



EDEZIA
DOS SANTOS

BELL HOOKS

OCHY CURIEL

ADRIENNE RICH

PATRICIA
HILL COLLINS

MARIA LUCINEVES

DJAMILA
RIBEIRO

AUDRE
LORDE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA INSTITUTO DE HUMANIDADES,
ARTES E CIÊNCIAS - CAMPUS PAULO FREIRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO
E RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS**

LETÍCIA FERREIRA DA SILVA

**"NINGUÉM NUNCA ME PERGUNTOU": SAÚDE SEXUAL DE MULHERES
NEGRAS QUE FAZEM SEXO COM OUTRAS MULHERES**

**TEIXEIRA DE FREITAS - BAHIA
2021**

LETÍCIA FERREIRA DA SILVA

**"NINGUÉM NUNCA ME PERGUNTOU": SAÚDE SEXUAL DE MULHERES
NEGRAS QUE FAZEM SEXO COM OUTRAS MULHERES**

Produto final apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais da Universidade Federal do Sul da Bahia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestra em Ensino e Relações Étnico-Raciais.

Orientadora: Dr.^a Rebeca Valadão Bussinger

**TEIXEIRA DE FREITAS - BAHIA
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia
Sistema de Bibliotecas

S586n Silva, Letícia Ferreira da -

"Ninguém nunca me perguntou": saúde sexual de mulheres negras
que fazem sexo com outras mulheres / Letícia Ferreira da Silva. Teixeira de
Freitas, 2021 -
79 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia,
Campus Paulo Freire, Programa de Pós-Graduação em Ensino e
Relações Étnico-Raciais, 2021.

Orientador: Prof. Dra. Rebeca Valadão Bussinger.

1. Mulheres – Saúde sexual. 2. Negras. 3. Mulheres que fazem sexo
com outras mulheres. 4. Teixeira de Freitas (BA). I. Título.
II. Bussinger, Rebeca Valadão.

CDD – 306.7084

Bibliotecária: Amanda Luiza de S. Mattioli Aquino - CRB 5/1956

"NINGUÉM NUNCA ME PERGUNTOU": SAÚDE SEXUAL DE MULHERES
NEGRAS QUE FAZEM SEXO COM OUTRAS MULHERES

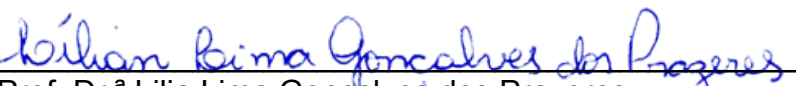
LETÍCIA FERREIRA DA SILVA

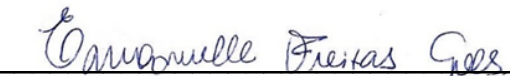
Orientadora: Dr.^a Rebeca Valadão Bussinger

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em
Ensino e Relações Étnico-Raciais, da Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB,
como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Dr.^a Rebeca Valadão Bussinger


Prof. Dr.^a Lilia Lima Gonçalves dos Prazeres


Prof. Dr.^a Emanuelle Freitas Goes

NOVEMBRO
2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Edezia e ao meu pai Robson, pela dedicação, ensinamentos, confiança e por ter acreditado nas minhas potencialidades quando nem eu mesma acreditei. Sem as suas contribuições, essa jornada seria insustentável.

Às mulheres que vieram antes de mim e que tornaram este caminho possível e menos solitário. Aqui evidencio as autoras a quem busco sustentação teórica por meio dos seus escritos, assim como a Prof^a Dra. Paula Rita Bacellar Gonzaga por ter me apresentado à pós-graduação com possibilidade e pelas contribuições que construíram o projeto de pesquisa que deu início a este trabalho.

À minha orientadora Prof^a Dra. Rebeca Valadão Bussinger, pelo tempo dedicado e pelo suporte durante todo esse tempo. Os nossos encontros foram de fundamental importância para o desenvolvimento desta pesquisa como um todo.

À minha namorada, Vitória Barreto, que esteve ao meu lado e nunca me deixou esquecer os motivos que me trouxeram até aqui. Agradeço também a colaboração no desenvolvimento dos produtos, fruto deste trabalho. Obrigada por tanto cuidado!

Aos meus amigos, amigas e familiares pela confiança e por ter me acompanhado de perto, durante todo o processo. Agradeço especialmente à Paola Damascena Possari e à Pedro Henrique Monteiro da Silva por contribuírem significativamente com a produção deste estudo.. Obrigada pela troca!

Mainha só lamentou
Sozinha eu fui embora viver
Tanto me questionou
Por fim me abençoou, estou bem

E seguindo embaixo dessa benção eu fui
Sair à procura de um lugar, pra fazer morada
E aos poucos tudo foi se encaixando
Tomando sua forma única de ser

E hoje eu posso dizer
Que criei asas e voei
E os céus fizeram bem pra mim
(Xênia França)

RESUMO

Esta dissertação objetivou investigar as experiências de mulheres negras que possuem práticas sexuais homoeróticas. Tendo como aporte teórico os estudos decoloniais, enfatizado por meio do “sistema de gênero moderno/colonial”, a análise central deste estudo está voltada às mulheres que são recorrentemente submetidas aos apagamentos discursivos, históricos e políticos da sociedade patriarcal, racista e heteronormativa. A autora investigou, através de minicursos e entrevistas, os tipos de cuidados e autocuidados em saúde sexual adotados por mulheres cujas práticas sexuais fogem da heteronormatividade imposta, tendo como campo de atuação o município de Teixeira de Freitas, Bahia. A argumentação conclusiva é de que os atendimentos às mulheres estão pautados nas práticas sexuais, porém, sob uma perspectiva heterossexual, o que reforça a ideia de que as práticas homoeróticas entre mulheres não são compreendidas como relações legítimas, invisibilizando a necessidade de cuidados em saúde sexual deste público. Dessa forma, os atendimentos dessas mulheres devem se voltar a lógica que para, além de não pressupor a sexualidade, se volte à promoção da saúde e prevenção dos agravos relacionados às práticas sexuais. Para tanto, foi desenvolvido um material educativo sobre os cuidados em saúde sexual de mulheres com práticas sexuais homoeróticas e, na mesma medida, orienta profissionais e usuárias deste serviço.

Palavras-chave: Saúde Sexual; Raça; Sexualidade; Práticas homoeróticas; MSM.

ABSTRACT

This dissertation goal is the investigation of experiences hold by black women who have homoerotic sexual practices. Using decolonial studies as theoretical approach emphasized by the “modern colonial gender system”, the central analysis of this study is drawn to women who are recurrently submitted to discursive, historical and political erasure from a patriarchal, heteronormative and racist society. Through mini courses and interviews the author analyzed the types of sexual health self care adopted by women whose sexual practices diverge from the imperative heteronormativity. The acting camp of the analysis was Teixeira de Freitas city on Bahia state, in Brazil. The conclusive argument is that Brazilian Healthcare centers are conscious about sexual practices, although, over a heterosexual perspective, which reinforces the idea that homoerotic practices between women aren't understood as legitimate relations, making the need for sexual health care of these public invisible. The Brazilian healthcare centers should be focused on the promotion of health care and prevention behaviors related to sexual practices and the not assumption of sexuality. For which cenário was developed a educational material about sexual health self care for homoerotic women.

Keywords: Sexual Health; Race; Sexuality; Homoerotic practices; MSM.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Estudos relacionados.....	33
Quadro 02 – Apresentação das entrevistadas.....	40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABI – Área Básica de Ingresso

ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social

BIS – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CC's – Componentes Curriculares

CPF – *Campus* Paulo Freire

CSC – *Campus* Sosígenes Costa

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DIU – Dispositivo Intrauterino

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ENABRAPSO – Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IES – Instituição de Ensino Superior

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais

MSM – Mulheres de fazem Sexo com Mulheres

NUDES – Núcleo Universitário de Estudos em Dissidências Sexuais

PIPEC – Programas Integrados de Pesquisa Extensão, Criação e Inovação

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PPGER – Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais

PROSIS – Pró-Reitoria de Sustentabilidade e Integração Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR – Tecnologia Reprodutiva

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSB – Universidade Federal do Sul da Bahia

SUMÁRIO

MEMORIAL	12
APRESENTAÇÃO.....	16
1. CONCEITUALIZANDO OS FENÔMENOS.....	19
2. CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	22
3. MULHERES NEGRAS E OS SISTEMAS DE DOMINAÇÃO.....	27
4. INVESTIGAÇÃO DOS ESTUDOS PRODUZIDOS: uma revisão da literatura.....	32
4.1 Resultados e discussões.....	38
5. A PRODUÇÃO DE AUTOCUIDADO NA CONTRAMÃO DOS ESTIGMAS.....	40
5.1 Descoberta da sexualidade: curiosidade, prazer e culpa.....	41
5.2 Cuidados e serviços de saúde sexual: a (des)assistência de mulheres lésbicas e bissexuais.....	45
5.3 Cuidados possíveis em saúde sexual entre mulheres com vulva: onde está o acesso a essas informações?.....	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES A.....	60
APÊNDICES B.....	61
APÊNDICES C.....	62

MEMORIAL

*Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes, não, melhor,
figurantes, que nem devia tá aqui*
[Emicida]

O dia era 13 de maio. Talvez você esteja se perguntando se eu estou me referindo à Lei Áurea, sancionada pela princesa Isabel no ano de 1988, mas aqui eu me refiro ao ano de 2019 e, na minha experiência pessoal, essa data se tornou histórica por mostrar uma mulher preta sapatão que, neste dia, recebeu o resultado do processo seletivo que me trouxe até aqui.

Como toda data histórica leva um tempo de amadurecimento que a precede, tendo seu início muitos anos antes, mais especificamente em 2014, quando recebi a notícia que mudou a minha vida completamente. Ali, no intervalo de trabalho em uma empresa de *Telemarketing* visualizei o e-mail que anunciava uma mudança da minha perspectiva de vida.

Enquanto a ficha ia caindo, nos preparamos para a viagem de matrícula. Eu e meu pai. O único sentimento que me recordo foi a insegurança. Estava sendo um ano tão complicado em alguns aspectos que aquela mudança de vida me assustava, enquanto me questionava sobre o mérito daquela conquista. Durante o trajeto, eu tentava imaginar o *Campus* e a minha nova vida, enquanto me questionava se aquilo estava mesmo acontecendo. Passei tantos anos sonhando com aquele momento e quando finalmente chegou, eu estava totalmente sem reação.

Ao chegar para a matrícula, me deparei com um lugar que em nada atendia a minha expectativa e fantasia. O que seria o *Campus* estava funcionando como uma escola infantil e, aparentemente, aquele espaço não se pareceria com uma instituição de ensino superior em tão pouco tempo. Agora a decepção e desespero ocupavam todo o espaço existente, sem deixar lugar para qualquer pensamento positivo.

Bom, a essa altura eu já havia fantasiado demais sobre a minha nova vida para querer voltar atrás na decisão de estudar nessa instituição. Até porque, eu faria parte da sua história, ao mesmo tempo, em que ela faria parte da minha. Uma vez

efetivada a matrícula, aguardei o início das aulas e as surpresas que essa nova vida me reservava.

Nesse ponto é importante te dizer que antes dessa viagem de matrícula, eu e meu pai não nos falávamos, pois, eu havia assumido a minha orientação sexual, até então não aceita por ele. Para além de ter conquistado uma vaga em uma Universidade pública Federal, ali também existia a possibilidade de reaproximação com meu pai.

Pouco [ou nada] se sabia sobre a universidade, então basicamente nós fomos “descobrir as regras durante o jogo”. A única coisa pré-definida para mim, era o desejo de cursar Psicologia que a essa altura era apenas uma possibilidade. Admito que eu já era insegura sobre as coisas, mas convenhamos que a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) acentuou esse sentimento com as poucas [ou nenhuma] certezas sobre o nosso destino.

Após o primeiro ano, concorri no processo seletivo para Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) — eu havia ingressado por meio da Área Básica de Ingresso (ABI) —, em que o resultado me mostrou uma nova conquista. Até então, o ingresso no [possível] curso de Psicologia da UFSB se daria por meio do BI em Saúde e assim eu segui.

Foram tempos difíceis, tendo em vista que este mesmo curso é o que dá acesso ao curso de Medicina da UFSB, por isso, há grande concorrência mesmo nos Componentes Curriculares (CC's). Aparentemente eu era uma das poucas pessoas que não concorreria a vaga do curso de Medicina, mas mesmo publicizando essa informação não deixei de sofrer os boicotes orquestrados pelos próprios colegas de curso, na tentativa de diminuir a concorrência.

Essa não foi a primeira sensação de estar no lugar errado. De ter a sensação do não pertencimento. Eu pouco me identificava com aqueles assuntos da forma como eram passados, ou com aquelas pessoas que se relacionavam por conveniência. E esse sentimento esteve comigo até que uma situação ocorrida fora da Universidade me mostrou que eu poderia ser pesquisadora e me apaixonar por isso.

O ano era 2015 e eu fui a uma Unidade Básica de Saúde para buscar atendimento ginecológico. Durante o atendimento, a médica que aparentemente era recém-formada, conduziu o atendimento sem questionar a minha sexualidade em

momento algum. Mesmo assim, ela me perguntou sobre minha vida sexual e me deu orientações que não atendiam as minhas especificidades.

Voltei à universidade depois das férias com o desejo de iniciar uma pesquisa sobre mulheres lésbicas e o atendimento nos serviços de saúde. Ao apresentar a proposta a uma professora, ela fez questionamentos que iam na mesma direção daquela médica que havia me atendido. A partir daí passei a acreditar que de fato não era uma pauta relevante, já que apenas eu conseguia enxergar a riqueza do assunto.

Algum tempo depois, iniciei uma pesquisa por meio da Bolsa de Apoio à Permanência, que mesmo não sendo a pesquisa que eu gostaria de ter desenvolvido anteriormente, era diretamente ligada à Psicologia e tinha um Psicólogo como orientador. Isso me deixou satisfeita, me fazendo esquecer do interesse em tratar sobre mulheres lésbicas e saúde.

Em 2018, houve o processo seletivo para os cursos de 2.º ciclo da UFSB (ciclo profissionalizante) e finalmente eu entraria no curso de Psicologia. Participei de outro processo seletivo enquanto via a chegada de professores da área, além do desenvolvimento do *Campus* e, principalmente, notava o meu crescimento pessoal.

A essa altura eu já havia atingido aquilo que era a minha meta inicial. Eu estava no curso que almejei, participando de atividades de pesquisa e extensão do meu interesse ao longo desses anos e estava amadurecendo intelectualmente.

