisa natural tipo ‘ah, peraí vou pegar aqui a camisinha’ como é pra homem ou mulher né? E aí é isso, tem tanta coisa acontecendo que você nem lembra de qualquer outra coisa, lavar a mão.

Dani comprehende que é mais fácil para homens cis acessarem dispositivos de proteção sexual porque se pensa nisso para eles, se coloca as formas de cuidado bem disponíveis, distribuindo, entre outros. O que para ela antes era algo raro, hoje é bem comum e natural. Ela acredita que o risco de contrair IST's para homem e mulher é a mesma, apesar de mulheres serem creditadas a talvez só se infectarem com algo se houver penetração nas transas e envolver pênis.

Suas primeiras experiências em lugares de sociabilidade LGBTQIAPN+ foram boas porque “eu não precisava ir no provador beijar minha namorada” (sic) e se sentia à vontade. Eram boates ou lugares de festas, que permanecem abertos ainda hoje, anos depois das suas primeiras vivências. Recentemente voltou a frequentar espaços esses espaços e flertar, sente que está aprendendo novamente após anos sem ficar com outras pessoas porque estava namorando. Além dos lugares físicos, também usa meios digitais como aplicativos de relacionamento para conhecer outras mulheres, apesar de não gostar desse formato.

No seu primeiro namoro, as pessoas ainda não sabiam sobre sua sexualidade, então se

resguardava mais. Nos espaços LGBTQIAPN+ que frequentavam se sentia a vontade para beijar sua namorada, mas durante a semana recorria aos provadores de lojas no shopping do centro ou em algumas raras vezes, os banheiros. O provador da loja surge, novamente, como espaço de camuflagem e segurança da exposição de sua sexualidade, assim como outras entrevistadas também vivenciaram a necessidade de não se expor.

Finalizando esse capítulo, pontuo que as interlocutoras buscam cuidados voltados para higiene pessoal e complementam com acompanhamentos em consultas médicas anualmente ou quando acham necessário, como formas de proteção nas práticas sexuais. Apesar dessas práticas que tem em sua rotina, costumam negligenciar o cuidado ao deixar para outro momento a busca por mais informações a respeito, a busca por especialistas que realmente atendam as necessidades e as escutem. Existem contextos sociais que as afastam dos espaços de saúde e por muito tempo também do acesso à informação. As interlocutoras afirmam que parte da ausência de informação se deve a não buscarem. O sexo é muitas vezes visto como o foco principal no momento da ‘pegação’ levando a serem esquecidos até alguns cuidados básicos de higiene, às vezes¹⁶.

Percebo algumas questões que foram destacadas ao longo do texto no que concerne às vulnerabilidades individual e social que podem ser tratadas aqui: algumas famílias potencializam o contexto de vulnerabilidade social não acolhendo e não dialogando sobre informações necessárias. As famílias, ao mesmo tempo em que são um espaço reproduutor de lógicas estigmatizantes e por vezes limitantes, em algumas entrevistas mostrou-se um espaço de crescimento, confiança e troca sobre as vivências.

Outro ponto a ser destacado para além das pontuações já tecidas é a auto exposição às ist's tanto por não ser algo pensado frequentemente, quanto pelo receio de parecer invasiva ou desrespeitosa com a parceria sexual. Algo recorrente em todas as narrativas das interlocutoras que é colocado como algo naturalizado e justificado, ou seja, a repetição do comportamento a partir de cuidados de higiene pessoal, que são formas de se cuidar, mas que não impedem as infecções de serem transmitidas, contribuindo em ambas as vulnerabilidades individual e social pela dupla exposição.

As entrevistas se configuraram como espaços de produção de conhecimentos sobre saúde,

¹⁶ Esse assunto será melhor discutido no capítulo 2 dessa dissertação.

levando as entrevistadas a (re)pensarem suas práticas a partir das narrações de suas histórias, percebendo ganhos nos seus cuidados, fortalecimento das suas estratégias de autocuidado, como também observando quais pontos rever, fortalecer e modificar ou observar em prol de uma rotina sexual ainda mais saudável.

4.2 Vulnerabilidade Programática e Itinerários Terapêuticos

Neste segundo grande tópico da análise, vou abordar as experiências das entrevistadas onde se evidencia a vulnerabilidade programática (AYRES et.al, 2009a), impressões das mesmas e alternativas aos cenários existentes. Esse segmento atravessa as experiências das mulheres lésbicas nas suas possibilidades de acessar saúde, de receber cuidados específicos e na construção dos seus itinerários terapêuticos, que são os caminhos e estratégias que as pessoas utilizam para lidar com as situações desafiadoras no cuidado da sua saúde (JURDI et al, 2019).

De acordo Ayres et.al (2009a), a vulnerabilidade programática ou institucional parte do pressuposto que para que haja medidas efetivas de prevenção e proteção social ao HIV e outras infecções, é necessário que existam esforços institucionais, sendo também preciso analisar a influência das instituições de saúde, educação, cultura e bem-estar social como componentes que replicam e aprofundam contextos sociais de vulnerabilidade. Para que isso aconteça, são necessários diagnósticos que verifiquem vulnerabilidades para se pensar formas de intervir, considerando as pessoas e seus contextos sociais.

Assim,

Elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulos à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade (AYRES et.al, 2009, s.p).

Esses elementos compõem uma abordagem abrangente da vulnerabilidade, reconhecendo que intervenções eficazes devem ir além da conscientização individual, considerando as dinâmicas institucionais e programáticas que moldam as condições sociais e influenciam a capacidade das pessoas de se protegerem do HIV e outras infecções.

Uma vez que são necessárias formas de prevenção às IST's para redução da vulnerabilidade, a responsabilidade disso reside em grande parte no Estado. O artigo 196 da Constituição Federal versa que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". O propósito desse mandamento constitucional está na garantia do direito e do acesso à saúde, buscando a redução das vulnerabilidades. A partir disso, resgato nossas entrevistadas novamente, porém focando especificamente no que concerne a essa dimensão da vulnerabilidade.

Os Itinerários Terapêuticos (IT's) são os trajetos percorridos por uma pessoa no curso do seu tratamento e de seus cuidados em saúde, desde suas escolhas, adesão ou não aos tratamentos e as diferentes formas. Esses caminhos não são exclusivamente através da medicina tradicional, podendo ser também tratamentos alternativos ou complementares em saúde, o cuidado individual e mais de um ao mesmo tempo. A forma de conceber o cuidado é influenciada pela cultura, religião, entre outros fatores. Assim sendo, como as pessoas compreendem saúde e doença, o contexto regional, geográfico, social, econômico e as experiências pessoais no sistema de saúde e fora dele influenciarão na construção desses itinerários, que não são fixos. As redes de apoio exercem um papel importante no apoio ao 'paciente' (ALVES E SOUZA, 1999).

Os desafios enfrentados nos IT's, que são potencializados pela ausência de políticas públicas e de saúde, por limitação no acesso aos serviços de saúde, por problemas na disponibilidade e eficácia dos programas de saúde pública, por questões envolvendo preconceito e discriminação, entre outros, vão afetar o tratamento e o tipo de cuidado que as pessoas se sentem confortáveis a buscar. A falta de recursos, localização e tratamentos não adequados impactam de forma negativa em como as pessoas guiarão seus IT's, sendo que tais pontos destacam a vulnerabilidade programática que atravessa estruturalmente o sistema e os serviços de saúde (AYRES, 2009a).

A partir disso posto, desenvolverei a continuidade desse capítulo com mini biografias de cada interlocutora na relação com as vulnerabilidades programáticas e com os Itinerários Terapêuticos dos contextos narrados e discutirei sobre elas, em seguida, a partir de temas centrais que surgiram nas narrativas e na análise temática, sendo eles: acesso a planos de saúde – busca por consultas; experiências nos atendimentos de saúde, receios e reverberações; infecções sexualmente transmissíveis, conhecimentos e estratégias para proteção sexual; a nuvem da imunidade no sexo lésbico e maior vulnerabilidade às IST's. A

ordem dos temas foi escolhida nessa sequência buscando manter a linearidade dos eventos narrados pelas interlocutoras nas entrevistas.

O primeiro tópico “acesso a planos de saúde – busca por consultas” foi desenvolvido a partir das vivências das mulheres na busca por consultas médicas. Como buscavam, como se dava o acesso às consultas, se por plano de saúde ou via SUS, como se dava o desenho do caminho até procurar atendimentos. O segundo tópico “experiências nos atendimentos de saúde, receios e reverberações” foi construído a partir das experiências das interlocutoras com os profissionais que as atenderam e os serviços de saúde, desde procedimentos realizados até acolhimento pelos profissionais. Como se sentiram nas situações vividas, impressões, receios, o que percebem de positivo ou não, adaptações.

O terceiro tópico “infecções sexualmente transmissíveis, conhecimentos e estratégias para proteção sexual” versa sobre o conhecimento das interlocutoras sobre IST’s, histórico de IST’s, impressões a respeito, como buscam se cuidar nas transas para não se expor, o que não as preocupa quando o assunto são infecções sexualmente transmissíveis. O quarto tópico “a nuvem da imunidade no sexo lésbico” aborda as opiniões das entrevistadas sobre proteção, propensão, probabilidade e imunidade às IST’s e o quinto tópico “maior vulnerabilidade às IST’s” trata sobre quem está mais suscetível às IST’s e os porquês na compreensão das mulheres lésbicas entrevistadas. O sexto tópico “o terror de gestar” versa sobre as impressões, receios, comparações sobre a gravidez enquanto ameaça, comparações entre as IST’s, risco e alívio.

Começo então, com a apresentação das minibiografias das interlocutoras.

ROSA:

Rosa não possui plano de saúde privado, utiliza o SUS em todos os níveis de complexidades. Não abre aos profissionais sobre sua orientação sexual, a não ser quando perguntada – o que não costuma acontecer –, nem se sente confortável para falar sobre. Em sua adolescência, quando ainda se entendia enquanto heterossexual, frequentava os postos de saúde e não se sentia incomodada sobre debater sua sexualidade. Hoje, às vezes, diz aos profissionais ser hétero para se proteger ao realizar algum exame ginecológico. Apesar da

mudança na sua forma de se portar antes e agora, ela ainda não acredita que informar vai alterar algo na realização do seu atendimento e dos seus exames.