No início de 2019, eu já fazia parte do grupo de pesquisa coordenado pela professora Dr^a. Paula Gonzaga, que coordenava o Projeto Integrado de Pesquisa, Ensino, Criação e Inovação (PIPEC Janaína Aparecida). Em uma das reuniões Paula Gonzaga sugeriu que participássemos do processo seletivo para o Programa de Relações em Ensino e Relações Étnico-Raciais (PPGER), pois sabia do nosso interesse em cursar o Mestrado.

Lembra daquela insegurança que esteve presente no momento da minha primeira aprovação na UFSB? Pois é! Ela esteve comigo em muitos momentos, mas, neste processo seletivo, foi especialmente intensa. Durante a seleção composta por duas fases [entrega do projeto, demais documentações e entrevista], eu desisti pelo menos 3 vezes só na escrita do anteprojeto.

A vontade de passar era grande, mas o medo de não conseguir era maior. Nesse período eu estava envolvida em pelo menos 3 grupos de pesquisa, além dos

6 CC's que cursava. Era muito difícil acreditar na aprovação, mas mesmo assim persisti [e desisti outras vezes mais].

Nesse ponto você deve estar se perguntando o que me levou a querer assumir um compromisso que demandaria tempo [o que eu não tinha] e dedicação. Eu não sei ao certo quais eram as minhas motivações para concorrer à vaga, mas sentia que não poderia deixar essa oportunidade passar. A necessidade de agarrar todas as oportunidades me acompanha até os dias atuais.

Pois bem. Entreguei o projeto com a documentação e aguardei o resultado. Fui aprovada na primeira fase e me preparei para a entrevista e, não muito diferente dos dias que antecederam a entrega do projeto, desisti mais algumas vezes. Sim, eu me saboto o tempo todo!

Chegou o dia da entrevista e eu estava tranquila até apresentar o meu projeto à banca. Após a entrevista, aguardei o resultado ansiosamente, enquanto tentava me tranquilizar em caso de reprovação. A essa altura você já sabe o resultado, mas o dia 13 de maio ganhou uma nova conotação.

Ah! Antes de ler sobre a pesquisa propriamente, acho importante você saber que aquela [péssima] experiência vivenciada na Unidade Básica de Saúde em 2015 foi o primeiro impulso que serviu como base de inspiração para abordar os aspectos aqui trabalhados. Essa pesquisa, ainda no seu desenvolvimento, me levou a lugares que eu não imaginava. Não falo só do espaço físico/geográfico, mas principalmente das reflexões alcançadas por meio das leituras, discussões e demais atividades relacionadas.

APRESENTAÇÃO

Compreendendo a necessidade da ampliação dos estudos sobre mulheres que vivenciam relações homoafetivas e/ou homoeróticas, essa pesquisa teve por objetivo a investigação dos atravessamentos sobre as práticas sexuais de mulheres negras que fazem sexo com outras mulheres no tocante aos cuidados em saúde. Considerando ainda a escassez de informações sobre este grupo, este trabalho se estruturou de modo a tornar visível como o cenário de saúde brasileiro considera (ou não) a assistência de mulheres não brancas e não heterossexuais na garantia de cuidados.

Nesse sentido, este trabalho tem suas bases nos conceitos de Interseccionalidade (COLLINS e BILGE, 2020) para investigar os fenômenos relacionados à raça, gênero e classe, partindo do entendimento de que estes são marcadores que estruturam as relações sociais e, portanto, interferem no modo como essas mulheres são assistidas - ou não - nos serviços de assistência em saúde, inclusive no rompimento das possibilidades de solidariedade prática entre vítimas do projeto colonial.

Desse modo, o primeiro capítulo faz a conceitualização dos fenômenos de raça, classe, gênero e sexualidades acerca da sexualidade, aproximando quem nos lê, além de articular diretamente com estudiosas da área. Na mesma medida, este capítulo faz pontuações acerca das políticas públicas de saúde e direitos sexuais de mulheres.

O segundo capítulo apresenta os caminhos metodológicos utilizados em cada uma das etapas desta investigação, onde o seu desenvolvimento como um todo, esteve pautado na pesquisa-ação (PINTO, 1989).

Em seguida, o terceiro capítulo faz uma articulação interseccional das categorias de gênero, raça, classe e sexualidade e os sistemas de dominação que os estrutura.

O quarto capítulo apresenta o levantamento das últimas produções relacionadas ao tema, desenvolvidas entre os anos de 2009 a 2019. O capítulo articula criticamente os artigos selecionados e aponta caminhos possíveis para garantir uma política de saúde equitativa e acolhedora, sobretudo para mulheres socialmente marginalizadas.

O quinto capítulo se refere a apresentação e análise das entrevistas realizadas com 3 mulheres autodeclaradas negras (pretas e pardas), lésbica e bissexuais. Para tanto, as entrevistas foram gravadas e transcritas, preservando a identidade das participantes. Neste ponto, as participantes apontam os aspectos envolvidos na compreensão da sexualidade, as experiências relacionadas ao autocuidado na busca pela assistência em saúde e os cuidados possíveis para promoção da saúde sexual de mulheres com vulva.

Em concordância, essas informações foram adaptadas para outros dois materiais, sendo um *site*¹ e um *zine*², com a finalidade de ampliar o acesso. Ambos serão apresentados juntamente com este material dissertativo e estarão disponíveis para acesso e *download* gratuito logo após a aprovação por parte da banca avaliadora.

É importante destacar que este trabalho assume um compromisso político e faz considerações necessárias no que concerne à raça, gênero, classe e sexualidade compreendendo essas categorias como estruturantes da sociedade brasileira. Além disso, houve a preferência pela utilização de autores e autoras negras, como reconhecimento e valorização de pessoas que, ao longo das décadas, sofreram e sofrem apagamento de suas produções intelectuais, em decorrência do racismo e sexismo que estruturam a sociedade.

Ao mesmo tempo, a importância da centralidade deste estudo nas vivências de mulheres negras (pretas e pardas), está diretamente ligada à necessidade de identificar os fenômenos que sustentam a afirmação de que esses e outros fatores (baixa escolaridade, pobreza, moradoras de regiões periféricas, etc.) compõem o perfil para a desinformação acerca dos cuidados em saúde. Essas afirmações são apontadas em estudos relacionados (ALMEIDA, 2009; FERNANDES *et al*, 2019), portanto, serão articuladas aqui.

Além dos pontos apresentados acima, alguns questionamentos estimularam o desenvolvimento deste trabalho como, por exemplo: seriam esses fatores (pobreza, baixa escolaridade, raça, localidade) um pré-requisito para a falta informação dos cuidados em saúde? Ao mesmo tempo, qual o caminho possível para transformar

¹O site pode ser acessado através do link: <https://encaixa382262711.wordpress.com/>

²Este material pode ser encontrado na aba “Zine” do site: <https://encaixa382262711.wordpress.com/>

uma uma realidade que está posta? Estes são alguns dos questionamentos que incitaram a articulação destes fenômenos.

Em suma, essa dissertação reúne uma análise dos estudos desenvolvidos na última década acerca da saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres (2009 e 2019), enquanto articula as experiências de mulheres negras com práticas sexuais homoeróticas, em suas questões individuais e coletivas. Equitativamente, a realização das intervenções possibilitou a troca de informações, ao passo que embasou e direcionou as investigações conforme a realidade das mulheres e serviços de saúde do extremo sul baiano.

1. CONCEITUALIZANDO OS FENÔMENOS: saúde sexual

Historicamente, os primeiros questionamentos sobre os direitos sexuais e reprodutivos se deram pelos Movimentos Feministas e de Mulheres, seguidas pelos Movimentos de Gays e Lésbicas, como bem aponta Maria Betânia Ávila (2003). Essa pauta surgiu a partir da identificação das razões históricas sobre o conjunto de regras e comportamentos estabelecidos às mulheres, culminando numa submissão sexual voltada apenas para a reprodução e a naturalização da heterossexualidade como norma socialmente aceita.

Ao longo de muitos anos, essa mesma heterossexualidade esteve e ainda está baseada no sexo-procriação pensado para ser mantido como um modelo hegemônico (ÁVILA, 2003). Cabe destacar que a sexualidade transita também por relações de poder sobre classe e raça/etnia, constituindo um sistema de hierarquia estruturante na sociedade brasileira. É a partir do reconhecimento dessas desigualdades que diferentes grupos sociais passam a buscar os seus direitos perante o Estado e, nessa medida, criam-se espaços de discussão e decisões acerca dos direitos e assistências dos diferentes grupos populacionais.

A capacidade de procriação das mulheres é lida como qualidade, em simultâneo, a maternidade é categorizada como um destino biológico. Consequentemente, a representação das mulheres gira prioritariamente em torno da figura materna como a mulher zelosa, cuidadora, avessa ao sexo e ao prazer, deslegitimando por vezes, aquelas mulheres que não desejam ou não podem ter filhos (SWAIN, 2007). Toda essa discussão aponta para a marginalização de mulheres cujas práticas sexuais não sejam voltadas à procriação ou que tenham a sexualidade diferente da heterossexualidade.

É, também, devido a essa diferenciação que essas mulheres são submetidas aos apagamentos discursivos, históricos e políticos da sociedade, onde devido às desigualdades históricas e a negação de direitos, o movimento de mulheres e LGBTI+, se organizaram politicamente ao ponto de desenvolver amplas diálogos na academia e nos movimentos sociais em busca da garantia de direitos por meio de políticas públicas que atendessem às suas demandas.

No que se refere à conquista de direitos, em 2013, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais,

Travestis e Transexuais (LGBT), que institui e orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2013). Para promover e garantir os cuidados em saúde dessa população foram realizadas conferências, oficinas e outras atividades conjuntas - nas instâncias municipais, estaduais e nacional - no qual um dos objetivos voltou-se para o desenvolvimento de materiais direcionados a profissionais e gestores na área da saúde sobre atenção integral desses grupos sociais no âmbito do Serviço Único de Saúde.

Entre as atividades desenvolvidas no referido evento, destaca-se nesta proposta, o minicurso “Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, realizado em Brasília - Distrito Federal, entre os dias 23 e 25 de abril de 2014. A atividade foi uma iniciativa da Secretaria de Política para Mulheres em conjunto com o Ministério da Saúde. Na oportunidade, os profissionais presentes identificaram uma vulnerabilidade geral para a saúde destes grupos, ligados à invisibilidade social. Isso significa que o funcionamento efetivo das políticas públicas depende do domínio de profissionais que atuam nos dispositivos de saúde, além da compreensão do público atingido por tais políticas.

O desconhecimento em relação aos cuidados mínimos e/ou políticas públicas de atenção à saúde - seja por parte dessas mulheres ou de profissionais - ainda carecem de uma investigação mais aprofundada. A imposição da heterossexualidade como única forma de experiência possível e aceita socialmente, ou até mesmo a sexualidade voltada somente para a procriação não é capaz de atender às variações e possibilidades sexuais praticadas por essas mulheres.

Sobre isso, Guilherme Almeida (2009) aponta que a carência de informação acerca da sexualidade foi um dos principais argumentos em relação à vulnerabilidade de mulheres lésbicas, individual ou coletivamente. Pelos motivos apresentados, é que se faz necessária a ampla discussão sobre as normativas e políticas públicas garantidas pelo Ministério da Saúde, no que tange aos serviços de atenção à saúde sexual.

Havendo um indicativo da carência de informações sobre as possibilidades de cuidados e autocuidados em saúde para essas mulheres, além da invisibilidade atrelada à sua sexualidade, como solucionar um problema de saúde quando as práticas sexuais entre essas mulheres são negligenciadas nos serviços de assistência? Além disso, como essas mulheres têm (r)existido no sistema de saúde heteronormativo e racista?

Diante desses questionamentos, esta investigação objetivou identificar as estratégias de cuidados e autocuidados que contribuem para a redução de agravos na saúde sexual de mulheres³ com práticas sexuais homoeróticas. Além disso, os espaços de trocas de experiências (minicursos e entrevistas), permitiu conhecer as fragilidades e potencialidades dos serviços de saúde, no que se referente às orientações sobre diminuição de risco das infecções ginecológicas e transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)⁴.

³Essa pesquisa se refere às mulheres cisgêneras, ou seja, mulheres que se identificam com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento.

⁴O termo passou a ser utilizado em substituição às Doenças Sexualmente Transmissíveis, pois, de acordo com o Ministério da Saúde, a justificativa parte da compreensão de que o termo “doença” se dá principalmente pela presença de sinais e sintomas e, no caso das infecções, isso não necessariamente ocorre.

2. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Uma consulta médica é antecedida pelo contato com outros espaços de uma unidade de saúde e, conseqüentemente, por outros profissionais (recepcionista, técnica em enfermagem, enfermeiras, etc.). Nesse caso, é importante considerar que estes primeiros contatos também podem influenciar numa experiência positiva ou negativa em associação ao serviço. Esses são momentos cruciais para a aproximação ou afastamento de usuárias da unidade, impossibilitando o oferecimento de cuidados e informações.

Partindo desse ponto, o desenvolvimento deste estudo foi totalmente voltado para a criação de um produto informativo, com linguagem acessível a fim de circular entre profissionais e usuárias dos serviços de saúde, orientando sobre as principais problemáticas envolvidas nos atendimentos dessas mulheres e sugerindo abordagens mais receptivas e acolhedora a este público.

Para tanto, o escopo da pesquisa considerou algumas ações necessárias para elaboração do trabalho de campo, visando o desenvolvimento do produto final, fruto desta pesquisa. Aqui cabe ressaltar a definição dada por Peter Kevin Spink (2003) quando aponta que o campo começa no momento em que nos vinculamos à temática e não necessariamente quando estamos no espaço geográfico. Em vista disso, as ações realizadas incluíram a realização de três minicursos, uma revisão integrativa da literatura e realização de entrevistas semiestruturadas com três interlocutoras.

Como estratégia metodológica, os minicursos estiveram pautados no conceito de pesquisa-ação proposto por João Bosco Pinto (1989) quando pontua a importância de proporcionar atividades práticas que possibilitem a troca de conhecimento e informações sobre a realidade das participantes. Assim, as atividades seguiram essa perspectiva, além de permitir o fortalecimento de vínculo com mulheres cujo perfil corresponde ao estabelecido neste estudo.

Em conformidade, realizou-se três edições do minicurso que versou sobre a saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres no *Campus* Sosígenes Costa (CSC) e *Campus* Paulo Freire (CPF) da Universidade Federal do Sul da Bahia, localizados nos municípios de Teixeira de Freitas - Bahia e Porto Seguro - Bahia, respectivamente, bem como no XX Encontro Nacional da Associação

Brasileira de Psicologia Social (ENABRAPSO), realizado na capital de São Paulo.

A primeira ação foi realizada no dia 21 de agosto de 2019 em Porto Seguro - Bahia, teve a participação de 16 pessoas e duração média de quatro horas. Já a segunda edição, foi realizada no dia 14 de novembro de 2019 durante o XX ENABRAPSO, realizado na capital de São Paulo, com duração média de duas horas e meia, adequando-se à programação do evento. Por conseguinte, a terceira edição ocorreu no dia 26 de novembro de 2019, em Teixeira de Freitas - Bahia, com a participação de 33 pessoas e duração média de quatro horas.

Todas as edições oportunizaram a divulgação da pesquisa, a troca de saberes quanto aos modos de cuidados em saúde adotados pelas mulheres presentes, as atribuições da Política LGBT e assuntos relacionados, sobretudo as ações realizadas no estado da Bahia que, para além desses aspectos, permitiram a identificação de mulheres com o perfil desta pesquisa, ao passo que possibilitou o interesse na colaboração deste estudo por meio das entrevistas narrativas.

No que se refere a revisão integrativa enquanto abordagem metodológica, Marcela Tavares de Souza e colaboradoras (2010) defende que esta consegue sintetizar rigorosamente as pesquisas relacionadas a um mesmo assunto, podendo reunir diferentes metodologias, conceitos, propósitos e evidências. A justificativa quanto a escolha desta revisão quanto se deu pela possibilidade de identificar o que e como essa temática vêm sendo discutida no campo científico.

Nessa lógica, o desenvolvimento desta revisão contou com utilização de duas plataformas *online*, como o Portal de Periódicos da CAPES e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde na busca por artigos, teses e dissertações. Para se chegar aos resultados, foram inseridos os descritores: “saúde” *and* “lésbicas”; “lésbica” *and* “negra”; e “saúde” *and* “lésbicas” *and* “negras”. Os critérios estabelecidos para inclusão dos estudos corresponderam a documentos publicados entre os anos de 2009-2019, textos completos disponíveis, artigos publicados em português com produção no Brasil, além de produções originais. Como critério de exclusão, não foram incluídos os trabalhos de revisão que não abordaram diretamente o tema de pesquisa e os que estivessem fora do período estipulado.

A última ação/intervenção realizada foi a entrevista semiestruturada. Em decorrência das recomendações de isolamento social no combate à COVID-19, foi necessário realizar algumas adaptações nessa intervenção. Desse modo, foi elaborado um questionário eletrônico (*Google Forms*) baseados num estudo

transversal sobre as práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres, desenvolvido entre os anos de 2013 e 2014 com o objetivo de apresentar as práticas sexuais e os cuidados em saúde deste público (RUFINO *et al*, 2018).

Estruturalmente, o questionário foi dividido em 6 seções, sendo: 1- apresentação da pesquisa; 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁵; 3- investigação sobre as práticas sexuais das participantes; 4- experiência no serviço de saúde; 5- características sociodemográficas e; 6- expectativa de entrevista.

Tendo em vista a centralidade das entrevistas com mulheres autodeclaradas pretas e pardas, a seção 6 aparecia somente para as mulheres que apontassem uma dessas duas classificações na seção 5. Assim, caso tivessem interesse em me conceder entrevista, bastava deixar o e-mail ou telefone no espaço indicado que, em seguida, seria feito o contato para agendamento da entrevista no dia e horário indicado por elas.

Os critérios de participação incluíram: ser maior de 18 anos, ser mulher cis — pessoas que aceitam e se identificam com o gênero imposto na hora do nascimento —, ter se relacionado sexualmente com outra mulher cis e responder com base em uma experiência vivenciada nos serviços de saúde públicos ou privados do município de Teixeira de Freitas - Bahia.

Com o intuito de legitimar o instrumento, após a sua construção, este foi enviado para quatro pessoas que não estavam enquadradas nos critérios de participação da pesquisa para ser avaliado indicando possíveis ajustes e correções. Não havendo a necessidade de alteração, este foi divulgado em grupos de *WhatsApp* e esteve disponível durante 16 dias.

Após o fechamento do formulário, verificou-se que cinco mulheres demonstraram expectativa nas entrevistas e a partir disso, foi realizado o primeiro contato com apresentação da pesquisa e da pesquisadora e, em anexo, o convite⁶ de participação. Na oportunidade, também foi solicitado que indicassem o dia e horário disponível para realização da entrevista. Das cinco mulheres contactadas, somente três responderam ao convite indicando aceitação e, conforme a

⁵Apêndice A

⁶Apêndice B

disponibilidade delas, foram realizadas as entrevistas por meio da plataforma digital Zoom com duração média de 35 minutos cada.

A entrevista de caráter semiestruturado seguiu um roteiro⁷ composto por um tópico disparador e oito perguntas norteadoras com a finalidade única de estimular a narrativa. A estruturação do roteiro e a criação dos tópicos teve como base todo o conteúdo extraído das ações anteriores. Uma entrevista “piloto” foi realizada com uma voluntária cujo perfil se diferencia do perfil proposto nesta investigação e, em função disso, o seu conteúdo não integra este trabalho.

Essa mostragem teve como finalidade a avaliação do roteiro e a postura da pesquisadora, visando possíveis adaptações, se necessário. Embora o seu conteúdo não tenha sido incluído neste estudo, as avaliações da participante voluntária foram consideradas e não houve necessidade de alterações do roteiro, ou apresentação de queixas quanto à postura da entrevistadora.

Com exceção da participante voluntária, todas as informantes são mulheres cis, negras, sem filhos, possuem nível superior completo, oriundas de classe popular, com idade entre 21 e 25 anos, sendo duas mulheres bissexuais e uma mulher lésbica. Dessa forma, esta etapa é composta com base na experiência narrada de três participantes.

Por conseguinte, as entrevistas foram realizadas com base na indicação do dia e horário indicado pelas informantes e após a leitura, compreensão e aceitação do TCLE, bem como consentimento da gravação. Estas foram gravadas e transcritas, e o seu conteúdo integrado a este trabalho, mantendo o princípio ético no que se refere a preservação da identidade das interlocutoras que tiveram os seus nomes substituídos.

Como defendido por Maria Lúcia Rocha-Coutinho (2006), a utilização da narrativa oral como ferramenta de pesquisa tem se mostrado um excelente instrumento no que concerne ao acesso de emoções, experiências e vivências de informantes para além dos fatos. Sendo assim, a utilização dessa ferramenta justifica-se pela sua dimensão interpretativa, sobretudo nos estudos de gênero.

Cabe sinalizar que os minicursos realizados possibilitaram, dentre outras coisas, a aproximação com mulheres cujo perfil corresponde ao estabelecido nesta investigação e que, possivelmente, também seriam as interlocutoras nesta última etapa. Entretanto, considera-se fortemente que as medidas de segurança sanitária,

⁷Apêndice C

a suspensão das atividades presenciais e, conseqüentemente o excesso das atividades realizadas virtualmente, enfraqueceram o vínculo criado anteriormente. Por fim, o resultado deste trabalho será apresentado como produto final, em conjunto com o *site* e o *zine*⁸, frutos deste estudo, para obtenção do título de Mestra em Ensino e Relações Étnico-Raciais.

⁸Henrique Magalhães (1993) define como “publicação alternativa e amadora, geralmente de pequena tiragem e impresso artesanalmente” (MAGALHÃES, 1993. P.9), sendo, portanto, o “zine” uma abreviação popularmente conhecida, deste material.

3. MULHERES NEGRAS E OS SISTEMAS DE DOMINAÇÃO

Atualmente os termos para discutir raça, cor e etnia vêm passando por debates cada vez mais amplos. Alguns pesquisadores adotam o termo raça para explicar o racismo, por exemplo. A grande questão é que o racismo se trata de uma crença naturalmente hierarquizada sobre raça, com base no físico e moral, físico e intelectual, físico e cultural (MUNANGA, 2004). Assim, partindo das contribuições de Kabengele Munanga, a raça “é um conceito carregado de ideologia, pois como todas as ideologias, ele esconde uma coisa não proclamada: a relação de poder e de dominação” (MUNANGA, 2004. p. 6).

Do mesmo modo, a classificação a partir das divisões entre grupos raciais, atribuiu valores morais à cada uma deles, sendo que nessa escala hierarquizada para grupo racial branco eram atribuídos valores positivos (honestidade, beleza, inteligência) e, por essa razão, essa seria a mais apta a dominar as outras raças, principalmente a negra, considerada menos inteligente e mais sujeita à escravidão e outras formas de dominação (MUNANGA, 2004).

Na mesma linha, Aníbal Quijano (2005) aponta como os colonizadores atribuíram a cor como característica fenotípica para classificar os colonizados. Desta forma se deu a justificativa da dominação, tendo por base as características biológicas para legitimar as conquistas dos territórios.

De acordo com Quijano (2005), ocorreram dois fatos históricos que contribuíram para a construção do padrão de poder: a divisão de raças para diferenciar conquistados e conquistadores e o controle de trabalho, produtos e recursos. Dessa maneira, as características biológicas eram capazes de separar os dominados dos dominadores, assim como os modos de tratamento destes dois grupos, instituindo então o que Quijano denomina de “*Colonialidade do Poder*”, que consiste na “classificação social da população mundial de acordo com a ideia de raça” (QUIJANO, 2005. p. 117).

A despeito das contribuições apresentadas por Quijano, cabe destacar a pertinente crítica que María Lugones (2020) faz das limitações da análise desse autor, no que tange à questão de gênero. De acordo com Lugones (2020), a teorização proposta por Quijano (2005) mantém o marco patriarcal e heteronormativo em sua análise, limitado ao acesso sexual, seus recursos e produtos, o âmbito sexo/gênero, acatando a compreensão capitalista eurocentrada e

binária de gênero, por não apresentar as inúmeras maneiras pelas quais as mulheres não brancas, colonizadas, foram subordinadas e desprovidas de poder (LUGONES, 2020). As pressuposições deste marco analítico estariam incompletas sem o debate sobre gênero e sexualidade, visto que o caráter heterossexual e patriarcal dessas relações ainda demarca a teorização proposta por Quijano (2005).

Seguindo essa lógica, Lugones (2020) fala sobre a estrutura denominada *Sistema Moderno/Colonial de Gênero* que se fundamenta na construção de ficções poderosas como o dimorfismo sexual, a heterossexualidade e o gênero como realidades biológicas e complementares. Essa estrutura tenta tornar visível o instrumental do *Sistema Moderno/Colonial de Gênero* ao explorar e desumanizar grupos racializados, inclusive no rompimento das possibilidades de solidariedade prática entre vítimas do projeto colonial.

Considerando ainda que colonialidade é, além de classificação racial de indivíduos, um sistema de imposição de todos os campos da vida humana (educação, cultura, economia, linguagem, política, religião) e modos de vida, este processo que deixou marcas quanto às desigualdades raciais, - principalmente sobre as mulheres não brancas e não heterossexuais - instituiu regras e normas sociais que ainda na atualidade são tomadas como valores, como é o caso da heteronormatividade.

No que diz respeito às lésbicas negras, Fátima Lima (2018) pontua que essas mulheres têm o seu corpo atravessado por três eixos de opressão: raça, gênero e sexualidade, marcando uma tripla opressão, onde os processos de exclusão tornam-se ainda mais complexos à medida em que outras vulnerabilidades atravessam esses corpos (escolaridade, religião, classe, pessoas com deficiência).

A teórica feminista Adrienne Rich (2010) aponta o modo como as mulheres negras lésbicas têm sido apagadas da história por enfrentarem o racismo e a homofobia⁹, excluídas também das produções acadêmicas. À vista disso, Ramón Grosfoguel (2016) discute acerca da estrutura epistêmica e o modo como o racismo e o sexismo epistêmico são, atualmente, o problema mais importante do mundo, tendo em vista o privilégio epistêmico dos homens ocidentais, quanto ao conhecimento produzido sobre outros corpos políticos, sendo estes mecanismos

⁹ Destaca-se que mesmo teorizando sobre a lesbianidade, a autora utiliza-se do termo homofobia, que historicamente é associado à violência contra homens gays ao passo que o termo que caracteriza a violência contra mulheres lésbicas é a lesbofobia.

utilizados para articular projetos imperiais/coloniais/patriarcais no mundo.

Isso nos diz sobre como o reforço da heterossexualidade como norma influencia o poder masculino na medida em que as mulheres são convencidas de que o casamento heterossexual e a sexualidade voltada para satisfazer os homens são elementos inevitáveis em suas vidas (RICH, 2010). Para Lugones (2020, p. 79) é fundamental entender como essa poderosa ficção atravessa racialmente a vivência da sexualidade,

Mas a heterossexualidade não está apenas biologizada de maneira fictícia, ela também é obrigatória e permeia toda a colonialidade do gênero – na concepção mais ampla que estamos dando a esse conceito. Nesse sentido, o capitalismo eurocêntrico global é heterossexual. Acredito que seja importante vermos, enquanto tentamos entender a profundidade e a força da violência na produção tanto do lado oculto/obscuro como do lado visível/iluminado do sistema de gênero moderno/colonial, que essa heterossexualidade tem sido coerente e duramente perversa, violenta, degradante, e sempre funcionou como ferramenta de conversão de pessoas “não brancas” em animais e de mulheres brancas em reprodutoras da “Raça” (branca) e da “Classe” (burguesa). (*grifos nossos*)¹⁰

Teóricas do feminismo negro (CARNEIRO, 2003; RIBEIRO, 2018; HOOKS, 2013; COLLINS, 2016) têm se debruçado sobre as problematizações que perpassam a vida de mulheres negras dentro e fora da academia. Sobre isso, Collins (2016) formula a ideia da *outsider within*¹¹ para ilustrar o olhar sociologicamente localizado que as mulheres negras possuem, principalmente aquelas em contato com sua marginalidade e contextos acadêmicos. Estas, especialmente, conseguem explorar esse ponto de vista com análises distintas sobre raça, classe e gênero. Isso, devido ao fato de pertencerem historicamente ao lugar de marginalização social enquanto acessam lugares de privilégio social.

Djamila Ribeiro (2018), com base em diferentes aportes da teoria feminista (COLLINS, 2016; HARAWAY, 2009), defende a importância do *Lugar de Fala*,

¹⁰ Pero la heterossexualidad no está simplemente biologizada de una manera ficticia, también es obligatoria y permea la totalidad de la colonialidad del género, en la comprensión mas amplia que le estamos dando a este concepto. En este sentido, el capitalismo eurocentrado global es heterossexual. Creo que es importante que veamos, mientras intentamos entender la profundidad y la fuerza de la violencia en la producción tanto del lado oculto/oscuras como del lado visible/claro del sistema de género moderno/colonial, que esta heterossexualidad ha sido coherente y duraderamente perversa, violenta, degradante, y ha convertido a la gente ‘no blanca’ en animales y a las mujeres blancas en reproductoras de “La Raza” (blanca) y de “La Clase” (burguesa).” (LUGONES, 2008, P.33)

¹¹ Vale ressaltar que não existe uma tradução literal sobre o termo. Diante disso, os textos traduzidos para o português mantêm o termo, cuja tradução se aproxima de “forasteira de dentro” ou “estrangeira de dentro”.

considerando que o mesmo não é um conceito sobre experiência individual - como muitos de seus críticos apontam - mas sim, uma perspectiva de construção de conhecimento que admite as condições sociais pelos quais os sujeitos os produzem, atentando que a diversidade de experiências não produz verdades universais, mas rompe com o discurso universal que predominou historicamente na produção científica ocidental.