Rosa não utiliza proteção nas transas com outras mulheres, não sabe também como poderia se proteger e não investiga histórico de exames, saúde, etc., da pessoa até ter intimidade. Quando tem abertura, questionar se a pessoa é doadora de sangue dá segurança para ela, pois pensa que se a pessoa doa, está tudo ok. Rosa acredita que existe uma nuvem de imunidade no sexo com mulher e acredita que ter pouco conhecimento sobre o assunto a leve a pensar assim. Observa cheiros nas parceiras como forma de se proteger no sexo e foca em cuidar da sua higiene pessoal.

MARTA:

Marta não tem plano de saúde privado, realiza suas consultas na rede privada quando sente alguma alteração em si. Busca as que dão direito a retorno, porém ainda tem gastos por fora com exames, deslocamentos, entre outros. Costuma focar em ginecologia e odontologia para seus cuidados. Fala abertamente sobre sua orientação sexual com os profissionais que a atendem, não teve experiências que considera ruins, mas sente que falta algo nos cuidados que recebe. Não sabe como poderia se cuidar melhor ao pensar em seus hábitos sexuais e não visualiza proteção entre mulheres lésbicas. Apesar disso, refere medo de contrair alguma infecção e devido a isso, cuida como sabe, a partir dos remédios que a receitam e a sabedoria popular.

Já se infectou em transas e se sente receosa de demonstrar desconfiança sua ao conversar com suas parceiras sobre exames. Marta acredita estar protegida por ter ouvido falar sobre ser ‘população de baixo risco’. Possui suas estratégias para analisar as mulheres com quem transa e para se proteger, como convites a banhos, corte e limpeza das unhas, entre outros. Acredita que os exames a protegem mesmo não tendo a sensação que está em risco, é uma constatação de que nada aconteceu a ela. Acredita que homens estão mais propensos a terem IST’s.

SHANE:

Shane sempre teve plano de saúde privado e desde sua infância realiza acompanhamentos médicos. No SUS, faz acompanhamento devido a ter diabete tipo 1, o que às vezes provoca nela candidíase, infecção urinária e corrimentos que somem quando a diabetes se regula. Recorre ao

plano para a realização dos exames. No plano, não tem relação de confiança com nenhum profissional de saúde, apenas escolhe os que estão disponíveis no dia que tem disponibilidade para ser consultada. Às vezes não encontra bons profissionais e vivenciou uma situação na qual a médica não liberou um ultrassom endovaginal por não ter tido penetração peniana durante sua vida. Na família de Shane existe histórico de câncer de ovário, então ela realiza investigações anuais. A alternativa que ela encontrou foi marcar outra consulta com outro profissional e assim conseguiu seus exames. Conversa sobre sua sexualidade com os profissionais quando questionada. Não visualiza o que poderia ser melhorado na oferta de saúde específica para população lésbica.

Conhece desde sua adolescência proteções para as relações sexuais heterossexuais, porém não sabe um equivalente para as lésbicas. Não se percebe em risco, realiza os exames de IST para justificar o que sente. Seu cuidado para evitar infecções consiste em conhecer mais as pessoas que vai se relacionar, porém sem questionar seu histórico de saúde enquanto não é próxima. Também tem suas estratégias de cuidado que são voltadas à higiene pessoal. Para ela, a população HSH está mais propensa a ter infecções sexualmente transmissíveis devido ao número de parceiros.

WILLOW:

Willow tem plano de saúde privado e desde criança vai às consultas de rotina. Na adolescência, descobriu que tem SOP – Síndrome do Ovário Policístico e os tratamentos mexeram bastante com ela fisicamente e psicologicamente. Sua busca por consultas se dá através do aplicativo do plano de saúde, nos dias ofertados. Faz acompanhamento endócrino no SUS e precisa ir até o hospital agendar. Foi à primeira vez na ginecologista no começo da vida adulta. Evitou, pois tinha medo e lembranças ruins de quando acompanhava familiares. Na sua primeira consulta se sentiu à vontade, só desconfortável por ser uma profissional amiga de sua família, o que a fez ocultar sua orientação sexual por receio da informação ser repassada aos familiares. A médica quando soube, sugeriu a ela formas de contar a família.

Foi essa mesma profissional que a informou que examinaria seu colo do útero somente em caso dela ter penetração com pênis. Apesar de saber que a informação não procede, Willow não sente faltas na assistência que recebe, também não busca espaços de

saúde específicos para população LGBTQIAPN+. Ela encontrou suas próprias formas de proteção, que se voltam para o autocuidado da higiene pessoal, uma vez que acredita que os dispositivos de proteção que existem (método barreira, entre outros) não são eficazes. Para ela, muitas mulheres se infectam, mas não existem notificações a respeito.

Willow costuma buscar informações sobre IST's em lésbicas e acredita que o HIV especificamente tem maior probabilidade em casais heterossexuais e HSH. Assim como as outras entrevistadas, ela também acredita que “o estilo de vida” (rotatividade e frequência de parceiros sexuais) de homens gays os leva a ter maior risco a infecções sexualmente transmissíveis. Apesar disso, não se preocupa com o assunto no dia a dia, pois acredita que os riscos são baixos para ela. Ela foi a entrevistada que mais enumerou IST's ao lembrar, seis ao total.

VELMA:

Foi ao ginecologista aos 19 anos, acreditava que era desconfortável e adiava ir por receio de expor sua orientação sexual. Sua primeira experiência foi positiva, num hospital público da cidade. Nessa consulta, a médica falou sobre a importância de se proteger durante o sexo lésbico, o que foi importante, pois ela também já ouviu falar que por ser lésbica não precisaria realizar determinados exames. Velma saiu com uma boa impressão do atendimento. Tem plano de saúde privado por ser dependente da esposa. Passou 7 anos sem ir a uma consulta ginecológica porque sua esposa é médica, esta não a cobrava ir e ficava confortável para não ir. Quando tinha algumas ‘infecções menores’, sua esposa a receitava. Já realizou tratamento para candidíase e acha muito incômodo. Nas trocas com sua esposa, aprendeu sobre frequência de idas ao médico, exames.

Velma tem poucas informações sobre IST's. Para ela, o acesso à informação para o autocuidado na saúde sexual é desigual para homens e mulheres, sendo eles privilegiados. Nunca pensou sobre o HIV como um risco para si e acredita que esse é mais um assunto não tratado pela própria história de como lidaram com a epidemia no seu início. Ouviu de outras mulheres que não precisava de proteção sexual, por ser baixo risco. Conhece o método barreira, mesmo nunca tendo usado esse ou outros. Seus cuidados são focados na higiene pessoal. Acredita que os homens cis tem maior propensão a contrair IST's devido ao fluxo de parcerias sexuais.

DANI:

Dani tem plano de saúde privado. Durante toda a vida só buscou consultas médicas quando adoeceu. Suas primeiras experiências em consultas ginecológicas foram muito ruins, não se sentia à vontade para falar sobre sua orientação sexual devido às imagens religiosas penduradas nas paredes do consultório e dizia que era virgem para essa médica. Levou 3 anos até encontrar um outro profissional que quisesse tentar ir e nesse falou sobre sua sexualidade, mas não houve direcionamentos, instruções sobre sua saúde sexual, o que contribuiu para uma relação objetiva de exames-resultados. Nunca construiu vínculo com os profissionais.

Dani não tem tantas informações sobre os exames que realiza, realiza-os porque são indicados, a primeira profissional que a acompanhou nunca a explicou sobre o porquê do exame de Papa Nicolau e sua forma de coleta. Hoje realiza mais testes, mas sente desconforto e acha alguns invasivos. Sua busca por profissionais se dá através de indicações de amigos. Buscar por atendimento médico para ela só em contexto do adoecimento estabelecido, o que reduz seus cuidados a remédios alopáticos. Não utiliza serviços de saúde voltados para a população LGBTQIAPN+. Construiu suas formas de se cuidar e se proteger que são mais centradas na higiene pessoal e no acompanhamento médico quando necessário.

Sugerir a outra pessoa buscar cuidar de si com relação à saúde sexual soa para Dani como algo invasivo que demonstra desconfiança, portanto não questiona nada às parceiras e isso cria espaços de exposição às IST's. Ela não pensa sobre infecções na rotina e acredita ser um ‘costume automático do dia a dia’, mas acha que as informações não chegam às mulheres, aumentando o risco. Acredita não ter risco por não se relacionar com muitas mulheres. Não conhece muitas formas de proteção no sexo lésbico. Acredita que usar método barreira (plástico filme) tira a excitação do momento e acha estranho por não ter se construído uma cultura de usar proteção no sexo entre mulheres; para ela os dispositivos foram pensados para os homens. A partir dessa ótica, Dani acredita que o acesso a formas de se cuidar também é mais fácil para os homens e que ambos tem risco de se infectar com qualquer IST.

As minibiografias tematizadas no presente capítulo, evidenciam as experiências das interlocutoras na compreensão e na vivência dos serviços de saúde. Assim como no capítulo anterior, servirão de tecido para as construções aqui realizadas. A partir dessas histórias,

podemos destacar alguns pontos centrais que relacionam-se à vulnerabilidade programática e aos itinerários terapêuticos nas experiências das mulheres desse estudo. Vejamos a seguir:

4.2.1 Acesso a planos de saúde – busca por consultas

Dentre as seis entrevistadas, Rosa e Maria são as únicas que não têm plano de saúde privado. Ambas têm as menores rendas dentre as entrevistadas e são negras. Rosa faz todo o seu acompanhamento na saúde pública, com exceção das consultas psicológicas. Desde adolescente, realiza seus acompanhamentos pelo postinho de saúde e quando precisa de outras especialidades é encaminhada pelo sistema de regulação do SUS até a vaga ser confirmada e ir às consultas. Marta também não tem plano de saúde privado, mas sua busca por consultas se dá diferente de Rosa. Ela custeia seus atendimentos na rede privada, dando prioridade aos que têm consultas de retorno e também custeia os exames. Quando se trata de testes rápidos, realiza gratuitamente numa ONG onde trabalha.

Shane e Willow têm planos de saúde privados e ambas realizam um acompanhamento vinculado ao SUS, sendo a primeira o cuidado da diabetes tipo 1 e a segunda o acompanhamento hormonal com endocrinologista. As duas realizam os exames pelo plano privado devido ao tempo de espera ser menor e quando precisam buscar outras especialidades, olham a disponibilidade que o aplicativo do plano oferece. Quando realizam testes rápidos de IST's, solicitam nas consultas regulares.