Ao mesmo tempo, esse sistema de dominação cria subjetividades que são construídas coletiva e individualmente, nas relações entre pessoas diferentes e semelhantes no que tange à raça, classe e gênero. No tocante à essas identidades, Ochy Curiel (2010) denomina política de identidade:

As ações contidas na política de identidade vão desde a recriação de elementos da cultura africana (culinária, estética, música, dança) até o desenvolvimento de espaços de reflexão onde essa identidade “negra” seja reforçada e valorizada positivamente com o propósito de alcançar uma boa autoestima das mulheres negras (*grifos nossos*)¹².

Nessa perspectiva, se faz necessário identificar as produções de subjetividades, bem como o modo em que essas produções têm reverberado na vida das mulheres negras lésbicas historicamente, tendo em vista à sua posição de marginalização social, sem ignorar o fato de que essas mulheres estão buscando o seu espaço e reconhecimento na sociedade, mesmo com todos os atravessamentos, pois como bem aponta bell hooks (2013):

[...] nos ensinaram a crer que a dominação é “natural”, que os fortes e poderosos têm o poder de governar os fracos e impotentes. O que me espanta é que, embora tanta gente afirme rejeitar esses valores, nossa rejeição coletiva está longe de ser completa, visto que eles ainda prevalecem em nossa vida cotidiana. (hooks, 2013. p. 43)

A compreensão a partir das contribuições de hooks (2013), quanto aos termos “fracos” e “impotente”, estão diretamente ligados aos significados atribuídos a diferentes grupos sociais, para justificar a dominação de um grupo sobre outro e, da mesma maneira, esses valores ainda se mostram introjetados mesmo nos que dizem rejeitá-los.

¹² Las acciones contenidas en la política de identidad van desde recrear elementos de la cultura africana (culinaria, estética, música, danza) hasta desarrollar espacios de reflexión donde esa identidad “negra” sea reforzada y valorada positivamente con el propósito de lograr una buena autoestima en las mujeres negras (CURIEL, 2010. p. 97”).

No que se refere à identidade de mulheres negras lésbicas, Ariana Mara Silva (2017), aponta que estas são construídas por meio das relações e representações sociais, por isso, em uma sociedade em que os padrões de dominação possuem características fenotípicas e normativas brancas e masculinas, as mulheres negras que fogem totalmente desse padrão estabelecido, são arrastadas para a invisibilidade. Portanto,

[...] escrever sobre lésbicas negras é dar um tratamento interseccional a essas identidades que são necessariamente múltiplas. Nunca elas serão apenas mulheres ou apenas negras ou apenas lésbicas, pois nesse processo de construção coletiva de identidades as barreiras para manter os sujeitos e, especialmente, as sujeitas, em determinados contextos políticos, econômicos e culturais incidem com maior força nelas. (Silva, 2017, p. 121)

À vista disso, deve-se reconhecer, inicialmente, que todas estas essas identidades são indissociáveis e, quando pautadas em contextos socioculturais cujos sistemas de dominação utilizam destas categorias para retroalimentar-se, com a função de nutrir e conservar a hierarquia do poder, é imprescindível que as relações que envolvem populações socialmente marginalizadas devem estar pautadas no rompimento dessas estruturas.

4. INVESTIGAÇÃO DOS ESTUDOS PRODUZIDOS: uma revisão da literatura

Os atendimentos nos serviços de saúde não ocorrem de maneira igualitária para todas as mulheres e isso pode ser visto no trabalho desenvolvido por Almeida (2009), em que o autor conclui que a carência de informação sobre os cuidados em saúde das sexualidades não heterossexuais entre mulheres foi um dos principais argumentos em relação à vulnerabilidade de mulheres lésbicas e que esta desinformação também está relacionada à classe social e a identidade racial dessas mulheres. Nesse sentido, de acordo com ele, mulheres lésbicas, pretas ou pardas, moradoras de regiões periféricas e com baixa escolaridade, possuíam menos informação em relação aos seus corpos, higiene e autocuidados.

Para além dessas insuficiências, de acordo com Noêmia Fernandes e colaboradores (2019), em alguns casos ocorre ainda a falta de itens necessários (luvas, espéculo descartável) para a coleta do material citopatológico, além da falta de adaptação ao material, ou seja, quando o exame é realizado, ocorre a utilização do espéculo em tamanho inadequado para a anatomia da paciente.

É a partir destes indicativos que provém a justificativa para a elaboração desta revisão integrativa da literatura, com vistas a identificar o que e como essa temática vem sendo discutida no campo científico, além de conhecer as proposições desenvolvidas nesse sentido.

Para o desenvolvimento utilizou-se as plataformas *online* Portal de Periódicos da CAPES e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Ministério da Saúde, buscando-se artigos, teses e dissertações. Na busca foram inseridos os descritores: “saúde” and “lésbicas”; “lésbica” and “negra”; e “saúde” and “lésbicas” and “negras”. Os critérios estabelecidos para inclusão dos estudos corresponderam a documentos publicados entre os anos de 2009-2019, textos completos disponíveis, artigos publicados em português com produção no Brasil, além de produções originais. Como critério de exclusão, foram descartados os trabalhos de revisão que não abordaram diretamente o tema de pesquisa e os que estivessem fora do período estipulado.

É importante ressaltar que a escolha pela utilização do termo “mulheres que fazem sexo com mulheres” ou “mulheres com práticas sexuais homoeróticas” no

lugar de “lésbicas” ou “bissexuais” se dá pela compreensão de que nem todas as mulheres se autodefinem com uma ou outra identidade. Embora tenha sido necessário utilizar estes dois últimos termos na busca pela literatura especializada nas plataformas, houve uma cuidadosa leitura e análise destes trabalhos de modo a garantir a inclusão ou exclusão dos trabalhos encontrados.

Encontrou-se 323 estudos na plataforma CAPES, destes selecionou-se 15, por obedecerem aos critérios de inclusão. Na plataforma BVS a busca apresentou 78 resultados e destes somente 7 foram aproveitados pelo mesmo motivo. Portanto, somando-se os resultados, 22 documentos fazem parte do escopo deste trabalho e estão apontados na tabela 1.

Quadro 1

Autoria	Ano	Foco da publicação	Tipo de estudo
Carvalho & Philippi	2013	Percepção de pessoas LGBT's quanto ao tratamento recebido nos serviços de saúde	Pesquisa de campo, com abordagem quantitativa, qualitativa e descritiva
Carvalho <i>et al.</i>	2013	Análise de documentos científicos e políticas de saúde voltadas à mulheres lésbicas	Leitura e análise de documentos
Oliveira <i>et al.</i>	2018	Análise do acesso da população LGBT+ na unidade de saúde da família	Entrevistas semiestruturada e o teste de associação livre de palavras
Cerqueira-Santos <i>et al.</i>	2010	Identificar a possível presença de homofobia no contexto do atendimento de pessoas LGBT's, em relação à prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids nos serviços do Sistema Único de Saúde.	Estudo qualitativo exploratório de caráter analítico
De Oliveira Ferreira <i>et al.</i>	2018	Apreender as dimensões do acesso e da atenção integral na rede do SUS na perspectiva da diversidade de gênero.	Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa
Valadão & Gomes	2011	Analisar os modelos que podem explicar a invisibilidade de lésbicas e mulheres bissexuais na área da assistência integral à saúde da mulher.	Desenho de ensaio através de artigos e documentos governamentais voltados ao tema.
Cardoso & Ferro	2012	Formação de agentes da saúde sobre as demandas da população LGBT.	Pesquisa qualitativa

Paulino <i>et al</i>	2019	Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF).	Entrevista narrativa com médicos da ESF.
Negreiros <i>et al</i>	2019	Analisar a formação médica para assistência à saúde da população LGBT, na perspectiva de médicos que atuam na atenção básica	Pesquisa de caráter exploratório e descritivo, de análise qualitativa.
Almeida	2009	Compreensão do processo de transformação do “corpo lésbico” dos primeiros tempos da epidemia da AIDS até os dias atuais	Pesquisa Qualitativa com observação participante, entrevistas e análise documental
Fernandes <i>et al</i>	2019	Acesso ao exame Papanicolau na Estratégia Saúde da Família (ESF)	Estudo qualitativo com dados produzidos em 10 grupos focais.
Mora & Monteiro	2013	Identidades sexuais e de gênero, desejo e percepções dos riscos de IST's	Pesquisa qualitativa etnográfica.
Carvalho <i>et al</i>	2013	Identificar a percepção das mulheres lésbicas e bissexuais sobre a assistência nos serviços de saúde e as formas de prevenir as Infecções ¹³ Sexualmente Transmissíveis.	Estudo exploratório, descritivo e qualitativo.
Lima	2018	Reflexão crítica sobre os modos de vida, os desafios e enfrentamentos vivenciados por mulheres negras e lésbicas em contextos brasileiros.	Pesquisa qualitativa.
Souza	2018	Discutir a importância da promoção da visibilidade lésbica, em especial de lésbicas com vidas precárias, a exemplo de mulheres negras em situação de encarceramento que se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres.	Pesquisa qualitativa.
De Araújo <i>et al</i>	2019	Descrever e analisar o cuidado às lésbicas, por enfermeiras e médicos, no campo da saúde sexual e reprodutiva.	Pesquisa descritiva, qualitativa.
Rufino <i>et al</i>	2018	Descrever práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM).	Estudo transversal, com dados obtidos por questionário eletrônico,
Vitule <i>et al</i>	2017	O artigo se propõe a refletir sobre os projetos formulados a partir dos depoimentos de casais de lésbicas que utilizaram ou que tinham planos de utilizar as Tecnologias Reprodutivas.	Pesquisa qualitativa.

¹³ O trabalho utiliza o termo 'doença sexualmente transmissível', o que é compreensível quando considerado o ano de publicação.

Araújo	2015	Descrever o conteúdo das representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre as mulheres lésbicas.	Pesquisa qualitativa.
Araújo <i>et al</i>	2014	Apresenta as conexões estabelecidas entre conceitos como corpo, gênero, identidade, sexualidade e seus efeitos na categorização das pessoas e na atenção à saúde da mulher lésbica.	Estudo de reflexão teórica
Corrêa	2012	Contribuir com o debate da homoparentalidade, procurando demonstrar as especificidades existentes entre essas mulheres e suas formas de construir sua cidadania íntima dentro do contexto heteronormativo da sociedade brasileira.	Pesquisa qualitativa.
Rodrigues	2011	Compreender como as construções de gênero se fazem presentes nas relações homoafetivas entre mulheres e no cuidado dedicado à saúde sexual.	Pesquisa qualitativa.

Os trabalhos analisados abordam características muito presentes na vida de pessoas não heterossexuais que buscam ou já buscaram atendimentos em saúde, principalmente mulheres com práticas sexuais homoeróticas. Os trabalhos analisados tratam sobre a identidade sexual ou negação dela, os serviços e profissionais de saúde em seus diferentes contextos, as dificuldades de acesso da população LGBT+ nos atendimentos em saúde, sobretudo as mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM's), além da saúde sexual e saúde reprodutiva de MSM's.

A experiência negativa vivenciada por pessoas LGBTI+ nos serviços de saúde é marcada por negligência, constrangimento e intolerância (OLIVEIRA, *et al*, 2018) e esses fatores são reforçados por discursos excludentes (PAULINO, *et al*, 2019). No caso das mulheres que buscam atendimento ginecológico, essas enfrentam algumas barreiras sociais como baixa escolaridade, dificuldade de locomoção e pouca compreensão sobre a importância do exame (FERNANDES, *et al*, 2019).

No caso das mulheres com práticas sexuais homoeróticas, ocorre ainda a não verbalização sobre a sexualidade durante o atendimento (VALADÃO & GOMES, 2011), atendimentos com recomendações heterossexistas (DE OLIVEIRA FERREIRA, *et al* 2018) e com a presença de violência simbólica por parte de

médicos e enfermeiras (DE ARAÚJO, *et al*, 2019). Um dos aspectos que ocasiona essa postura por parte desses profissionais é o preconceito (CERQUEIRA-SANTOS *et al*, 2010). Nessa mesma medida, os atendimentos são marcados pela dificuldade de percepção sobre a necessidade de cuidado deste público (RODRIGUES, 2011). De maneira ainda mais agravante, as mulheres que não desempenham um comportamento lido socialmente como feminino, são ainda menos aceitas por profissionais de saúde (ARAÚJO, 2015).

O trabalho desenvolvido por Flávia Rachel Nogueira de Negreiros e colaboradores (2019) demonstra a necessidade da inclusão das políticas de saúde que versam sobre os cuidados da população LGBTI+ durante a formação médica, além da educação continuada entre profissionais que desenvolvem diferentes funções nas unidades de saúde, sejam elas públicas ou privadas (CARVALHO & PHILIPPI, 2013). Deve-se considerar também que todas as pessoas que atuam nesses serviços são responsáveis pelo acolhimento ou afastamento deste público, havendo a necessidade do diálogo entre profissionais do serviço e esta população com a finalidade de promover ações no sentido da promoção da saúde (CARVALHO *et al*, 2013).

Embora exista, no Brasil, documentos públicos e estudos científicos que orientem sobre a assistência em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, há ainda a necessidade de avaliação crítica destes documentos, de modo que as especificidades dessas mulheres sejam consideradas (CARVALHO *et al*, 2013). Isto é, estudos capazes de investigar efetivamente os problemas relacionados aos cuidados deste grupo.

Dentre as problemáticas levantadas pelos estudos, a invisibilidade é o principal fator para a falta de informações sobre os cuidados possíveis para elas, sobretudo nos serviços públicos de saúde. Sobre isso Almeida (2009) aponta que pensar somente nas possibilidades de atendimento não alcança suas necessidades, por isso se faz necessário pautar essa discussão nas políticas já existentes.

Além disso, se faz necessário também um cuidado na investigação e discussões, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de campanhas e estudos que apontem uma fixação nas identidades sexuais (lésbicas, bissexuais). É necessário considerar a fluidez de orientação sexual, ou até mesmo a recusa pelos rótulos (MORA & MONTEIRO, 2013). Em concordância, essas ações são

necessárias na medida em que considera a falta de frequência ou inutilização de métodos de barreiras (como o preservativo) durante as relações sexuais entre mulheres, o que as tornam mais suscetíveis às IST's e ao HIV (RUFINO *et al*, 2018).

Ainda no que se refere ao apagamento e invisibilidade, as mulheres negras são raramente citadas ou apontadas como alvo das produções de conhecimento. Isso significa que essas mulheres ainda se apresentam em maior vulnerabilidade e infelizmente esse apagamento não é um caso isolado, tendo em vista a exclusão destas por parte dos Movimentos LGBTI+ ou Movimentos Negros, se acentuando ainda mais nas mulheres em situação de cárcere (SOUZA, 2018).

No que se refere à saúde reprodutiva, a Tecnologia Reprodutiva (TR) aparece como uma alternativa às mulheres lésbicas que desejam ser mães (VITULE *et al*, 2017), além de que a decisão dessas mulheres pela maternidade depende de fatores distintos (CORRÊA, 2012). Em ambos os casos prevaleceu a escolha por doadores desconhecidos para evitar uma reivindicação paterna e exercer maior controle por parte das mulheres, respectivamente.

Diante do exposto e tendo em vista as dificuldades e barreiras sobre o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, há também a produção de trabalhos que apresentam propostas que vão no sentido de superar essas dificuldades, a exemplo da aproximação de profissionais de saúde com as políticas públicas de acesso dessa população (CARDOSO & FERRO, 2012). Pensando ainda mais além e ponderando sobre a importância dessas ações, cabe destacar o que Araújo e Penna (2014) concluem que

Não bastarão leis ou políticas se não houver a transformação de mentalidades e práticas, daí o papel estruturante que adquirem as ações que promovam discussão desses temas, motivem a reflexão individual e coletiva e contribuam para a superação e eliminação de qualquer tratamento preconceituoso (ARAÚJO & PENNA, 2014, p. 137)

O baixíssimo número de produções científicas sobre os cuidados possíveis para mulheres cuja prática sexual não corresponde ao modelo heterossexual, é o reflexo da falta de conhecimento tanto de profissionais, quando das próprias demandantes, sobre a existência de um risco de transmissão de IST's nas práticas sexuais e a negação de atendimento com base na orientação sexual impossibilita as orientações sobre e infecções ginecológicas e cuidados preventivos. Ainda nesse sentido, é importante compreender que essas desigualdades nada são além do

resultado de um processo construído sócio-historicamente e, portanto, é totalmente passível de transformação.

4.1 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da análise dos documentos aqui discutidos, o resultado dessa busca apontou para a hipótese previamente desenvolvida no que se refere à insuficiência de produção científica que aponte as necessidades de mulheres com práticas sexuais homoeróticas, bem como as abordagens e cuidados possíveis para essas mulheres.

No caso das mulheres negras, o resultado se apresenta de maneira ainda mais precária, foram somente dois trabalhos. Cabe ressaltar que dentro dessa insuficiência de produção específica, destacam-se ainda as mulheres negras cujas experiências não são alvo de produção de conhecimento científico. Isso reforça que os estudos em saúde, na medida em que não consideram o fator racial como relevante, assumem a sua negligência com este público. Na mesma medida, características como a desigualdade socioeconômica, dificuldade no acesso à saúde, baixa escolaridade e raça/etnia estão associados à vulnerabilidade e fragilidade nos cuidados em saúde dessa população (ALMEIDA, 2009).

Todos estes aspectos são reflexos do alijamento deste público aos serviços de saúde que contrariam a oferta de uma saúde integral, equânime e universal, na medida em que exclui, discrimina e restringe. Cabe ainda o entendimento de que, em se tratando de estudos de gênero, deve-se considerar os aspectos de raça e classe, por não existir um único modo de expressão de gênero e segundo porque esses três fatores estão inter cruzados.

Em suma, termos como “lésbicas” e “bissexuais” aparecem nas pesquisas, porém as suas especificidades não são levadas em conta. Há uma compreensão de que o fator em comum de se relacionar sexualmente com mulher, faz com que esses dois grupos sejam vistos como um só. Uma problemática sobre isso é que as práticas sexuais e afetivas destes dois grupos se diferenciam principalmente no envolvimento com homem, por parte de mulheres bissexuais, o que não acontece entre mulheres lésbicas. Sendo assim, os cuidados e orientações para um grupo não necessariamente será efetivo ao outro.

Por esse motivo, as pesquisas que consideram a saúde sexual entre vulvas têm optado pela utilização do termo ‘mulheres que fazem sexo com mulheres’, não para apagar ou invisibilizar essas identidades sexuais, mas na tentativa de não definir mulheres que por vezes não se identificam com um ou outro termo.

Admitir isso deve ser o primeiro passo para iniciar as discussões sobre cuidados específicos para práticas sexuais diversas. Há uma compreensão sobre a lesbofobia — opressão sofrida por mulheres lésbicas —, mas não se discute, por exemplo, que mulheres bissexuais podem passar por situações de violência ao se relacionarem com outras mulheres e essa violência pode ser compreendida como lesbofobia, o que não é o caso tendo em vista a identidade bissexual.

Assim, a situação descrita acima exemplifica os cuidados discursivos a serem tomados diariamente para que não haja o apagamento das orientações sexuais. Na verdade, é o contrário disso, uma vez que os estudos discutidos apontam a invisibilidade como um fator presente nos atendimentos negligenciados, violentos e excludentes dos serviços de saúde.

Em conclusão, deve-se considerar que as orientações devem ser realizadas com base no bem-estar e promoção da saúde, tendo em vista o fato de que a contaminação e transmissão das IST's estão ligadas a comportamentos de risco. Na mesma medida, é importante conhecer a orientação sexual de pacientes para fins de conhecimento destes comportamentos de risco, caso ocorram.

5. A PRODUÇÃO DE AUTOCUIDADO NA CONTRAMÃO DOS ESTIGMAS

“O pensamento feminista negro consiste em ideias produzidas por mulheres negras que elucidam um ponto de vista de e para mulheres negras.” (COLLINS, 2016. P. 101)

Neste capítulo será apresentado o conteúdo das entrevistas narrativas. Aqui estão descritas as experiências das informantes no que se refere às práticas sexuais, bem como as situações que atravessaram as trajetórias de mulheres em busca dos serviços para cuidados em saúde sexual.

Para melhor visualização do perfil das intervenientes, o quadro a seguir apresenta algumas informações sobre elas, mantendo o sigilo das informações que possam identificá-las e, para tanto, os seus nomes foram substituídos por nomes de divindades da mitologia Iorubá.

Quadro 2

Identificação	Or. Sexual	Escolaridade	Idade
Oduduá	Bissexual	Sup. Completo	23
Olokun	Lésbica	Sup. Completo	21
Ewá	Bissexual	Sup. Completo	25

Ao início das entrevistas, foram exibidas as informações sobre a pesquisa e a pesquisadora, abriu-se espaço para perguntas e após a leitura, compreensão e aceitação do TCLE, bem como a autorização da gravação, iniciou-se com a orientação do roteiro previamente estruturado. A primeira entrevista ocorreu com Oduduá, no dia 12 de janeiro de 2021, seguida de Olokun, no dia 15 de janeiro de 2021 e, posteriormente, Ewá no dia 28 de janeiro de 2021.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e a seus trechos agrupados de acordo com a afinidade entre si e com os objetivos da pesquisa. Sendo assim, a análise de conteúdo foi realizada com base na divisão e agrupamento desses trechos e, em seguida, categorizados em um dos três eixos de análise: (1) Descoberta da sexualidade: curiosidade, prazer e culpa; (2) Cuidados e serviços de

saúde sexual: a (des)assistência de mulheres lésbicas e bissexuais; (3) Cuidados possíveis em saúde sexual entre mulheres com vulva: onde está o acesso à essas informações?

Estes eixos foram pensados com base nos estudos desenvolvidos e apreciados na revisão da literatura¹⁴ e extraído das experiências dos minicursos, portanto, a sua construção possui um olhar direcionado a estes fenômenos. Integra-se a essas discussões, os valores religiosos e a fonte de informação sobre cuidados e autocuidados, que não foram inicialmente pensados, mas que apareceram com muita latência na narrativa das participantes.

A análise das entrevistas foi realizada com base no método da *história narrativa*, tendo em vista a verbalização das experiências manifestadas a partir da interação entre a pesquisadora e a participante, como proposto por John Creswell (2014). Para tanto, o conceito de *interseccionalidade* apresentado por Patrícia Hill Collins & Sirma Bilge (2020) é utilizado como ferramenta analítica com a finalidade de identificar os entrelaçamentos nas experiências dessas mulheres, sobretudo no que concerne às relações raciais, de gênero, sexualidade e classe, onde estes fatores estão alinhados as trajetórias narradas.

Nessa mesma medida, Collins & Bilge (2020) apontam a inter-relação entre gênero, raça, classe, sexualidade, etnia, faixa etária, etc., sobretudo a indissociabilidade dessas categorias e sistemas de dominação que as estruturam — sexismo, racismo, classismo, LGBTfobia, etc. É a inter-relação entre essas categorias que formam a interseccionalidade e, ao mesmo tempo, produz diferentes experiências principalmente às pessoas que são submetidas aos sistemas de dominação que os configuram.

5.1 Descoberta da sexualidade: curiosidade, prazer e culpa

A instituição da heterossexualidade como a única expressão da sexualidade aceitável socialmente, tem como consequência a imposição do poder masculino, posto que aponta o casamento e desejos sexuais de mulheres voltadas aos homens, na medida em que esses reforços ocorrem (RICH, 2012). Nesse sentido, à medida

¹⁴Vide capítulo 5 deste trabalho .

em que essas mulheres se deparam com desejos contrários a essas imposições, elas passam pela fase da curiosidade, dúvida e descoberta da própria sexualidade:

“Eu me identifico enquanto uma mulher lésbica.. ah, muito embora eventualmente eu sinta algum tipo de atração por homem, mas não se trata de atração romântica ou afetiva, mas sexual mesmo... então... fico nesse caminho” (Olokun, lésbica, 21 anos)

“O meu meio já era um meio que esses assuntos já era recorrente, então falar sobre sexo entre pessoas do mesmo sexo era algo corriqueiro no meu cotidiano, mas não era algo que fazia parte do meu repertório individual, então assim, era sempre sobre o outro, nunca sobre mim [...] naquele momento eu também não tinha curiosidade, até que em algum momento fui despertar esse desejo” (Ewá, bissexual, 25 anos)

“[...] para me envolver sexualmente eu achava que não... que sexualmente só com um homem, né?! E eu achava que era mais uma coisa de curtidão mesmo de festa e tal. E eu não entendia que era bissexual.” (Oduduá, bissexual, 23 anos)

É possível observar que a compreensão sobre outras possibilidades de experienciar a própria sexualidade parte das referências existentes na vida dessas mulheres, como é o caso de Ewá, que embora conhecesse minimamente essa realidade na vida de outras pessoas, não compreendia os seus próprios desejos por pessoas do mesmo gênero inicialmente. Ao mesmo tempo, é fundamental

[...] considerar a possibilidade da fluidez da orientação sexual ao longo do ciclo vital, manifesta em termos continuados ou episódicos, o que fará com que comportamentos heterossexuais antecedam (ou sejam antecededidos) dos homossexuais ou mesmo que coexistam num ou vários períodos da vida de uma mulher (MARQUES, *et al*, 2013. P. 2040).

Por outro lado, a crença de que a relação sexual é aceitável somente com o gênero oposto, presente na experiência de Oduduá, dificulta a aceitação dos próprios desejos. Já a experiência de Olokun possibilitou essa compreensão e isso faz pensar sobre como o rompimento da heterossexualidade compulsória permite o reconhecimento, aceitação e exercício dos próprios desejos.

Chama atenção o fato de que mulheres pretas e pardas, mesmo que vivenciando a sexualidade ao longo dos seus ciclos de vida — e neste caso em contato com outras afetividades — não se pensam enquanto seres desejáveis dentro dessas configurações afetivas. Neste caso, convido a reflexão sobre como se constroem, subjetivamente, os desejos e as afetividades (não heterossexual) de mulheres pretas e pardas.

Em vista disso, Audre Lorde aponta que “nossos desejos são intrínsecos, mas os controles são externos” (LORDE, 2016. P. 31), o rompimento da imposição da heterossexualidade é o mesmo que confrontar esses controles, considerando sobretudo os sistemas de dominação presentes na vida de mulheres pretas e pardas.

O racismo, enquanto sistema de dominação, tem como base as diferentes características fenóticas entre povos, onde historicamente resultou na hierarquização entre estes e ainda se mostra muito presente nas relações. São essas mesmas características que produzem diferentes impactos entre mulheres pretas, pardas e brancas, heterossexuais ou não, pertencentes a diferentes classes sociais. Isso aparece na medida em que mulheres, que mesmo inseridas em pautas relacionadas a sexualidades outras, não conseguem pensar a sua própria sexualidade e dar vazão aos seus desejos mais intrínsecos.

As relações socioculturais presentes em diferentes sociedades são capazes de moldar o funcionamento social, sem perder de vista esses sistemas de dominação que estruturam as civilizações. É a partir desses pontos que ocorre a diferenciação entre os modos de cuidados em diferentes corpos nos serviços de saúde, onde mulheres negras e não heterossexuais são negligenciadas e por vezes têm o atendimento negado.

Tendo em vista ainda os valores morais e religiosos impostos socialmente, as mulheres que se relacionam com outras mulheres, sentem o peso dos estigmas que serão atribuídos à elas no momento em que se sentem interessadas por outra pessoa do mesmo gênero.

“Eu não contei para ninguém, era uma coisa só minha e dela mesmo, né?! Ninguém sabia justamente porque eu tinha essa vergonha de falar “nossa fiquei com uma amiga” e também porque eu era da igreja na época, então era totalmente errado, né?!” (Oduduá, bissexual, 23 anos)

“[...] eu acho que o julgamento, sabe, moral daquilo era tão grande que mesmo eu me permitindo, eu pensava assim: se eu não fizesse nada, então eu não sou sapatão, né.” (Euá, bissexual, 25 anos)

Essas narrativas ilustram o modo como a imposição dos estigmas, oriundos da moralidade e religiosidade são capazes de suprimir a possibilidade da descoberta

da própria sexualidade, sendo ainda mais perversa no momento em que o sentimento de culpa se manifesta no momento em que quando se percebe a possibilidade da sensação de prazer nas práticas homoafetivas.

Ao mesmo tempo, os estigmas atribuídos a mulheres lésbicas são capazes de podar a possibilidade de se compreender enquanto tal e, ao mesmo tempo indica como

Tolera-se, em maior ou menor grau, a existência das lésbicas, mas desde que não demonstremos afetividade em público e à luz do dia, não afirmemos nossa sexualidade com orgulho, não levantemos nossa bandeira de luta. A lesbianidade pode ser tolerada, desde que seja vivida na invisibilidade a que é condenada. (OLIVEIRA, 2017. p. 13)

Esses estigmas são prejudiciais ao ponto de cair no imaginário que a afetividade entre mulheres pode ser nomeada unicamente como lesbianidade, excluindo e inviabilizando totalmente a bissexualidade como possibilidade afetiva.