S: Eu uso bastante o SUS, mas não por questões ginecológicas, eu uso o meu plano de saúde, né?

E: Sim, qual é teu plano?

S: X. É um SUS melhoradinho, um pouquinho complicado isso aí. Mas assim, eu não tenho, por exemplo, um médico ou médica que me acompanha. Eu vejo quem tá livre e pego porque é muito difícil assim marcar não só ginecologista, mas outras especialidades também. Não são todas, mas tem umas que são complicadas. (Shane, 29 anos)

E: (...) Como é tua busca por médicos? Como os caminhos que tu faz para buscar o médico? Tu tem plano de saúde?

W: Tenho.

E: Qual o teu plano de saúde?

W: o X.

E: É, entendi. Como é tua busca por médicos? Tu usa o posto de saúde? Tu faz uso do

SUS ou tu vai direto para o plano? Como é tua busca por médico? Faz um desenho pra eu entender a tua trajetória.

W: Quando não é ginecologia ou endocrinologia, eu vou ao plano, somente vou lá e marco.

E: no aplicativo?

W: isso. (Willow, 26 anos)

Velma e Dani decidiram ir a um ginecologista um pouco mais tarde em suas vidas. Ambas têm planos de saúde privado também e tinham grandes receios de ir às consultas ginecológicas. Apesar do plano, a primeira consulta de Velma foi num hospital público por terem-na recomendado uma profissional de lá e a de Dani foi particular. Quando precisam marcar alguma especialidade médica, vêem pela disponibilidade que o plano de saúde oferta e agendam. Dificilmente buscam serviços de saúde, só em casos de adoecimento.

Os trajetos construídos pelas interlocutoras para buscar os serviços de saúde remetem ao que Fachinni e Barbosa (2006) versam, havendo o receio de chegar a esses espaços e sofrer violências, fazendo com que essas mulheres não busquem ou adiem a busca pelos espaços de saúde. Apesar da maior parte das mulheres desse estudo ter planos de saúde, podemos inferir que isso não é o suficiente para promover conforto na procura pelos atendimentos e segurança do acolhimento das suas necessidades.

4.2.2 Experiências nos atendimentos de saúde, receios e reverberações

Cada entrevistada tem uma experiência particular quando o assunto é vivências na saúde, mas existe algo que atravessa essas experiências. Rosa e Willow não costumam falar sobre sua sexualidade nas consultas médicas, a não ser quando perguntado. O intuito das duas é proteger-se, seja de algum tipo de destrato nas consultas e exames, seja pelo medo dessa informação ser repassada, expondo-a quando não se sente aberta a isso. Para elas, não faz diferença no atendimento dar essa informação.

R: Uhum, então eu não tenho plano de saúde.

E: não tem?

R: não tenho. Aí quando eu busco...

E: tem o SUS.

R: tem o SUS, verdade, e me ajudou bastante. Aí quando eu busco, eu nunca encontrei barreiras não porque na verdade... eu não... como é que se diz? Geralmente não perguntam. (tom mais baixo).

E: Nunca perguntam a tu não?

R: Nunca perguntam, não. Se perguntaram eu acho que só na prevenção e tal, mas não rolou barreira por conta disso não. Ao menos que eu tenha percebido não, sabe?

E: é... e tu não fala quando chega no médico sobre a tua sexualidade? Tu não diz a não ser que eles perguntem?

R: é, só se perguntarem é que eu falo.

E: uhum. E por que tu não fala?

R: Algumas coisas eu não gosto de me expor não, aí termina que eu fico meio travada. Porque no trabalho mesmo, indo agora pra área profissional, ser lésbica no colégio que eu trabalho, né muito fácil não.... rola uns preconceitos. Então eu costumo deixar bem no ar assim, pras pessoas, eu não falo sobre minha sexualidade, não.

E: Entendi. Aí tu acha que no serviço de saúde tu também poderia enfrentar algum assim...

R: eu acho. (Rosa, 33 anos)

Marta, Shane e Velma costumam falar sobre sua orientação sexual nas consultas. Dani, nas suas primeiras vivências, ocultava essa informação para se proteger de qualquer possível destrato, já hoje, por estar com outro profissional, abre o assunto, mas não dialogam sobre suas práticas sexuais, cuidados, dúvidas específicas, pois não se sente acolhida nos atendimentos. Com exceção de Velma que teve uma boa experiência numa consulta pelo SUS, nenhuma das entrevistadas relata que se sentiram acolhidas nas suas vivências. Existe sempre a barreira do receio, de cuidados objetivos e não específicos, distanciamento. A maioria das entrevistadas sente que faltam especificidades nos atendimentos, mas não sabem responder o que é, afirmam que existe algo que falta ser dado conta.

As barreiras vivenciadas por essas mulheres são muitas. As informações passadas pelos profissionais que não correspondem às orientações corretas adiam para muitas mulheres por anos, às vezes por toda a vida, a investigação e o cuidado de forma correta da sua saúde, por exemplo, não realizando prevenção por acreditar que não é necessário. Willow é atendida por uma profissional que a ensinou que ela não precisaria fazer esse exame. Por maior que seja o alívio momentâneo de não sentir o desconforto que algumas mulheres sentem, ela diz que precisará fazer algum dia. Shane foi impedida de fazer uma USG endovaginal por uma médica e mesmo com seu histórico familiar de câncer de ovário não foi passado o exame em prol de prezar por uma inexistente virgindade dela por nunca ter tido relações sexuais com pênis.

Apesar da ideia que reverbera predominantemente sobre penetração e virgindade, percebo

também no meio lésbico a concepção da ideia de virgindade sendo modificada através de debates, conversas, piadas sobre o que é o sexo lésbico, mas a ideia de algo fálico que invade um corpo ainda permanece e fortemente nas práticas médicas, como atestado de rompimento de “uma pureza” para legitimar “uma passagem para outro momento da vida” e permitir assim o acesso a, por exemplo, determinados procedimentos no campo da saúde.

S: (...)Teve uma vez que eu, no X, foi uma senhorinha que me atendeu, ela não queria liberar o exame da endovaginal porque eu não, até então, não tinha transado com homem. Aí eu ‘não, mas eu preciso fazer porque na minha família tem casos de câncer de ovário’ né? Minha tia teve, minha vó teve, então por isso que eu faço alguns exames né? Todo ano só pra ver se tá tudo ok, tudo certo. Aí eu expliquei pra ela. E ela, eu notei que ela foi extremamente homofóbica, ela não queria. Eu ‘tá bom, foda-se, vou marcar outro profissional’. Marquei com um senhor e ele foi super de boa. Ele foi lá passou mais exames ainda do que eu queria, passou um check-up completo e eu acabei fazendo, né? Tem muito disso dos profissionais que são...

E: mas tu fosse em algum momento destratada ou não tratada tão legal por algum profissional?

S: É, só assim né? O profissional que não queria liberar o exame só porque eu não transava com homem, mas ‘moça, isso não tem nada a ver com nada’, sabe? Né? Teve esse caso foi um caso muito específico que realmente acabou me marcando. Toda vez que eu vejo, eu não lembro o nome dela, mas se eu ver lá na lista eu ‘olha, é essa quenga aqui. Essa nojenta homofóbica’. (Shane, 29 anos).

Facchini e Barbosa (2006) ao discutirem sobre o acesso aos serviços de saúde, afirmam que mais da metade dessas mulheres opta por não discutir abertamente sobre sua orientação sexual nos serviços de saúde e as que falaram vivenciaram discriminações dos profissionais, que aceleraram seus atendimentos e deixaram de solicitar exames importantes. Essas práticas podem resultar em cuidados de saúde inadequados, uma vez que a discriminação pode levar à falta de atenção às necessidades específicas das mulheres lésbicas, bem como à subestimação de questões de saúde relevantes para esse grupo.

A formação dos profissionais de saúde geram barreiras no atendimento a essa minoria. O investimento na capacitação dos profissionais vem acontecendo mais recentemente após o lançamento da política de saúde integral LGBT+ e outras políticas públicas visando responder às demandas desse público. Apesar disso, ainda vemos com bastante frequência, na saúde pública ou privada, atendimentos sendo guiados a partir de estereótipos e preconceitos, ineficácia, minimização das experiências, que levam essas mulheres a se afastarem de buscar cuidados, o que gera uma diminuição de atendimentos,

logo, cortes visando redução de custos em programas que deveriam permanecer e com isso aumentando a vulnerabilidade e a invisibilidade dessas mulheres, que já são situadas à margem no campo da saúde.

O dossiê das mulheres lésbicas (FACCHINI & BARBOSA, 2006) já discutia que as mulheres podem ser particularmente afetadas. O receio de enfrentar preconceitos e a preocupação com a falta de preparo dos profissionais de saúde podem levar as mulheres a se afastarem dos serviços de saúde ou a resistirem em relatar questões relacionadas à sexualidade. Isso resulta em uma prestação de cuidados de saúde inadequada e na falta de atendimento às necessidades específicas dessas mulheres.

As autoras ainda argumentam que a implementação de políticas adequadas e a sensibilização dos profissionais de saúde são cruciais para superar esses desafios. É necessário promover a inclusão, a diversidade e a formação contínua dos profissionais para garantir que eles estejam capacitados a lidar com uma variedade de situações e a fornecer cuidados sensíveis às necessidades individuais. Além disso, a coleta de dados desagregados e a pesquisa específica sobre as necessidades de diferentes grupos populacionais são fundamentais para informar políticas de saúde mais inclusivas e eficazes.

4.2.3 Infecções sexualmente transmissíveis, conhecimentos e estratégias para proteção sexual

Nos resumos percebemos que quase todas as entrevistadas possuem poucas informações sobre IST's e dificuldade de lembrar as que conheciam. As infecções mais lembradas foram a sífilis e o HIV. A ausência de informações específicas voltadas para o público lésbico é um ponto ressaltado em todas as falas das interlocutoras. Outro destaque é a necessidade de saber mais e a consequência desse diálogo não chegar até elas, bem como a forma que essa escassez de informações para mulheres lésbicas está naturalizada culturalmente. A falta de informação contribui para a vulnerabilidade dessas mulheres. Traçando um comparativo, Lima e Saldanha (2020) realizaram um estudo que analisou a vulnerabilidade de lésbicas na saúde sexual e práticas preventivas e responsabilizam o órgão responsável pela saúde no Estado brasileiro pela ausência de informações a respeito da promoção da saúde dessas mulheres, fator que potencializa a vulnerabilidade programática.