No que concerne aos valores religiosos e a influência da igreja, Silvia Federici (2019) fala sobre a politização da sexualidade, o que denomina de “*Catecismo Sexual*” (FEDERICI, 2019, p. 81) ou seja, o momento em que a Igreja começa a fazer imposições sobre os dias, a posição e a quem era outorgado às práticas sexuais. Essas imposições, ainda que feitas na idade média, se estendem aos dias atuais e, no caso das relações homoafetivas, fogem totalmente do que foi estabelecido.

Na experiência dessas mulheres, é possível observar que na medida em que sentem interesse em experienciar a afetividade com pessoas do mesmo gênero, este desejo vem acompanhado de um sentimento de culpa, pois a régua utilizada para medir essas práticas estão totalmente enviesadas pelos princípios morais e religiosos presentes na sociedade em que estão inseridas, além do modo como essa sociedade estigmatiza, invisibiliza e reprime tais relações.

5.2 Cuidados e serviços de saúde sexual: a (des)assistência de mulheres lésbicas e bissexuais.

Comumente, à primeira procura pelo serviço ginecológico está ligada ao aparecimento de um sinal ou sintoma relativo à especialidade médica, ou por efeito do início das práticas sexuais. Há também as situações em que meninas e mulheres são levadas ao serviços para que pais e/ou responsáveis possam atestar a virgindade da mulher. Em todos esses casos, o olhar profissional está voltado para um diagnóstico — com base em sinais e sintomas e, posteriormente, são dadas as orientações a partir disso — ou orientações relacionadas a métodos contraceptivos, quando se tem vida sexual ativa.

Independentemente da situação que motiva à primeira busca pelo serviço ginecológico, é necessário que seja exercida uma escuta das demandas apresentadas e, a partir disso, as informações e recomendações sejam oferecidas. Isso porque, os tipos de orientações médicas referentes aos cuidados ginecológicos, não necessariamente serão capazes de atender as necessidades de todas as mulheres, pois, assim como a falta de acesso pode prejudicar a saúde dessas mulheres, um atendimento negligenciado consegue produzir este mesmo efeito.

Com diferentes motivações para a primeira busca ao serviço ginecológico, essas experiências podem ser positivas ou negativas, com agravante — em situações negativas — da possibilidade de afastamento entre usuárias e serviço e, dependendo das informações fornecidas, a condução dessas mulheres em situação de risco.

“[...] eu tava com uma dor muito forte no pé da barriga e aí a minha mãe queria tirar a prova de que eu era virgem ou não, né?! Então ela me levou no ginecologista... Ela poderia ter feito qualquer coisa mas, ela tinha me levar no ginecologista para ter essa prova. Então é a primeira vez que eu fui ao ginecologista foi isso, nessa pressão assim” (Oduduá, bissexual, 23 anos)

“eu sentia muita dor e durante no meu período menstrual e depois eu descobri que eu tinha um cisto, mas que até então eu não sabia que era um cisto né porque saía, além de sentir dor saía muita secreção da minha vagina, saía pedaços, pedaços de sangue e isso não era só no meu período

menstrual, era corriqueiro, cotidiano e aí eu procurei por conta disso.” (Ewá, bissexual, 25 anos)

“A primeira vez que eu fui no ginecologista foi com minha mãe... sei lá, eu devia ter uns 14, 13 anos e ela me levou pra.... na verdade acho que foi por essa idade e eu ia falar que ela me levou por levar, mas agora eu me lembrei de que eu costumava ter corrimento quando eu era novinha e ela me levou pra ver isso e aí, enfim, passei por uma série de procedimentos pra melhorar” (Olokun, lésbica, 21 anos)

Efetivamente, a primeira busca pelo serviço de saúde sexual tem uma motivação de cuidados neste campo e pouca relação com orientações voltadas à sexualidade. Entretanto, este primeiro contato é fundamental para a compreensão do serviço como um espaço seguro de acolhimento, especialmente no que se refere aos tipos de orientação recebidos nesses dispositivos.

Isso se apresenta nas experiências dessas mulheres, quando buscam as unidades com uma finalidade e, na medida em que recebem orientações não desejadas e, principalmente, que não tem qualquer tipo relação com as suas especificidades, estas passam a compreender o serviço como pouco efetivo e consequentemente pode gerar um afastamento das possibilidades de autocuidado.

Por não haver um método de barreira, isto é, um preservativo específico para o sexo entre vulvas, algumas mulheres utilizam método de barreiras improvisados durante as práticas na tentativa de diminuir os risco de contaminação de IST's, ou durante o período menstrual, por exemplo. Essas são informações que circulam entre grupos de mulheres lésbicas e bissexuais e, ainda assim, de maneira limitada e com baixa aderência.

É nesse momento que surgem as chamadas "gambiaras", que podem ser vistas como estratégia de cuidados e autocuidados nas relações sexuais entre mulheres com vulva. Estas são utilizadas, devido a ausência de um preservativo específico capaz de atender tais necessidades. Elas consistem na utilização de luvas cirúrgicas, customização do preservativo masculino ou feminino e, em alguns casos, a utilização de plástico filme para tenta diminuir o risco na troca de fluidos durante o sexo.

Justamente por ser de conhecimento limitado e também pela baixa adesão por mulheres que conhecem minimamente esses métodos, isso pode estar ligado ao fato de que, efetivamente, utilizar esses métodos de barreira é trabalhoso, em certa medida, e requer o mínimo de preparação prévia, além do conhecimento sobre esses métodos, primeiramente. Com relação ao uso dos preservativos as participantes indicam que:

Nunca utilizei em nenhum relacionamento. Não utilizo na relação atual. Não sei dizer se tem algum motivo pra não utilizar, acho que é mais de.... [risos] nem sei explicar o motivo de não utilizar. Só acho que é porque eu acho que não é tão comum ou tão usado, tão conversado e a gente acaba deixando a Deus dará.” (Olokun, lésbica, 21 anos)

“Na minha antiga relação a gente tinha algumas próteses, alguns vibradores e aí a gente usava a camisinha no produto né, no objeto, mas entre a gente não. Era os únicos momentos que a gente tinha uso de preservativo.” (Ewá, bissexual, 25 anos)

“Eu não sabia essa questão do cortar as unhas, né?! A questão que existem barreiras que podem ser feitas de forma improvisadas, né?! Então assim, ainda bem que eu só tive essa relação, né?! Porque, de uma certa forma, se eu tivesse tido outras relações sem prevenção poderia acontecer outras coisas, né?!” (Oduduá, bissexual, 23 anos)

As orientações sobre esse tipo de cuidado podem ser vistas em campanhas de caráter preventivo que incentivam o uso de preservativos e, para alcançar o maior número de pessoas, são exibidas em redes televisivas, rádios, internet e se fazem presentes em grandes eventos, como o carnaval, por exemplo. Entretanto, essas ações, embora necessárias, não são capazes de orientar sobre a existência de riscos de contaminação de IST's e *AIDS* na relação sexual entre vulvas, fazendo parecer que há ausência de risco nessas práticas.

Na mesma medida, essas iniciativas também estão presentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's), compreendida na atenção primária e, ao mesmo tempo, como porta de entrada para os cuidados preventivos no âmbito do SUS. Assim sendo, para cada nível de atenção em saúde, há uma série de especialidades que

garantem a prevenção de agravos, os cuidados especializados e promoção de saúde.

De modo a garantir a integralidade de acesso e cuidados no SUS, uma série de políticas e programas integram este Sistema e, dentre outros aspectos abordados, essas iniciativas orientam sobre os atendimentos de diferentes populações, como por exemplo a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (BRASIL, 2009) e a Política LGBT (BRASIL, 2013), criadas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e saúde de mulheres brasileiras e expandir os direitos à essas populações no que se refere a assistência em saúde, respectivamente.

Embora essas políticas tenham vigência no Brasil, o seu desconhecimento por parte do público-alvo e, em alguns casos por parte de profissionais que atuam nos dispositivos de saúde, pode limitar a exigência de cuidados e assistência e, consequentemente deixando a característica preventiva e passando a ser caracterizado como saúde curativa, uma vez que o atendimento negligenciado na “porta de entrada” resulta no afastamento de usuários e usuárias que, automaticamente, tornam-se desassistidos.

De modo geral, essa problemática precisa ser pautada, considerando que o processo curativo além de sobrecarregar o Sistema público, gera maiores gastos, ao passo que maiores recursos serão necessários para atender as demandas. Diante do exposto, profissionais de saúde que prestam serviços em saúde, seja eles públicos ou privados, devem banir das suas práticas profissionais, as pressuposições baseadas em juízo de valores morais e preconceituosos, pois estes, além de não contribuírem em nada com a assistência e cuidados do sujeito, pode ser capaz de distanciar as usuárias do serviço, sobretudo as pessoas que são atravessadas por marcadores de sexualidade, como é o caso da experiência dessas mulheres:

“[...] eu senti um incômodo muito grande em chegar lá, em me apresentar, em contar minha história porque por exemplo a gente né, fala que veio procurar o serviço por esse motivo numa sala de espera que é compartilhada então outras pessoas sabem, outras pessoas estão ouvindo a forma como é tratada isso não é com delicadeza de tipo: deixa eu falar um pouco mais baixo! Deixo eu me aproximar mais de você! Pelo menos na minha experiência não teve delicadeza alguma. Então, assim, eu fui exposta

mesmo [...] no período eu tinha uma relação com uma pessoa fixa, a gente sabia do nosso histórico então eu não tinha esse medo, mas mesmo assim eu me senti constrangida e eu fico pensando... no momento eu pensei, né, se eu tivesse de fato exposta, tivesse me colocado exposta a alguma situação eu sairia de lá um caco. Pra você ter noção, eu sairia de lá um caco é tanto que eu não retornei. Eu não tive coragem de voltar pra fazer de fato o exame porque eu fiquei muito constrangida e olha que eu nem tinha um porquê entre aspas né. Imagina se eu tivesse!" (Ewá, bissexual, 25 anos)

"O atendimento não começa na triagem, começa na portaria. Aí você tem que dizer na recepção o que você tem para elas ver se vai te passar pela triagem [...] E aí, eu fui encaminhada pra fazer o preventivo. Sendo que eu queria ir pra médica. [...] E ela foi muito grossa porque, ela me perguntou se eu tinha filho, me perguntou se eu usava o método contraceptivo e perguntou minha idade. E aí, eu falei que eu não tinha filha. [...] eu falei que não, que não utilizava nada, né?! E aí ela falou bem assim: "Ah, você quer engravidar?", aí eu falei: "Não!", aí ela falou assim: Ah, porque sua idade é a idade de engravidar. Porque se você não usa nada, você quer engravidar! Você já pensou em colocar um DIU?" e eu falei: "Eu não quero engravidar e também não quero colocar um DIU!", [risadas] aí ela disse assim: "Se você quiser um DIU, a gente faz encaminhamento, e aí, você coloca um DIU. É super simples, já que você não quer engravidar porque você é muito nova! Essa idade é a idade mais... Que mais engravida!" (Oduduá, bissexual, 23 anos)

"Eu não sei dizer... acho que na primeira vez eu era bem novinha, eu tava um pouco assustada com tudo e eu expliquei tudo pra ginecologista e.... eu senti um pouco de julgamento da parte dela, então não me senti muito confortável" (Olokun, lésbica, 21 anos)

Ewá narrou a experiência vivenciada no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), onde a procura pelo serviço se deu a partir de uma necessidade de realizar o teste rápido e, embora o acolhimento e aconselhamento façam parte da rotina de trabalho neste dispositivo, essa busca foi marcada por constrangimento e conseguiu fazer o movimento contrário, ou seja, afastar a usuária do serviço.

Assim como Ewá, o tratamento oferecido à Oduduá numa unidade de saúde foi suficiente para causar desconforto durante a abordagem da enfermeira. Neste

ponto é possível observar que, além das informações oferecidas a ela não encontrar-se com as suas necessidades pessoais, não houve abertura para outras possibilidades de orientação. As informações prestadas foram carregadas de pressuposições relacionadas às práticas sexuais — o que também não é apontado como ponto efetivamente satisfatório durante a consulta.

Em equivalência, as sugestões e orientações dadas a Oduduá estiveram relacionadas à prevenção de uma gravidez possivelmente indesejada, ou seja, o “roteiro” de atendimento baseia-se na crença pessoal do que pode vir a ser do interesse da paciente e não necessariamente corresponde à realidade e desejos dela.

Na mesma medida, as experiências dessas mulheres, atenta para o fato de que seus corpos são vistos apenas por uma ótica reprodutiva, ou seja, fica subentendido que os seus próprios cuidados estão diretamente ligados ao desejo ou não da procriação, concentrando os cuidados nos seus órgãos reprodutores (SWAIN, 2007). Em concordância, a condução destes atendimentos não possibilitam às mulheres a tomada de decisão sobre informar ou não a sua orientação sexual.

O trabalho realizado por António Manuel Marques e colaboradores (2013) concluiu que nos estudos internacionais desenvolvidos para identificar a relação de mulheres lésbicas nos serviços de saúde, ficou constatado que as mulheres heterossexuais não sentem necessidade de revelar a sua orientação sexual, pois acreditam que os profissionais de saúde são capazes de realizar essa identificação. Por outro lado, mulheres lésbicas disseram revelar a sua identidade sexual, pois acreditam ser vantajosa essa afirmação (MARQUES *et al.* 2013).

O ponto central sobre a revelação da sexualidade durante uma consulta, é que em muitos casos as mulheres não heterossexuais não se sentem confortáveis em prestar essa informação, por medo de represálias (ANDRADE, 2020), ou como é o caso de Olokun, não houve abertura por parte de profissionais durante os atendimentos, por outro lado, o julgamento vindo da profissional foi o ponto marcante.

Do mesmo modo, a falta de conhecimento sobre as práticas sexuais de mulheres que se relacionam afetiva e sexualmente com outras mulheres, desconsidera os cuidados específicos, sobretudo em exames ginecológicos que necessitam do uso de espéculo vaginal. Este objeto possui diferentes tamanhos e deve ser apresentado de modo a tornar menos desconfortável um procedimento

invasivo. De modo geral, o exame de Papanicolau, é marcado pela sua experiência dolorosa, e no caso de mulheres lésbicas e bissexuais, essa prática pode ser configurada como violência.