Todas as mulheres entrevistadas tem ensino superior ou estão cursando e como já citado no capítulo anterior, o estudo de Spindola et al (2021) investigou a vulnerabilidade de jovens universitários às IST's e com resultados semelhantes em alguns pontos com a presente pesquisa, as participantes nessa dissertação possuem conhecimentos sobre o processo de exposição às infecções, porém se mostram insuficientes para diminuição do grau de vulnerabilidade. Uma possibilidade a ser pensada é que um público alvo (lésbicas jovens/início da vida adulta) não está sendo alcançado ou o alcance está bem precário.

Ainda que o HIV seja a infecção mais lembrada pela maioria das entrevistadas, existe uma sensação de segurança, de “baixo risco” creditado a elas como um grande discurso que permeia e orienta as práticas médicas e vai reverberando em outras esferas. Isso contribui com a maior exposição às infecções por uma sensação de que não há risco. O “medo” de se infectar com alguma IST não é um impedimento para as entrevistadas terem práticas sexuais que as exponham a riscos.

V: (...) A gente não usava nenhuma proteção, assim, quando a gente transava. Nunca usamos. Nunca usei com nenhuma mulher também, já vou logo adiantando.

(...)

E: (...) Nesse tempo tu se preocupava, tipo por exemplo, quando tu ia transar com alguém em alguma coisa, algum rolê tu ‘eita, será que eu devo lavar a mão assim’ em alguma coisa, não?

V: não

E: tu só ia?

V: Só ia. (Velma, 26 anos)

E: (...) tu já transasse com algum menino usando alguma medida de proteção?

(...)

M: Não, não. Nunca transei com nada de proteção mesmo.

(...)

E: (...) entendi, mas tu tem curiosidade de usar ou desejo de usar algum dispositivo de proteção em algum momento?

M: sinceramente não (risos). Isso que é uma merda. Eu acho que pelo menos eu tinha que me proteger de alguma forma, sabe? Que são medidas também de proteção de higiene, mas não é tudo também.

E: tu sente também quando tem esses exames feitos, tu se sente mais protegida porque tu sabe que tá tudo ok?

M: é. Mas não é nem tão protegida, é só que confirmei que não aconteceu. (Marta, 29 anos).

Nos discursos das entrevistadas, o uso de preservativos se mostra presente se ela já

teve sexo com homens cis, mas nas transas com outras mulheres não foram utilizados preservativos ou outros métodos de proteção. As entrevistadas mostraram-se insatisfeitas com as proteções ofertadas (métodos barreira). Algumas das mulheres entrevistadas (Dani, Marta) afirmam que isso não é algo que se lembre na hora das transas e, de fato, pensar como se proteger quando nunca existiu uma grande campanha a nível federal ou educação em saúde a respeito ou um dispositivo que realmente seja eficaz e prático como a camisinha peniana é difícil porque, assim como falaram as entrevistadas, especificamente Dani “Eu acho que é mais questão de cultura, sabia? Porque tipo a gente não está acostumado a pensar nisso, né? (...). (...) Não é natural, não é comum para as pessoas(...) por não haver costume”. Complementando a fala da entrevistada, não é costumeiro buscar o que não existe. Com isso, precisamos construir formas eficazes de proteção, naturalizá-las, torná-las comuns e acessível para o sexo entre mulheres.

Para ir de encontro à ausência de informações, proteção e cuidados específicos na assistência à saúde sexual das mulheres que fazem sexo com mulheres, estratégias de autocuidado são criadas pelas entrevistadas, que constroem uma rotina de cuidados de saúde a partir das suas atividades diárias e do que sentem que falta. Consultas ginecológicas e higiene pessoal são os pontos mais citados entre as entrevistadas. As testagens para IST's são presentes nas narrativas também, dentro das consultas médicas. Outros cuidados como banhos de assento, chás, apareceram na rotina de Marta como alternativas de aumentar a imunidade. De todas as entrevistadas, Marta é a única que paga as consultas diretamente, o que talvez a leve a buscar mais formas de se cuidar para também diminuir custos.

E: Mas e por que tu fez banho de assento?

M: por causa da candidíase.

E: Ah, pode prender. Tu cuidava assim da candidíase. Mas tu tomou algum remédio pra candidíase, alguma coisa?

M: Passou uma pomada, não lembro qual o nome, cetoconazol... não lembro.

E: que o médico passou na época. Pomada, banho de assento?

M: banho de assento foi por conhecimento mesmo de outras pessoas, meio assim e pah, que foi o que segurou porque eu e minha ex a gente pegou candidíase. Aí falei ‘mano’. Não lembrava de ter tido né? Depois eu lembrei que eu tinha tipo, absorvente me dava coceira... e uma coceira que machucava, entendeu? Não tipo dentro, mas por fora, nas virilhas. E aí eu comecei a me ligar porque eu usava pomada pra tratar. Lembrei. Minha mãe usava uma pomada. E aí tipo quando ela, lembro dela olhar uma vez e tipo falava ‘não, essa pomada e pah’, aí passava. Aí voltou com a minha ex

também deu certo e pomadinha, depois ficou suave (...).

(...)

E: (...)Tu tem algum ritual, alguma medida natural que tu faz, alguma coisa pra evitar IST?

M: eu tomo açafrão na água de manhã que é bom pra imunidade, dizem que é bom pra... pra boceta. Eu faço banho de assento com camomila E às vezes as outras ervas que vão me indicando, eu vou... e... quando eu estou com cólica eu tomo orégano. Chá de orégano. Resolve tanto a minha cólica, quanto o meu estresse.

E: que massa. Qual é a frequência que tu faz isso de tomar água, de fazer banho de assento? Esses cuidados.

M: praticamente todo mês.

E: Uma vez por mês?

M: É.

E: Durante a menstruação que tu fica tomando o chá e que tu faz um banho de assento?

M: banho de assento eu faço mais quando está mais pra finalizar a menstruação porque a boceta tá tipo, sabe cansada daquele fluxo ali tipo, água que só o caralho, pegar estranho, sabe? (Marta, 29 anos)

Outras estratégias, como percepção de cheiros nas parceiras, convites à higiene pré-sexo, sondagem de histórico de doação de sangue, também foram citados como formas que se protegem nas relações sexuais. Cutículas e escovação de dentes eram tópicos que afirmaram não pensar. Conhecer a sorologia da parceira é colocada como uma forma de se proteger, porém em casos de uma relação estável e monogâmica. Nas relações pontuais isso não é questionado, pois soa como falta de confiança, algo que é relatado por todas as mulheres.

A falta de orientações no sistema de saúde que dê conta de particularidades leva as mulheres a construírem seus roteiros e esquemas de saúde, o que é positivo ao pensar autonomia em criar saúde, mas negativo pelo lado de que muito dessa iniciativa surge pela insuficiência de recursos ou estratégias de cuidado ofertadas pelo sistema. É importante o caminho das mulheres no reconhecimento do seu sistema, das suas práticas性uais para construir os cuidados que fazem mais sentido e mais se encaixam para si, porém isso enquanto escolha, não enquanto a única alternativa.

A responsabilidade do Estado reside em promover políticas públicas e de saúde que alcancem os públicos que estão à margem na sociedade e nos cuidados em saúde propostos pelo sistema. Criar estratégias para que essas informações cheguem até essas mulheres,

construir uma saúde mais inclusiva e colocá-las no protagonismo do que as concerne é uma possibilidade para diminuir as desigualdades no acesso à saúde desse grupo. É crucial abordar e corrigir essas lacunas na saúde pública, garantindo que todas as comunidades sejam atendidas de maneira adequada e justa. A marginalização e a falta de políticas públicas podem contribuir para a perpetuação de problemas de saúde, incluindo a disseminação de infecções sexualmente transmissíveis.

4.2.4 A nuvem da imunidade no sexo lésbico

Em toda a narrativa de cada entrevistada, surgia uma ideia, uma expressão, uma convicção nomeada de “baixo risco”, mas ainda assim uma desconfiança da própria confiança nessa ideia, a insegurança de estar vulnerável ou não. Podemos observar ao longo do texto que a ideia de proteção nas práticas sexuais aparece mais fácil quando se pensa num sexo com pênis. Das entrevistadas que já tiveram sexo heterossexual com homens cis, o preservativo era algo presente, mas ao pensar no sexo lésbico isso some, como reflete Rosa: “homem eu não confiava, mulher eu vou confiando. Por que, né mesmo? Se elas também dão igual”. A ideia da confiança nas parceiras que não é explicada, apenas vivida.

Quando o uso é de dildos, próteses penianas, algo a ser penetrado, Rosa e Velma afirmam utilizar preservativo, uma vez que vão alternar o uso com a parceira. Parece que a ideia de algo que penetra é compreendido como vetor de possíveis doenças e infecções, mas fluidos corporais não tem o mesmo destaque. Rosa afirma isso:

E: É, tu usa alguma medida pra proteção assim quando tu vai fazer sexo vaginal ou fricção, tesoura/tribadismo, enfim.

R: só se for... pronto, se for usar a prótese peniana aí eu ainda uso.

E: tu usa camisinha?

R: uso porque sei lá né? Quando não é minha, sei lá, onde botaram aquilo então vamos... Apesar que é meio é meio hipócrita, né? Porque se você está lá tesourinha, não usa nada aí o peniano você bota, aí não faz sentido. Mas eu uso mesmo assim. (Rosa, 33 anos)

A isenção de riscos sem saber nomear de Rosa, a sensação de baixo risco e desproteção de Marta, a percepção de não estar em risco porque seleciona as parceiras e os exames surgem que como uma “comprovação” disso para Shane, a convicção do baixo risco para lésbicas mesmo não achando eficazes os dispositivos de proteção que existem de

Willow, a baixa de informações sobre ISTs e a confiança no que contaram para Velma sobre ser baixo risco e a percepção de estar em baixo risco por ter um menor número de parceiras sexuais de Dani são alimentadas por um discurso maior construído ao longo dos anos que invisibiliza e diminui as práticas性uais dessas mulheres.

M:(...) E os testes de HIV, HPV, tô fazendo agora mais pela escola, nunca tinha feito, confesso.

E: Tu nunca tinha feito, a vida toda?

M: Nunca tinha feito, não tinha acesso na real, assim. Só sabia aí ficava ‘porra, tenho que fazer’. Aí uma vez eu fui perguntar, se foi falando ‘fica tranquila que você é baixo o risco’.

E: quem disse isso?

M: não lembro... Conversas assim tipo, mas faz tempo ta ligado.

E: as pessoas pensavam que eram baixo risco por ser lésbica, por só se relacionar com mulheres?

M: é. Eu acho que eu vivi isso de novo com uma amiga, depois também que ela falou comigo. Não dessa forma, né Dessa forma de risco provavelmente ser mais baixo.

(...)

E: tu sente também quando tem esses exames feitos, tu se sente mais protegida porque tu sabe que tá tudo ok?

M: é. Mas não é nem tão protegida, é só confirmei que não aconteceu. (Marta, 29 anos).

Na década de 1980, o HIV/AIDS emergiu como uma questão de saúde pública que provocou debates nas diversas esferas sociais sobre os direitos sexuais. Pensado inicialmente como transmitido pela via sexual, houve grande esforço das esferas governantes para o incentivo às práticas sexuais seguras, campanhas de saúde, educação em saúde reforçando a importância do uso de preservativos que protegeria do HIV e de muitas infecções (AYRES et al., 2009; BRASIL, 2013; RIOS, 2018). Todavia, as estratégias para proteção da população voltavam-se para os HSH, prostitutas e travestis, sendo outros grupos deixados de lado por ‘não terem risco’, sendo um desses grupos as mulheres que se relacionavam com outras mulheres. Devido ao crescimento e foco da campanha durante anos, reverberou-se assim a ideia de que as mulheres estavam isentas da possibilidade de contrair o vírus do HIV, consequentemente o imaginário estendeu-se a outras infecções e hoje existe uma sensação de baixo risco ou isenção dessas mulheres no que concerne ao risco (RUFINO, 2014).

E: tu dissesse que nunca fizesse sexo com mulher usando nenhuma medida de proteção assim, nenhum dispositivo de proteção. Tu acha que mulheres lésbicas têm menos risco de pegar alguma coisa? Como tu pensa essa questão do risco e das

mulheres lésbicas?

V: Não, não acho que mulheres tem menos riscos, mas a gente com certeza tem menos acesso a informação. Homens, homossexuais, homens homossexuais, eles têm muito mais acesso a essas informações, né? Uma coisa muito mais naturalizada do que a gente. Pra gente, muitas mulheres disseram pra mim ‘ah, mulher não precisa usar proteção’. Ou às vezes é naturalizado na própria gineco, né? No próprio gineco. Tipo ‘ah, eu sou eu sou lésbica’. ‘Ah, tudo bem’, aí você ignora a vida sexual da pessoa porque se ela é lésbica, ela não usa penetração, ela não vai pegar nenhuma IST, mas eu não acho que mulheres tem menos chance de pegar, não.

E: E com relação ao HIV?

V: o que exatamente?

E: tu também acha que tem o mesmo risco? Como é?

V: Amanda, pra ser bem sincera contigo, é uma coisa que eu penso pouquíssimo, sabia? Nunca parei pra pensar se mulheres tinham menos risco de pegar HIV. (Velma, 26 anos).

O resultado disso reverbera até hoje com as ideias de isenção do risco que predominam socialmente. Nas narrativas e na forma de vivenciar a sexualidade no dia a dia, existe uma nuvem de imunidade que protege as mulheres do risco e essa ideia é fruto de como essas mulheres foram vistas nas epidemias de infecções sexualmente transmissíveis. Alves, Moreira e Prado (2020, p.151) dizem que “a ideia do sexo lésbico como preliminar do sexo heterossexual, o sexo de verdade, isentava-as de qualquer risco relacionado à epidemia de aids”. O não reconhecimento do sexo lésbico enquanto sexo de fato abriu espaço para a convicção na imunidade dessas práticas sexuais, uma vez que não são “de verdade”, colocando-as expostas a situações de risco ainda maiores.

4.2.5 Maior vulnerabilidade às IST's

Ao refletirem sobre exposição e vulnerabilidade às IST's, algumas das participantes (Shane, Willow, Velma, Dani) afirmaram que acreditam que os homens cis, em sua maioria gay, tem maior propensão a se infectarem. Motivos como quantidade e mudança de parceiros, sendo esses conhecidos ou desconhecidos, foi o mais ressaltado entre elas. Shane também fala sobre homens traírem com mais facilidade e a relutância em usar preservativos nessas relações. Facchini e Barbosa (2006, p.29) afirmam que as IST's muitas vezes são citadas pelas mulheres entrevistadas em seu estudo como infecções provenientes de homens, que são lidos como “promíscuos e moralmente desvalorizados”.

S: Eu penso que o risco... Assim, se você comparar, por exemplo, no caso dos gays de

uma maneira geral, eu acho que o risco deles é muito maior que o nosso, porque a vida sexual ativa deles é muito frenética. Pelo menos de todas as minhas amigas sapatão e todos os meus amigos frangos¹⁷, até os frangos mais caseiros do mundo, sabe? Eles tem uma vida sexualmente ativa muito mais badalada do que a de uma pessoa lésbica de maneira geral. Isso eu tô me embasando em mim e nas pessoas que eu conheço. Aí, por isso, eu tenho internamente essa sensação, todo mundo tem e corre esse risco. Porém, pelas minhas vivências atuais de vida, enfim, eu tenho essa sensação que tenho menos chance de contrair HIV do que sei lá, do meu amigo, sabe? Embora a gente sabe que é tudo igual, enfim, mas acabo criando isso na minha mente. (...)

E: (...) Tu acha que isso é mais para homens gays comparando com sapatão ou tu acha que homens héteros e mulheres héteros também?

S: Tem esse risco. Eu acho que o homem, tanto homossexual, heterosexual, eu acho que sempre o homem vai estar mais em risco.

E: Por que?

S: Principalmente porque o homem tende a pular a cerca muito mais do que a mulher. Embora eu conheça mulheres que tenham traído os namorados. (Shane, 29 anos).

E: Tu acha que tem alguma diferença entre mulheres e homens, assim, na chance de contrair alguma IST?

W: Sim

E: Por que tu acha que tem essa diferença?

W: Em relação ao estilo de vida, acho que homens gays, por exemplo, tem um estilo de vida sexual com maior risco em relação a mulheres que se relacionam com mulheres.

E: Por que o estilo de vida tem mais risco?

W: Eu acho que tem um menor seleção em relação aos parceiros e um menor cuidado também. Acho também que tem toda aquela questão de que homens tendem a ir menos ao médico, homens tendem a cuidar menos da saúde, principalmente da saúde do pênis, né... toda essa questão, falando de homens gays que tem pênis, né? E aí eu acho que dessa forma mesmo. (Willow, 26 anos).

Muitas possibilidades poderiam tentar explicar as impressões na leitura dessas mulheres: a história de como as epidemias sexuais são tratadas no Brasil (destacando a epidemia da Aids), para quem foram pensados os cuidados a princípio, os dispositivos de proteção sexual, entre outros. Essa percepção pode refletir também estereótipos de gênero e normas sociais que culpam os homens por comportamentos sexuais considerados

¹⁷ Termo local usado para designar homens gays, geralmente afeminados. Podemos encontrar maiores aprofundamentos sobre o termo também em Nunes de Souza Neto, Epitácio; Felipe Rios do Nascimento, Luis. **Entre boys e frangos: análise das performances de gênero dos homens que se prostituem em Recife**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

inadequados, enquanto as mulheres são frequentemente responsabilizadas por manterem a saúde sexual e reprodutiva.

Ayres (2009a) discute que o ativismo de grupos diretamente afetados pela AIDS, como comunidades gays nos Estados Unidos e em outros lugares, desempenhou um papel crucial na promoção de práticas de prevenção, incluindo o uso de preservativos, a educação sobre sexo seguro e redução de danos. O conceito de comportamento de risco foi uma evolução importante na abordagem da prevenção da AIDS, pois permitiu uma compreensão mais ampla e abrangente dos fatores que contribuem para a transmissão do vírus. Em vez de focar exclusivamente em grupos específicos, como homens que fazem sexo com homens ou usuários de drogas injetáveis, o conceito de comportamento de risco concentrou-se nos comportamentos individuais que aumentam a probabilidade de exposição ao HIV, independentemente da identidade do indivíduo (AYRES, 2009a).

Uma das principais vantagens desse conceito é sua capacidade de universalizar a preocupação com a AIDS. Ayres (2009a) ainda argumenta que ao reconhecer que qualquer pessoa pode adotar comportamentos de risco e se expor ao vírus, o conceito ajuda a combater o estigma associado a grupos específicos e promove uma abordagem mais inclusiva da prevenção. No entanto, é importante reconhecer que a ênfase no comportamento de risco pode-se levar à culpabilização individual das pessoas infectadas, como se por ter se infectado, não teve os cuidados suficientes. Essa culpabilização pode complicar os fatores estruturais e sociais que influenciam os comportamentos de risco e dificultar a implementação de estratégias eficazes de prevenção e tratamento (AYRES, 2009a).

A combinação desses elementos contribui para a percepção de que homens cis tenham maior propensão a contrair IST's. Todavia, é importante reconhecer que essa percepção não é uma generalização absoluta e ressaltar que a propensão a contrair IST's não está intrinsecamente ligada ao gênero, mas sim aos comportamentos individuais, ao acesso, cuidado de saúde e a outros fatores contextuais. Pessoas de todos os gêneros estão em risco de contrair IST's se estiverem envolvidas em comportamentos que as exponham aos riscos e não tomarem as precauções necessárias para proteger sua saúde sexual.

4.2.6 O terror de gestar

A ‘grande IST’ que causa medo nas mulheres não é IST: a gravidez. As interlocutoras que já se envolveram com homens cis antes, ao falar dos seus receios de ter alguma infecção, costumavam comparar com a gestação, colocando-as no mesmo patamar de ameaça, porém muitas vezes com uma carga de receio ainda maior. O foco do preservativo era prevenir gravidez e só em segundo lugar o HIV.