“Acho que alguns procedimentos que ela já fez em mim foi doloroso e eu não sei dizer se foi doloroso se é pra ser assim ou se.... sei lá.... o jeito dela. Eu já senti que as vezes parece que ela não tem tanta... como se ela tivesse parado de estudar simplesmente, sabe?! Formou e parou de estudar?! Eu lembro que uma vez eu falei que eu queria... eu pedi os exames de IST, etecetera e tal e ela perguntou: que que é IST? E aí eu falei: ah! é a infecção [...] aí ela falou: ah, DST! Aí eu: é.... e aí eu fiquei meio assim: ue, como é que ela não sabe que mudou a forma de falar, mas enfim. Ela é mais velha. Ela deve ter seus 60 anos e ela... ela nunca me perguntou nada sobre... ela já me perguntou qual foi a última relação, [...], mas nunca me perguntou se eu transo com homem ou se eu transo com mulher, nem nada do tipo.” (Olokun, lésbica, 21 anos)

"eu me lembro, por exemplo quando eu fiz a transvaginal, enfim, todo o processo, né, a transvaginal, o preventivo, o que é que acontece, os materiais que são usados é, assim, é um formato que é diferente por exemplo de um dedo e se aproxima mais de um formato de um pênis, de uma genitália masculina, por exemplo. E entende-se que, pelo menos foi o que eu senti, se eu já tenho uma vida sexual ativa e com homens, então assim o que entrar entrou e pode ser entrar de qualquer jeito porque a passagem tá aberta. Só que quando na verdade eu tive uma relação de quase quatro anos [com uma mulher], então assim, se eu tive uma relação de quase quatro anos, já tinha mais de quatro anos que eu tinha tido uma relação com homens e são práticas totalmente diferentes. Então introduzir algo na minha vagina, é... não era porque eu tinha uma vida sexual que aquilo ali era rotineiro, né, porque existe várias formas de se relacionar com uma mulher. E assim, não foi perguntado... já foi pressuposto que era com homem. E assim, se não foi perguntado, eu também não tive coragem de falar. Principalmente porque a minha mãe estava presente. Então não tive coragem de perguntar." (Ewá, bissexual, 25 anos)

E aí, a gente foi fazer o preventivo que é uma coisa super desconfortável. Acho que é por isso que eu não vou fazer, porque é muito desconfortável, e tipo assim, quando tem enfermeira que tem cuidado, né?! A delicadeza de fazer, ainda vai! Mas essa enfermeira, por exemplo, não tinha isso, né?! Ela falava assim: 'Você tem que relaxar, que se você não relaxar eu vou

machucar você!'. E aí, a gente ficou mais tempo enfiando um negócio em mim, sabe?! Sem eu querer que você enfie esse negócio em mim e foi muito... Foi muito desconfortável, também foi a última experiência, depois eu fui lá peguei o resultado e pronto! Queria ver o que eu tinha, se tinha alguma coisa, já tinha tomado o remédio e pronto! Assim, depois nem voltei lá, assim, pra fazer o retorno, sabe?" (Oduduá, bissexual, 23 anos)

O atendimento dialogado é fundamental e possibilita a apresentação sobre dúvidas relacionadas, ao passo que se percebe o acolhimento, criando uma relação de confiança entre paciente e profissional de referência.

5.3 Cuidados possíveis em saúde sexual entre mulheres com vulva: onde está o acesso a essas informações?

Considerando as intervenções realizadas ao longo dessa pesquisa, foi possível identificar o que já era de conhecimento das participantes e o que foi adquirido durante as atividades. Neste sentido, as mulheres entrevistadas, indicaram que muitas das informações sobre os cuidados possíveis em uma relação sexual entre vulvas foi adquirido nas intervenções realizadas ao longo dessa pesquisa:

"a primeira pessoa que eu vi falando sobre isso num caráter científico foi você.... no extremo sul da Bahia e eu acho que isso é importante ser frisado também a importância de você, enquanto pesquisadora, enquanto mulher negra e lésbica, fazer esse trabalho e eu acho que em outras entrevistas talvez você... se você for a fundo você vai saber que, por exemplo.. ah, através de um grupo, tá, mas esse grupo foi como? quem participava desse grupo? e você em alguma medida fez parte disso, sabe, no extremo sul pouco se fala sobre isso e você foi a primeira." (Ewá, bissexual, 25 anos)

"Eu não cuido, né?! [risos] Não cuido... Mas assim, eu evito fazer sexo quando... Aprendi durante minha relação algumas coisas, né?! Inclusive em uma das suas palestras, aquela oficina que você fez, né?! E depois eu fui começar a buscar quais são os cuidados que são necessários, né?! Que tipo, de fato assim, não sabia de nada, né?!" (Oduduá, bissexual, 23 anos)

"eu acho que... sendo bem sincera, eu já tirei várias dúvidas com você, principalmente na sua palestra... no curso do NUDES¹⁵ curso de atualização." (Olokun, lésbica, 21 anos)

Um ponto que chama atenção nessas narrativas, é que todas essas mulheres são oriundas de classe popular, atualmente possuem nível superior e muitas das suas experiências sexuais ocorreram antes mesmo de acessarem a Universidade. Isso diz sobre o fato de que as Instituições de Ensino Superior (IES) ainda se mostram como um espaço de privilégio para o acesso de algumas informações.

Paralelamente, a existência das "gambiaras", ainda que de conhecimento limitado, prova a existência da subversão de uma realidade que está posta. É a partir dessa realidade de negligência e marginalização que mulheres desenvolvem mecanismos de autocuidados, ainda que precarizados, para indicar que a produção do conhecimento e dos cuidados não necessariamente estão centrados nos espaços considerados de "produção do saber".

¹⁵ O Núcleo Universitário de Estudos em Dissidências Sexuais (NUDES) é desenvolvido na Universidade Federal do Sul da Bahia e coordenado pela Professora Doutora Rebeca Valadão Bussinger, que me fez o convite para palestrar sobre as estratégias de cuidados em saúde de mulheres com vulva durante o curso de atualização em gêneros, sexualidades e direitos humanos, realizado virtualmente em abril de 2021.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a saúde seja o setor que possui um conjunto de iniciativas mais sistemáticas e abrangentes para a população LGBT+, ainda é necessário que essas ações tenham impactos concretos na vida dessa população e não somente na centralização de enfrentamento às IST's e aids (MELLO, *et al.*, 2012). Mesmo essas ações e campanhas, em sua maioria, são voltadas à homens cis gays, deixando de fora os cuidados de mulheres que fazem sexo com mulheres.

É evidente a necessidade de um estudo populacional que compreenda as necessidades e especificidades deste público para que assim, tenha-se um panorama quanto às ações mais urgentes. Isso porque os estudos publicados até aqui não podem ser utilizados como amostra representativa, devido às limitações geográficas, bem como o perfil das participantes (ANDRADE, *et al.* 2020).

Além disso, é indispensável a inclusão dessa pauta nos cursos de formação profissional em saúde e oportunizar a qualificação de profissionais já formados e que atuam nos serviços, sejam eles públicos ou privados, para que essa se torne uma característica das práticas de atendimento e não meramente uma característica de um ou outro profissional ou entre o serviço público e privado.

Aspectos considerados igualmente importantes neste estudo estão relacionados a insuficiência de questionar meramente a sexualidade durante uma consulta. É primordial que se conheçam, sobretudo, os comportamentos de risco envolvidos nas práticas sexuais, fundamentalmente ao que se refere às possibilidades de diminuição dos riscos de transmissão de IST's.

Conhecer tais comportamentos possibilita um atendimento mais direcionado aos cuidados, pautados por uma perspectiva de atendimento centrado na realidade da pessoa e oportuniza o oferecimento de informações e recomendações, como a sugestão de um espécuro vaginal em tamanho confortável à paciente, informações de como evitar as práticas sexuais com penetração durante o período menstrual, pois o contato com o fluido permite a transmissão de fungos, bactérias e vírus, sobretudo quando há microfissuras por parte da outra parceira, que oportuniza a entrada desses microorganismos.

Antes mesmo da realização de campanhas de testagem neste público, é necessário que, primeiramente, sejam difundidas as informações acerca dos riscos presentes na relação sexual e fora dela. Em seguida, é importante reforçar a

importância de uma consulta ginecológica para cuidado e bem-estar, sobretudo a realização de exames. Destaca-se aqui o exame de Papanicolaou (exame citopatológico do colo do útero), que de acordo com o Ministério da Saúde deve ser realizado em pessoas com útero, entre 25 e 64 anos que têm ou já tiveram prática sexual. Essa é a principal estratégia de rastrear o câncer do colo do útero e garantir o diagnóstico precoce (BRASIL, 2016).

Por fim, as vivências narradas pelas interlocutoras e apresentadas neste estudo, dão um indicativo de que o desconhecimento sobre cuidados é consequência: 1- da formação profissional em saúde que não pauta esses cuidados de maneira adequada à realidade deste público; 2- da crença sobre a ausência de risco de contaminação e transmissão por IST's e demais infecções ginecológicas resultante das práticas sexuais homoeróticas entre mulheres, muitas vezes reforçada pelo estigmas e preconceitos e; 3- mulheres socialmente marginalizadas não devem ser responsabilizadas pelo desconhecimento acerca desses cuidados, uma vez que estão inseridas na mesma sociedade que negligencia seus corpos como forma de manutenção da hierarquia de poder sob justificativas baseadas na herança colonial;

Em suma, este estudo se mostra eficaz, na medida em que suas intervenções são capazes orientar, conhecer e reconhecer as estratégias de cuidados e autocuidados de MSM's negras, mais do que somente justificar o seu desconhecimento sobre a temática. Além do exposto, os resultados deste trabalho contribuirão significativamente para o fortalecimento do campo científico, ao passo que dialoga com o público-alvo e demais interessadas, através dos demais produtos desenvolvidos, como o *site* e o *zine*, ambos disponíveis para acesso gratuito.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2009.

ANDRADE, Juliane et al. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3809-3819, 2020.

ARAUJO, Luciane Marques de et al. Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas. **Rev. Enferm.** Rio de Janeiro; s.n; 2015. 286 p. 2015.

ARAUJO, Luciane Marques; PENNA, Lucia Helena Garcia. A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher [Sex, gender, and sexual identities in women's health]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 134-138, 2014.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S465-S469, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília-DF. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**; 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2013.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos avançados**, v. 17, n. 49, p. 117-133, 2003.

CARVALHO, Cintia Sousa et al. O dispositivo" saúde de mulheres lésbicas": (in) visibilidade e direitos. **Revista Psicologia Política**, v. 13, n. 26, p. 111-127, 2013.

CARVALHO, Laudenize Souza; PHILIPPI, Miriam May. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde-doi: 10512/ucs. v11i2. 1837.

Universitas: Ciências da Saúde, v. 11, n. 2, p. 83-92, 2013.

CARVALHO, Patrícia Maria Gomes de et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 4, p. 931-941, 2013.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder et al. Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista interamericana de psicologia/interamerican journal of psychology**, v. 44, n. 2, p. 235-245, 2010.

CORRÊA, Maria Eduarda Cavadinha. **Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

COLLINS, Patricia Hill. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, p. 99-127, 2016.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade. **Boitempo Editorial**, 2020.

CRESWELL, John W. Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa-: Escolhendo entre Cinco Abordagens. **Penso Editora**, 2014.

CURIEL, Ochy. Identidades esencialistas o construcción de identidades políticas: El dilema de las feministas negras. **Otras Miradas**, vol. 2, núm. 2, diciembre, 2002, pp. 96-113. Universidad de los Andes Mérida, Venezuela.

DE ARAUJO, Luciane Marques et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. **Rev. enferm. UERJ** ; 27: e 34262, jan.-dez. 2019.

DE OLIVEIRA FERREIRA, Breno; DOS SANTOS PEDROSA, José Ivo; DO NASCIMENTO, Elaine Ferreira. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, 2018.

FERNANDES, Noêmia Fernanda Santos et al. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00234618, 2019.

FEDERICI, Silvia. Calibã e a bruxa: mulheres, corpos e acumulação primitiva. Editora Elefante, 2019.

GROSFOGUEL, Ramón. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. **Sociedade e Estado**, v. 31, n. 1, p. 25-49, 2016.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 5, p. 7-41, jan. 2009. ISSN 1809-4449.

HOOKS, Bell. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.

LIMA, Fátima. Raça, Interseccionalidade e Violência: corpos e processos de subjetivação em mulheres negras e lésbicas. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 4, n. 2, p. 66-82, 2018.

LORDE, Audre. Irmã outsider: ensaios e conferências. **Autêntica Editora**, 2019.

LUGONES, María. Colonialidade e gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque (org.). **Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais**. 1.^a ed. Rio de Janeiro; Bazar do Tempo, 2020.

MAGALHÃES, Henrique. O que é Fanzine. Coleção primeiros passos, nº 283 São Paulo, Brasiliense, 1993

MARQUES, António Manuel; OLIVEIRA, João Manuel de; NOGUEIRA, Conceição. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2037-2047, 2013.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cadernos pagu**, n. 39, p. 403-429, 2012.

MORA, Claudia Mercedes; MONTEIRO, Simone. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. **Revista Estudos Feministas**, v. 21, n. 3, p. 905-926, 2013.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira** [S.l: s.n.], 2004.

NEGREIROS, Flávia Rachel Nogueira de et al. Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 23-31, 2019.

OLIVEIRA, Geane Silva et al. Acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família. **Rev Rene**, 01 January 2018, Vol.19, pp.1-7 2018.

OLIVEIRA, Luana Farias. Quem tem medo de sapatão? Resistência lésbica à Ditadura Militar (1964-1985). **Revista Periódicus**, v. 1, n. 7, p. 06-19, 2017.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180279, 2019.

PINTO, João Bosco Guedes. **Pesquisa-ação: detalhamento de sua sequência metodológica**. Recife, 1989, Mimeo.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latino-americanas**. Org: Edgardo Lander. Colección Sur Sur, CLACSO. p. 107-130. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. set. 2005.

RIBEIRO, Djamila. O que é lugar de fala?. **Letramento Editora e Livraria LTDA**, 2018.

RICH, Adrienne. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 4, n. 05, 2010.

ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 11, p. 65-69, 2006.

RODRIGUES, Julliana Luiz. **Estereótipos de gênero e cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

RUFINO, Andréa Cronemberger et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017499, 2018.

SILVA, Ariana Mara. Lésbicas negras, identidades interseccionais. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 7, p. 117-133, 2017.

SPINK, Peter Kevin. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010.

SOUZA, Simone Brandão. Teorias lésbicas contemporâneas e a arte como ativismo e potência de resistência e visibilidade. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 4, n. 2, p. 134-143, 2018.

SWAIN, Tânia Navarro. Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade. In: **Feminismo e Maternidade: Diálogos Interdisciplinares**. Org: Cristina Stevens. Florianópolis: Ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007.