R: (...) além do risco da gravidez, que era o principal, não vou mentir, era o principal, era o medo da gravidez. Principalmente quando eram companheiros aleatórios, era o principal mais e o segundo HIV. Apesar de saber que tem as outras, mas o HIV né?

E: tu só pensava mais em um ou as outras (ist’s) também vinham na tua mente?

R: vem, vem, mais o HIV é sempre mais, mais preocupante. (Rosa, 33 anos)

Podemos encontrar num estudo desenvolvido por Quadros, Adrião e Melo (2012) sobre mulheres jovens, sexualidade e dupla proteção, que o tema prevenção e gravidez surgiam nos discursos das interlocutoras com o foco do cuidado na prevenção da gravidez, mesmo para as jovens que ainda não haviam iniciado sua vida sexual. As autoras citam outros estudos exemplificando que na estabilidade dos relacionamentos, o foco passa a ser impedir a gravidez e a proteção de IST’s entra para segundo plano. Elas ainda descrevem que as participantes percebiam o risco, mas havia a confiança de não estarem vulneráveis às infecções.

Outra interlocutora narra quando, ainda na infância, aprendeu sobre as IST’s que existiam e quais infecções ouvia mais a respeito:

E: E também das coisas que tua família conversava (...), mas também se falava sobre cuidados, sobre IST’s... essas coisas para vocês nessa época?

S: Bom, eu sabia mais de relações heterossexuais, né? Eu sabia que existia camisinha, sabia que existiam várias IST’s, mas assim, o principal era gravidez e AIDS, eram as mais faladas. As outras, tipo gonorreia, sífilis, essas outras, eu até sabia, mas eu não sabia exatamente o que era. Eu sabia que existia, porém eu nunca aprofundei muito esse conhecimento sobre. (Shane, 29 anos)

Gestar tem uma carga maior no discurso das entrevistadas e não ter essa “ameaça” atualmente torna tudo mais “leve”, como bem destaca Willow, 26 anos:

W: Não sei. Quando eu lembro, tipo, eu penso meio que comparativo a quando eu achava que eu era hétero, e tipo, quando achava que era hétero o

meu medo de me relacionar com homem era engravidar. Agora eu sei que eu não tenho, eu não tenho mais esse medo. E aí, é como se... eu já não pensasse muito antes e penso menos ainda agora, já que o fator maior de risco era a gravidez e agora não tem mais. Então, só não penso muito sobre, por mais que eu saiba que tem possibilidades, né?

E: É como se tudo fosse um pouco... o risco fosse um pouco rebaixado?

W: Isso.

E: Porque, tipo, se não tem gravidez, logo os outros são mais tranquilos, né?

W: É

Facchini e Barbosa (2006) afirmam que as representações sobre os riscos à saúde sexual e reprodutiva frequentemente retratam as relações entre mulheres como uma forma de escapar do risco de gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis. Isso coloca as mulheres num lugar de isenção às IST's, realimentando a nuvem da imunidade sexual, e consequentemente classifica os homens como relações mais propensas às ameaças.

Outros medos de gestar podem se dar através das impressões aprendidas nos exemplos familiares de como se dá a gestação. Velma, 26 anos, tem o desejo de gestar um bebê no futuro, porém afirma ter medo devido ao histórico de gestações que classifica como complicadas nas mulheres de sua família e diz ter o útero septado, o que se informou não ser um problema, porém teria que fazer um procedimento cirúrgico para retirada do septo. Ela já viu exemplos de pessoas terem gestações e partos bem diferentes na mesma família, porém ainda assim tem medo. Devido a isso, combinou com sua esposa para ela engravidar primeiro e depois seria a sua vez, como estratégia para ganhar coragem.

Por fim, podemos observar nesse capítulo que muitas são as barreiras construídas ao longo da vida dessas mulheres, direcionando-as a opiniões e pré-conceitos que constroem barreiras para o acesso à saúde, para a busca de estratégias na construção do autocuidado, para a compreensão de exposição a infecções, barreiras estas estimuladas muita vezes a partir dos vínculos afetivos mais próximos e reforçadas ao longo dos anos em vários aspectos e contextos de vida.

Apesar disso, as interlocutoras conseguem criar fissuras num processo de apagamento das identidades sexuais que afasta esse grupo da sociedade e mantém à margem da oferta e da construção de saúde pública. A autonomia dessas mulheres para perceber o que falta e agir a partir disso, buscando soluções e compartilhando-as, constrói uma linha de cuidado lésbico que

resiste aos saberes hegemônicos, demarcando existência e demonstrando formas de inclusão nas práticas de saúde para além das normatizações e que ainda são efetivas dentro dos seus contextos sociais, regionais e de vida.

Existe uma escassez de informações sobre IST's e uma frequência espaçada na busca por serviços de ginecologia, que demarca certa resistência das interlocutoras, levando-as a buscar os serviços por necessidade e poucas vezes como prevenção. A ideia de imunidade frente aos riscos prevalece no discurso de todas as entrevistadas, influenciando-as em se colocar em situações de exposição por uma “tranquilidade” que suaviza as inseguranças, ideia por vezes alimentada pelos grupos que frequentam, pela configuração dos relacionamentos estabelecidos e por alguns profissionais de saúde.

Outro ponto que se destaca são as construções dos itinerários terapêuticos no acesso que as interlocutoras tiveram aos serviços de saúde. Apesar de todas encontrarem direcionamentos vinculados a serviços de saúde quando precisavam, as opções as quais recorrer variaram a partir do que compreenderam como necessidade, como urgência, como doença, como saúde, do contexto familiar e dos apoios que tiveram nas situações vividas.

Dessa forma, os IT's das entrevistadas eram marcados por distanciamento e não vinculação com nenhum serviço de saúde ou profissional, o que influenciava também em resistir buscar essa via de cuidado. Nenhuma utilizava equipamentos de saúde voltados para a população LGBTQIAPN+ e algumas das interlocutoras também pensavam seus itinerários a partir da disponibilidade financeira que possuíam e direcionavam para o que entendiam de caráter mais urgente, muitas vezes focando em apenas duas especialidades de saúde, pois era o que podiam custear.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das narrativas sobre saúde sexual, pudemos observar os atravessamentos das vulnerabilidades individual, social e programática nos contextos de vida das interlocutoras. As vulnerabilidades atravessam a construção dos seus itinerários terapêuticos, ao passo que esses são moldados baseados nas suas convicções pessoais, compreensões do que é saúde e doença, rede de apoio, experiências no sistema de saúde, entre outros (ALVES E SOUZA, 1999). A partir da percepção das estratégias de construção de saúde e cuidado nas narrativas das mulheres entrevistadas, nota-se uma demanda por maior conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis apresentadas por elas. As interlocutoras têm conhecimentos sobre IST's, porém elas resgatam com maior facilidade as informações mais conhecidas e difundidas, o que pode refletir certa insuficiência de conhecimentos.

A insuficiência de conhecimento, portanto, sobre as IST's pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade individual dessas mulheres e pode levar à subestimação dos riscos de contrair outras IST's além do HIV, que muitas vezes recebe mais atenção na mídia e por vezes também em contextos acadêmicos. Isso pode resultar em taxas mais altas de infecções, uma vez que elas podem não tomar as precauções necessárias para se protegerem, o que alimenta a vulnerabilidade social.

As situações por vezes discriminatórias vivenciadas na infância por algumas interlocutoras com as famílias, que também nem sempre estão abertas ao diálogo sobre orientação sexual, constroem contextos de vulnerabilidade social que reverberavam nos comportamentos das interlocutoras. Um exemplo que posso trazer é o de se ausentarem de buscar serviços mais específicos por um “costume familiar” de não procurar atendimentos, como também alimentando receio de falar abertamente sobre sexualidade em contextos importantes para seu cuidado, muitas vezes mascarando sua orientação sexual em prol de se proteger de violências nos serviços de saúde.

As vulnerabilidades não existem isoladamente. Elas estão misturadas em contextos sociais, culturais, políticos e se influenciam. A dimensão da vulnerabilidade programática constrói todos os discursos que produzem as outras vulnerabilidades, e o Estado, como grande

representante das instituições sociais que mediam a vida das pessoas, potencializa essa dimensão programática à medida que não elabora alternativas eficientes de enfrentamento às opressões, ao preconceito, a ausência de políticas públicas nas várias esferas de governo, entre outros, sendo estes produtos de uma construção falha da própria noção de saúde enquanto direito.

A partir da lacuna criada pelo não acesso aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, e reproduzida até se tornar o padrão, a norma, nas entrevistas percebi a ausência de pensar os tópicos levantados (gravidez, saúde, proteção nas atividades性uais, etc) de uma forma que desse às entrevistadas segurança para viver suas experiências. Este é um ponto que dialoga com o que Corrêa e Petchesky (1996) afirmam sobre como o campo dos direitos sexuais é organizado pelo poder e recursos. É importante perceber as necessidades sociais para que assim haja diálogo entre a saúde sexual e outras áreas que atravessam as experiências da vida das mulheres lésbicas, com fins de minimizar as ausências geradas, e de ampliar a própria noção de saúde. Ou seja, que a saúde seja pensada integralmente, como preconizava o Programa de atenção integral à saúde das mulheres (PAISM), um dos precursores para a construção do SUS.

A estabilidade nas relações afetivo-sexuais desperta nas interlocutoras uma maior sensação de segurança sobre exposição a possíveis infecções, como também já vimos em Quadros, Adrião e Melo (2012) e em Andrade (2022). Porém nas relações pontuais em que o foco era o sexo e o prazer, as mesmas tinham consciência da exposição, mas isso não era critério para evitar se expor ou procurar formas de se proteger. Buscas de proteção nas relações sexuais não costumam ser pensadas e refletidas e as medidas que existem são classificadas como incomuns, sendo rejeitadas pelas interlocutoras. Os cuidados pessoais (higiene pessoal, sabedoria popular, etc) foram retratados como mais frequentemente utilizados na proteção.

As formas de compor seus itinerários terapêuticos e o cuidado voltam-se majoritariamente para higiene pessoal, sendo estes mais adotados pelas interlocutoras e com critério de maior confiança por elas. A importância do autocuidado para proteção ginecológica e sexual desenvolvido nas rotinas das mulheres é algo que se sobressai, pois destaca a autonomia dessas mulheres em perceber suas próprias demandas e agir sobre elas, construindo estratégias para seu bem-estar e saúde.

O cuidado complementar em saúde ginecológica é realizado por todas elas, porém, para a

maioria, surge como uma sensação de obrigação para descartar quaisquer possibilidades de infecções ou outras complicações. Não foram construídos vínculos com nenhum profissional ou serviço de saúde, logo não existe uma relação de confiança estabelecida. A sensação de acolhimento não é presente nas vivências das entrevistadas, que por vezes se sentem receosas nos atendimentos, levando-as a não informar sua orientação sexual como forma de evitar qualquer possível hostilidade ou preconceito.

Adiar a busca por profissionais ginecologistas, para a maioria das participantes da pesquisa, deu-se devido ao medo e imaginários repassados de que os atendimentos são invasivos e desconfortáveis, para além da exposição a alguém desconhecido. As interlocutoras sentem demandas não atendidas nas consultas, porém ainda não é nítido para elas o que está faltando, então suas formas de construir estratégias de autocuidado no campo da saúde sexual se tornam muito positivas, visto que se configuram enquanto um movimento para tentar suprir uma demanda por tempos não respondida pelas esferas responsáveis pela saúde e pelo direito à saúde sexual no país e no mundo.

É interessante considerar que ao mesmo tempo em que não se constroem alternativas, narrativas, recursos suficientes e eficientes para os cuidados em saúde sexual das mulheres lésbicas, os serviços de saúde não estão aptos a receber esse grupo, ao passo que realimenta violências e preconceitos vivenciados no dia a dia. Os movimentos seguem sendo de afastamento desse grupo e a inclusão anda a passos lentos na direção de uma saúde de fato universal, integral e equânime como preconiza o SUS.

A dificuldade em falar sobre saúde sexual, perguntar sobre a sorologia e histórico de exames nas parcerias sexuais se configura enquanto uma barreira, levando as mulheres a não quererem questionar, pois há um receio de que o questionamento passe a impressão de desconfiança. Em prol de evitar desrespeitos, as interlocutoras se colocam em exposições maiores tanto para si, quanto para a outra parceira, potencializando o contexto de vulnerabilidades. Nas relações fixas, no entanto, há espaço para perguntar e estimular as testagens de sorologia e outros exames porque a intimidade construída dá espaço para tal, ainda que com cautela.

As impressões construídas pelas interlocutoras a partir da exposição dos homens às IST's e dos cuidados em saúde colocam os homens cis num local de promiscuidade como um uníssono,

o que consequentemente coloca as mulheres como uma posição oposta, ou seja, do cuidado da saúde e de uma vida sexual menos exposta. Isso, talvez num intuito de proteger e colocar as mulheres num melhor lugar “moral” da situação, acaba isolando-as e reforçando uma cobrança social sobre conduta sexual das mulheres. É sabido que a socialização dos homens é construída dando mais espaço para exploração de sua liberdade sexual sem grandes depreciações ou julgamentos em comparação com as mulheres, porém ainda assim delegar culpa na constituição de identidades de gênero, parece errôneo e injusto. Essa prática reflete estruturas sociais patriarcais que perpetuam desigualdades de gênero.

As percepções em relação à gestação e ao HIV expressas pelas entrevistadas refletem um medo construído socialmente através dos discursos disseminados nas mídias do que “não pode ser resolvido”, esbarrando assim em entraves na saúde sexual e reprodutiva que poderiam garantir qualidade de saúde, vida e segurança nos processos de gestar e no olhar direcionado à imagem do HIV na sociedade. Ao mesmo tempo, reafirmam o local das relações entre mulheres como isento de infecções, logo, um espaço seguro para não se proteger.

É fundamental promover educação e conscientização abrangentes sobre todas as IST’s, não apenas o HIV, com intuito de reduzir a vulnerabilidade individual, social e programática. Para isso, é importante que os órgãos responsáveis pela saúde nas três esferas de governo, em diálogo com as áreas do campo dos direitos sexuais, executem programas de formação em gênero, sexualidades e educação sexual para as instituições e serviços de saúde, com intuito de repensar o próprio modelo de saúde e formas generalistas de cuidado. Esses programas devem ser contínuos e atualizados e são essenciais para promover uma compreensão abrangente e inclusiva das questões relacionadas à saúde sexual. A inclusão de perspectivas diversas nas políticas e programas de saúde são passos importantes para superar os desafios históricos e melhorar o acesso à saúde.

Também se fazem importantes campanhas de conscientização, acesso facilitado a informações precisas sobre saúde sexual e reprodutiva e incentivo à busca regular de serviços de saúde para testagem e tratamento de IST’s direcionados ao público lésbico. Ao ampliar o conhecimento e a conscientização, é possível ajudar as mulheres a tomar decisões mais informadas sobre sua saúde sexual e a adotar medidas de proteção mais seguras. Isso requer uma mudança cultural mais ampla e esforços contínuos para educar e sensibilizar as

pessoas sobre as questões de gênero, sexualidade e saúde.

A sexualidade lésbica é marcada por um local de dissidência, bem como a saúde voltada para a população lésbica. A dissidência existe porque a norma está posta e bem solidificada. Enquanto as compreensões sobre as sexualidades forem classificando “o outro”, a norma será sempre a medida para tudo ser feito; as dissidências permanecerão num lugar estático e a saúde sempre vai continuar sendo pensada para o “diferente”. É necessário pensarmos a saúde como uma construção dissidente para que a partir disso consigamos avançar de fato nesse campo.

A experiência enquanto mulher lésbica entrevistando sobre saúde sexual levou as entrevistadas a me colocarem em cheque em alguns momentos, pré-julgando se, por eu estar perguntando sobre tais hábitos, cuidados e histórias, teria um comportamento “exemplar” com relação a tudo o que perguntava. Criou-se o imaginário de que a entrevistadora é “O” modelo da saúde, já que questiona. Obviamente as perguntas não eram respondidas durante a entrevista para não afetar as narrativas, mas ao final algumas dúvidas foram sanadas. Trocas foram produzidas e potencializadas.

Ao mesmo tempo em que a entrevista convidava as mulheres a dar voz às suas histórias a partir de suas narrativas, elas eram afetadas por se ouvirem e questionarem seus próprios hábitos à medida que falavam. Algumas interlocutoras afirmavam que possivelmente, após a entrevista, seus hábitos nos cuidados em saúde sexual seriam modificados ou repensados. A entrevista se configurou enquanto um espaço potente para produção de conhecimentos destas mulheres consigo, como também comigo, enquanto entrevistadora, ouvinte das histórias narradas, que pude me colocar no lugar delas e sentir como as experiências revelavam suas compreensões dos temas abordados.

De certo que as experiências vividas e narradas não se esgotam aqui, muito menos o tema e as pontuações levantadas por essa dissertação. Por isso, incentivo o desenvolvimento de mais trabalhos no tocante à saúde sexual de mulheres lésbicas, com o objetivo de preencher as lacunas no conhecimento e na compreensão das questões aqui supracitadas. Ainda é uma área em expansão, fazendo-se assim necessários mais estudos para compensar o descaso com a saúde e a existência dessas mulheres.

Nesse sentido, a importância de um olhar decolonial (LUGONES, 2020) para essas experiências, trata tanto de uma desobediência epistêmica, no sentido de trazer formas posicionadas e situadas de ciência; quanto do reconhecimento das mulheres lésbicas em suas diferenças de raça, classe, territórios, etc; construindo saúde enquanto poder e resistências lésbicas e fissurando as teorias dominantes, brancas, heterossexuais e excludentes de saúde que só dão conta de um sujeito. É protagonizar e destacar as diferenças. É uma tentativa de minimizar as desigualdades sociais, políticas e culturais para essas mulheres. É construir brasiliidades em saúde que são as formas de pensar e fazer saúde local em enfrentamento à colonialidade de gênero e mostrar que são válidas, existem e resistem ao saber colonial.

A Psicologia desempenha um papel crucial na defesa da liberdade, da dignidade, contra a perpetuação de preconceitos e discursos que patologizam as diversas expressões de sexualidades. Este lugar se torna ainda mais importante quando focamos nas narrativas das mulheres lésbicas sobre sua saúde sexual. Compreender e permitir que a voz dessas narrativas se coloque através desse estudo, não apenas reforça a posição da Psicologia como defensora dos direitos humanos, mas também contribui significativamente para a redução das hierarquias de gênero e sexualidade.

Ao analisar as narrativas das mulheres lésbicas sobre sua saúde sexual à luz da Psicologia, estamos desafiando ativamente os estereótipos e as normas sociais que muitas vezes marginalizam e discriminam essas mulheres. Esse estudo foi também uma tentativa de identificar e desconstruir as normas que perpetuam a invisibilidade e o preconceito em relação às mulheres lésbicas, promovendo assim uma maior inclusão e autonomia na construção de sua saúde. Portanto, ao desafiar as narrativas dominantes e ouvir a voz das experiências das mulheres lésbicas, estamos trabalhando para construir uma sociedade mais justa, inclusiva e equânime.

Minha leitura sobre a forma de narrar os discursos é alinhada ao pós-estruturalismo, o que indica que não há uma única verdade, estas mulheres representam um olhar micro estrutural e situado do fenômeno. Nesse sentido, os pontos levantados nessa dissertação não buscam dar conta de responder a todas as demandas existentes e sim o oposto, provocar questionamentos, estranhamentos a partir das informações achadas a respeito do tema, estimular a busca por novas formas de compreender saúde, bem como o desenvolvimento de outras pesquisas dentro do campo dos direitos sexuais e dos estudos de gênero e sexualidade, com fins de multiplicar, difundir e minimizar a invisibilidade que marca as minorias.

6. REFERÊNCIAS

- ADRIÃO, K. G. **Encontros do Feminismo - Uma análise do campo feminista brasileiro a partir das esferas do movimento, do governo e da academia.** Tese (Doutorado interdisciplinar em Ciências Humanas – DICH). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- ALMEIDA, G. S. **Da Invisibilidade à vulnerabilidade: percursos do corpo lésbico na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS.** Tese (Doutorado em SAÚDE COLETIVA). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e Avaliação de tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, M. C.; Alves, P. C.; Souza, I. A. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 125-138, 1999.
- AMORIM, A. O.; GARCIA, D. A.; SOUSA, L. M. A. (Ir)rompimento do hímen: uma análise discursiva dos sentidos de virgindade feminina. **Revista do GELNE**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 177–191, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/gelne/article/view/27449>. Acesso em: 3 jan. 2024.
- ANDRADE, C. A. A. **Representações Sociais da vulnerabilidade ao HIV em Mulheres que fazem sexo com mulheres.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco, Recife, 2022.
- AQUINO, E. M. L; BARBOSA, R. M; HEILBORN, M. L; BERQUÓ, E. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl. 2, p.S198-S199, 2003.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANCA JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**[S.l: s.n.], 2009a.
- _____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 11–23, abr. 2009b.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, 3 (2). pp. 77-101. Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>. [Http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa](http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa).

BROSIN, D.; TOKARSKI, M. L. Do gênero à norma: contribuições de Judith Butler para a filosofia política feminista. **Revista Gênero**. Niterói: v.18, n.1, 2017, pp 98-118.

BUTLER, J. Problemas de Gênero – feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

CÁRDENAS, C. M. M. **Vulnerabilidad al VIH/Sida: sociabilidad y trayectorias de mujeres jóvenes con prácticas homoeróticas en Rio de Janeiro**. Dissertação (SAÚDE PÚBLICA). FUNDACAO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2009.

CAVALCANTI, C.; SANDER, V. Contágios, fronteiras e encontros: articulando analíticas da cisgeneridade por entre tramas etnográficas em investigações sobre prisão. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 55, e195507, 2019.

CHAN, S. K. et al., Likely female-to-female sexual transmission of HIV--Texas, 2012. MMWR. **Morbidity and mortality weekly report**, v. 63, n.10, p. 209-12, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24622284/>. Acesso em: 16 de março de 2022.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 6(1/2): 147-177, 1996.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: Cavenaghi, Suzana. (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, 2006, p. 25-62.

CORRÊA, S. O percurso global dos direitos sexuais: entre “margens” e “centros”. **Bagoas** 4:17-42, 2009.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: (Org.) DENZIN, Norman. K.; LINCOLN, Yvonna S. **O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-42.

FACCHINI, R.; BARBOSA R M. Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade. **Rede Feminista de Saúde**. Belo Horizonte: 2006, 43p.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2008, v. 24, n. 1 [Acessado 10 Junho 2021] , pp. 17-27. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>>.

FOUCAULT, M. Arqueologia do saber: tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, -7ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GERGEN, K. J. Realidades Y Relaciones: aproximación a la construcción social. **Paidos Iberica**, 1996.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. Organização de: Flávia Rios e Márcia

Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, v. 5, n. 5, p. 41. 24, 1995.

JURDI, A. P. S.; CHIBANI MAUAD, L.; FAGUNDES CINTI, M. Itinerários terapêuticos de mães de crianças com microcefalia decorrente da síndrome do zika vírus. **Temas em Educação e Saúde**, Araraquara, v. 15, n. 2, p. 263-276, 2019. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/13078>. Acesso em: 30 maio 2022.

LIMA, M. A. S.; SALDANHA, A. A. W. (In)visibilidade Lésbica na Saúde: Análise de Fatores de Vulnerabilidade no Cuidado em Saúde Sexual de Lésbicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e202845, 2020.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 22, n. 3, 2014.

_____. “Colonialidade e gênero”. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (Org.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020. p. 56-91.

MOREIRA, D. A. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira-Thomson, 2002.

MUYLAERT, C. J. et al. Entrevistas Narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, p. 193-199, 2014.

PAIVA, V. A psicologia redescobrirá a sexualidade?. **Psicol. estud.**, Dez 2008, vol.13, no.4, p.641-651.

PARKER, R. Cultura, Economia Política e Construção Social da Sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes. (Org). **O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010, p. 89-126.

PRECIADO, B. Multidões queer: notas para uma política dos "anormais". **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 11-20, 2011.

QUADROS, M.; ADRIÃO, K. G.; MELO, M. J. Mulheres Jovens, Sexualidade e Dupla Proteção em uma Comunidade Rural de Caruaru, Pernambuco. **Estudos de Sociologia**. Recife: 2012, v. 1, p. 1.

RECIFE, Prefeitura Municipal de. Política Municipal de Saúde Integral para População LGBT. Recife: 2014.

RECIFE, Prefeitura Municipal de. Caracterização do território. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/pagina/caracterizacao-do-territorio>. Acesso em 15 abr. 2022.

RECIFE, Prefeitura Municipal de. Estrutura da vigilância sanitária. Disponível em:

<http://www2.recife.pe.gov.br/servico/estrutura-da-vigilancia-sanitaria>. Acesso em 15 abr. 2022.

RIOS, L. F. Homens jovens com práticas homossexuais e epidemia do HIV/aids: por uma reerotização da prevenção. In: Neves A, Therense M, organizadores. **Hiv/Aids, gênero e sexualidade: políticas e práticas de prevenção, testagem e aconselhamento**. Manaus: Editora UEA; 2018. p. 24-58. [Acesso em 24 jan 2024].

RODRIGUES, J. L. **Estereótipos de gênero e cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais**. Dissertação (SAÚDE PÚBLICA). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

RUFINO, A. Políticas Públicas para a Saúde de Lésbicas no Brasil. In: Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília, 2014, p. 15-17.

SALA, E. & LIMA, M. Aspectos teórico-metodológicos e éticos na pesquisa qualitativa em psicologia social de base construcionista. **Quaderns de Psicologia**, 2020, Vol. 22, n. 3, e 1640.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, [S. l.], v. 20, n. 2, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 25 jul. 2023.

SCOTT, J. Experiência. In: SILVA, A. L.; LAGO, M. C. S.; RAMOS, T. R. O. (Orgs.). **Falas de Gênero**. Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999. Disponível em: <https://historiacultural.mpbnet.com.br/feminismo/Joan_Scoot-Experiencia.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2022. p. 1-23.

SILVA, F. C. **Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre as possibilidades de reverter um quadro histórico de invisibilidade**. Dissertação (PSICOLOGIA SOCIAL). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo Biblioteca, 2011.

SILVA, G. F. & MACHADO JÚNIOR, S. S. O discurso em Michel Foucault. **Revista Eletrônica História Em Reflexão**, v.8, n.16, 2015. Disponível em <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/view/3821>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SILVEIRA, A. C. T.; SCHNOR, A. C.; ROCHA, K. B. Percepções de Mulheres Lésbicas e Bissexuais sobre Risco e Estratégias Preventivas às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 1687-1708, 2022. DOI: 10.12957/epp.2022.71774. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/71774>. Acesso em: 2 jan. 2024.

SOLARZ, A. **Lesbian Health Current Assessment and Directions for the Future**. Washington DC: National Academy Press, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, 30 dez. 2014.

WITTIG, M. Ninguém nasce mulher. Trad. Hurrah, um grupelho eco-anarquista e Coletivo Bonnot, Departamento de Terrorismo Performático de Gênero, 2012, p.1-20.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Identidade de Gênero:
5. Raça:
6. Estado Civil:
7. Escolaridade:
8. Renda:
9. Profissão:
10. Ocupação:
11. Religião:
12. Endereço:
13. Fone (com WhatsApp):
14. E-mail/Instagram:

APENDICE B

TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
LABORATÓRIO DE ESTUDOS EM SEXUALIDADE HUMANA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sra. para participar como voluntária da pesquisa “Narrativas sobre saúde sexual por mulheres lésbicas do Recife”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Amanda França Pereira, *Laboratório de Estudos da Sexualidade Humana, Departamento de Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Av. da Arquitetura, S/N, 7º. Andar, Cidade Universitária, Recife, PE, CEP 50740-600, Cel (81) 996989121, e-mail amanda.francap@ufpe.br*. Este Termo de Consentimento pode conter informações que a senhora não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que a senhora esteja bem esclarecida sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sra não será penalizada de forma alguma. Também garantimos que a Senhora tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Trata-se de uma pesquisa sobre a compreensão das narrativas sobre saúde sexual por mulheres lésbicas que residam no Recife realizada por meio de aplicação de entrevistas com mulheres lésbicas. As entrevistas serão fonogravadas para posterior transcrição.
- Sua contribuição se dará através de concessão de uma entrevista, em local que a Sra. acha mais conveniente. As entrevistas ocorrerão entre julho de 2022 e outubro de 2022. A participação também envolve a indicação de nome e celular de outra mulher que se identifique enquanto lésbica, maior de 18 anos, residente no Recife, para que seja convidada a participar como voluntária da pesquisa.
- RISCOS:** algumas pessoas podem sentir algum tipo de constrangimento ao serem solicitadas a falar sobre suas práticas sexuais, cuidados em saúde sexual, outras podem se sentir constrangidas por seus depoimentos serem fonogravados. Para minimizar esses efeitos, as participantes podem escolher o lugar que acha mais conveniente para a entrevista e podem se recusar responder qualquer pergunta que acha inadequada.
- BENEFÍCIOS:** a pesquisa contribuirá para reflexão sobre a concepção, os discursos e práticas em saúde sexual de mulheres lésbicas do município e também para pensar amplamente a concepção do modelo de saúde estruturado socialmente e oferecido no município, visando compreender os processos sociais, pensar melhorias no sistema e na vida dessas mulheres.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, gravações de áudio e transcrições, ficarão armazenados em pastas de arquivo de um computador e HD externo, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

(assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo “Narrativas sobre saúde sexual por mulheres lésbicas do Recife”, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura da participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite da voluntária em participar:

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APENDICE C

EIXOS DE PERGUNTAS DAS ENTREVISTAS NARRATIVAS

CONTEXTO FAMILIAR – com quem mora, família biológica ou não, perfis e relação entre os integrantes, sexualidade deles e religião.

HISTÓRIA DE VIDA E AUTOIDENTIFICAÇÃO – resgate da história de vida focando na saúde e sexualidade, mudaças corporais, primeira menstruação, idas ao médico, como percebia sua sexualidade na época. Compreensões sober IST's, estabelecimentos de sociabilidade lésbica, relação com os profissionais de saúde, roteiros de saúde, contatos sexuais, posições性uais, movimentos lésbicos.

Recortar por época: infância, adolescência, juventude, vida adulta.

FINALIZAÇÃO – agradecer e perguntar se deseja acrescentar algo.