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

VITULE, Camila; MACHIN, Rosana; COUTO, Márcia Thereza. Práticas reprodutivas lésbicas: reflexões sobre genética e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 4031-4040, 2017.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sra. para participar da Pesquisa Estratégias de Cuidados e Autocuidados Entre Mulheres Negras que Fazem Sexo com Mulheres, sob a responsabilidade da pesquisadora Leticia Ferreira da Silva, a qual pretende investigar os as vivências e cuidados em saúde sexual praticados por mulheres negras que fazem sexo com outras mulheres. Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista narrativa, a ser realizada virtualmente. O risco decorrente da sua participação nesta pesquisa é a possível invasão de privacidade e possível desconforto ao responder questões sensíveis, tais como atos ilegais e/ou violências. Para minimizar esses possíveis danos, você terá liberdade para não responder a questões constrangedoras. Se você aceitar participar, os resultados obtidos por esta pesquisa poderão contribuir para a produção dos conteúdos acerca dos cuidados que podem ser adotados nas práticas sexuais homoeróticas entre mulheres.

Se depois de consentir sua participação a Sra. desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da realização da entrevista, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A Sra. não terá nenhuma despesa e não receberá nenhuma remuneração referente a esta pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, uma vez que será guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com a pesquisadora no seguinte endereço: Rua 31 março, nº 170, CEP: 45.996-145, Bairro Monte Castelo, pelo telefone: (71) 99112-7238.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, DIZER NOME EM VOZ ALTA, fui informada sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser.

Data: ____/____/____

APÊNDICE B

CONVITE DE PARTICIPAÇÃO

Prezada,

Eu me chamo Leticia Ferreira e atualmente sou Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico-Raciais da Universidade Federal do Sul da Bahia, Campus Paulo Freire, situado no município de Teixeira de Freitas - Bahia, onde desenvolvo a pesquisa intitulada: “Estratégias de Cuidados e Autocuidados Entre Mulheres Negras Que Fazem Sexo Com Mulheres, sob orientação da Professora Dr^a. Rebeca Valadão Bussinger. Você está recebendo este convite, pois foi indicada por outra participante. Os critérios de participação se dão de modo voluntário, não remunerado, espontâneo e ao longo do desenvolvimento deste trabalho você poderá desistir a qualquer momento. As entrevistas serão gravadas e as informações serão arquivadas para preservar a identidade da participante. Os resultados serão publicados apenas em meios científicos e acadêmicos e terão como princípio norteador a garantia do sigilo e da ética. Se você puder contribuir para essa pesquisa podemos agendar* um dia e horário de acordo com a sua disponibilidade.

Meus sinceros agradecimentos!

*Devido ao cenário pandêmico causado pelo vírus da COVID-19, as entrevistas serão realizadas virtualmente por meio de plataformas gratuitas. Sendo assim, para participar da entrevista, é necessário que a participante disponha de um computador ou celular (smartphone).

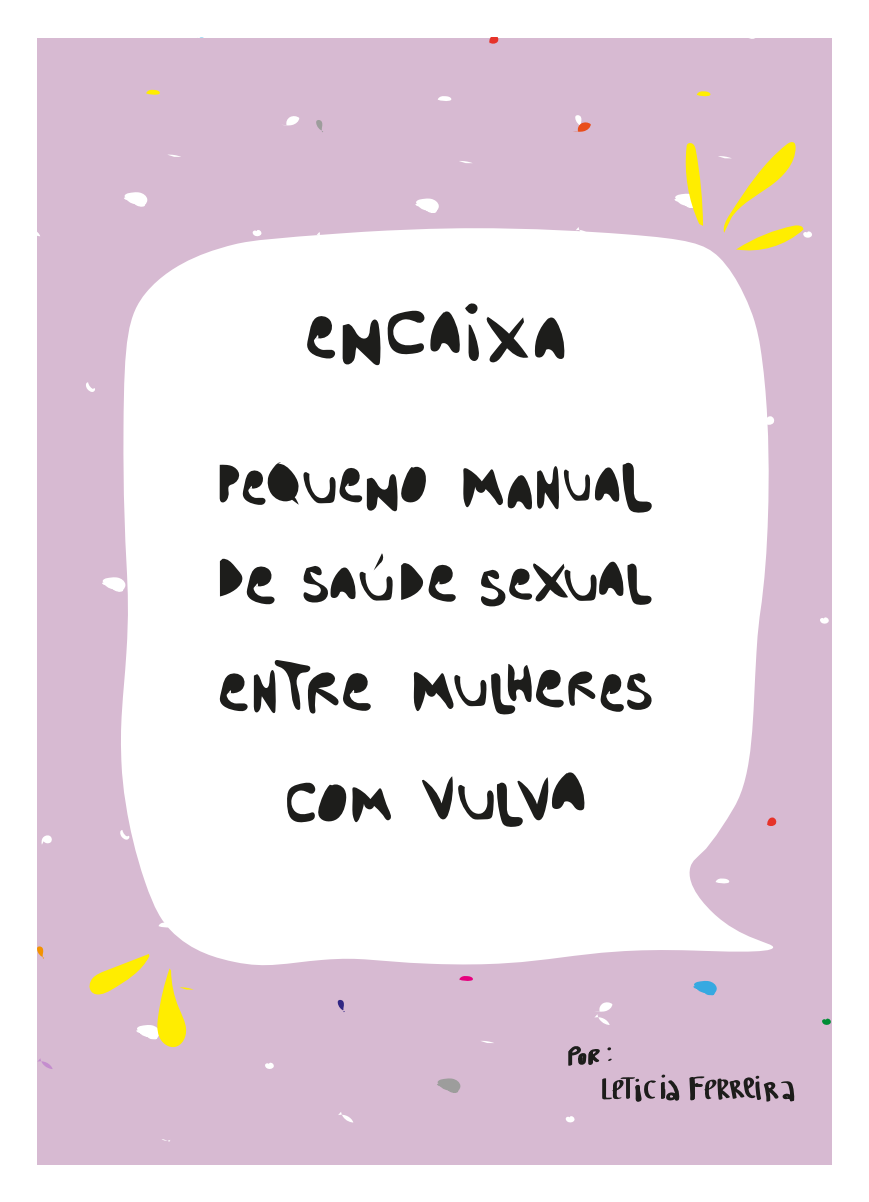


Contato: (71) 99112-7238 - WhatsApp

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Você tinha informações sobre como fazer sexo com outra mulher quando aconteceu pela primeira vez?
- O que sentiu ao identificar que se sentia atraída afetivamente por outra mulher?
- Como você cuida da sua saúde sexual? Porque não cuida?
- O que te levou a procurar o serviço ginecológico pela primeira vez?
- Com que frequência vai à este serviço?
- Utiliza algum método de barreira (ex preservativo)?
- Como avalia a experiência que você teve no serviço de saúde?
- O que você entende sobre cuidados em saúde sexual?
- Tem mais alguma coisa que queira dizer?

The background is a solid purple color. It is decorated with small, multi-colored confetti dots (white, yellow, red, blue, green) scattered throughout. In the top right corner, there is a yellow starburst graphic with three rays. The title text is contained within a white, rounded rectangular box.

ENCAIXA

**PEQUENO MANUAL
DE SAÚDE SEXUAL
ENTRE MULHERES
COM VULVA**

Por:

LETÍCIA FERREIRA



Olá, leitora.

Seja muito bem-vinda!

Este material foi criado com a finalidade de ampliar as informações sobre os cuidados e autocuidados em saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), considerando a vulnerabilidade existente nas práticas sexuais entre mulheres com vulva e o risco de transmissão de Infecção Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids.

Ah! Aponte a câmera do celular para o código QR no final do material ou acesse o site para obter mais informações.

MULHERES QUE SE RELACIONAM COM MULHERES TAMBÉM PRECISAM SE PROTEGER DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST's)

É importante destacar que nas práticas sexuais entre mulheres também é possível transmitir as IST's. A dúvida sobre esse assunto acontece principalmente devido a invisibilidade¹ e apagamento de lésbicas, bissexuais e demais mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres. Em muitos casos há falta da percepção de risco² devido à crença de que este público não possui vulnerabilidade quanto a contaminação de IST's.



[1] VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

[2] ANDRADE, Juliane et al. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3809-3819, 2020.

O QUE SÃO IST's?

Infecção Sexualmente Transmissível (IST) é o termo que substitui “Doença Sexualmente Transmissível” (DST). A substituição das palavras ocorreu porque, de acordo com o Ministério da Saúde, as infecções podem ocorrer e ser transmitidas sem apresentar sinais e sintomas, diferentemente das doenças. As IST's são causadas por vírus, bactérias e outros microrganismos.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DAS IST's?



As principais manifestações são
corrimento, feridas e verrugas.

Outros sintomas como lesões
de pele, ardência ao urinar, dor
pélvica, dentre outras também
podem aparecer.



É possível também que não
apareçam sintomas e por isso
é importante observar o corpo.

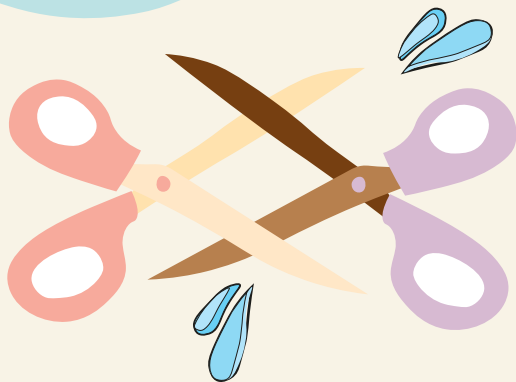


COMO OCORRE A TRANSMISSÃO ENTRE MULHERES?

No sexo, a transmissão ocorre quando não há uso de preservativo e uma pessoa infectada passa para outra. Pode acontecer também a transmissão vertical, que é quando uma gestante passa para o bebê.

COMPORTAMENTOS QUE PODEM AUMENTAR O RISCO DE TRANSMISSÃO

Os fluídos corporais podem servir como potenciais veículos de transmissão das infecções sexualmente transmissíveis, por isso é importante evitar a relação sexual durante o período menstrual.



COMO DIMINUIR OS RISCOS DE TRANSMISSÃO?

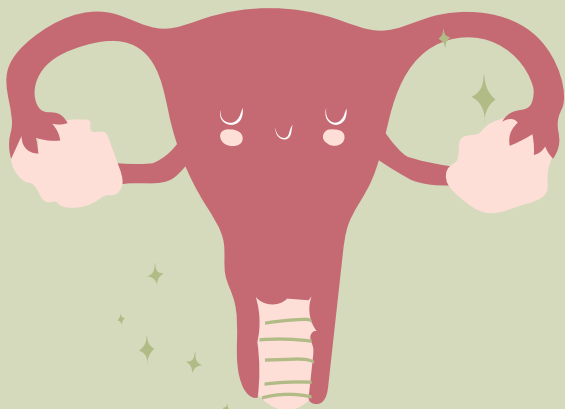
A ampliação do acesso à testagem pode ser um fator de diminuição de transmissão, pois o diagnóstico precoce dessas infecções e o acesso ao tratamento podem curar – no caso da sífilis – ou controlar a infecção – no caso do HIV³.



[3] VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade a violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

IMPORTÂNCIA DA CONSULTA GINECOLÓGICA

Uma consulta ginecológica é capaz de orientar sobre os cuidados adequados e promover bem-estar. Já os exames ginecológicos podem detectar precocemente possíveis problemas relacionados e evitar agravos, além de identificar e prevenir o câncer de colo de útero⁴.



IMPORTÂNCIA DA CONSULTA GINECOLÓGICA

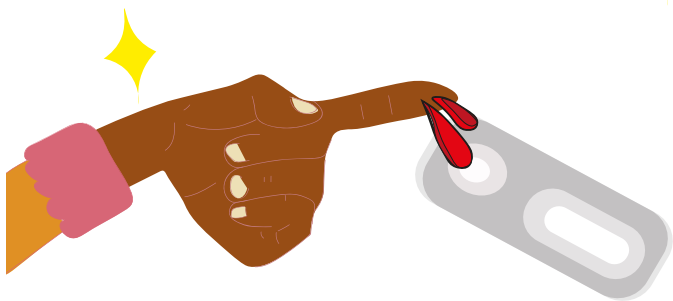
De acordo com o Ministério da Saúde⁵, o exame de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero), deve ser realizado em pessoas com útero, entre 25 e 64 anos que têm ou já tiveram prática sexual. Essa é a principal estratégia de rastrear o câncer do colo do útero e garantir o diagnóstico precoce.



[5] BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. - 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2016.

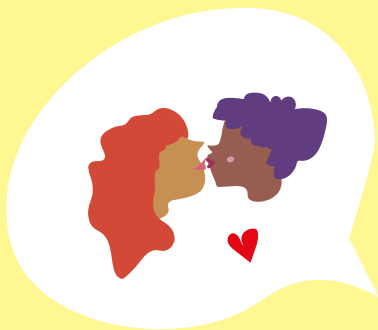
COMO E ONDE REALIZAR O TESTE DE IST's?

Na rede pública é possível realizar a testagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).



ATITUDES DURANTE UMA CONSULTA GINECOLÓGICA (PACIENTE)

Caso se sinta confortável, é importante sinalizar sobre as práticas sexuais, sobretudo nos casos de práticas sexuais homoeróticas, pois essa informação pode apontar para os comportamentos de risco relacionados e possibilitar orientações sobre os cuidados.



ATITUDES DURANTE UMA CONSULTA (PROFISSIONAL DE SAÚDE)

Pesquisas⁶ apontam que 47,3% das mulheres com práticas sexuais homoeróticas não revelavam essa informação durante uma consulta. Dentre as motivações para essa decisão estão a negligência por parte dos profissionais de saúde^{7,8}, leitura dos corpos sob uma ótica heterossexual⁹, ou medo de sofrer preconceito. Por isso, é importante seguir as recomendações de assistência e cuidados estabelecidos pelas autoridades de saúde.



[6] VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

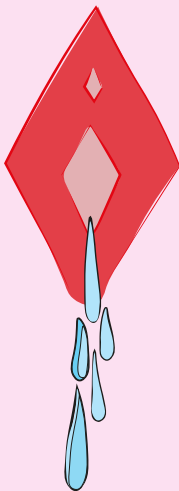
[7] ANDRADE, Juliane et al. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 3809-3819, 2020.

[8] MARQUES, António Manuel; OLIVEIRA, João Manuel de; NOGUEIRA, Conceição. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2037-2047, 2013.

[9] ARAUJO, Luciane Marques de; PENNA, Lucia Helena Garcia. A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher. *Rev. enferm. UERJ*, p. 134-138, 2014.

AUTOCONHECIMENTO CORPORAL

“A infecção vaginal pode ser caracterizada por corrimento e/ou prurido e/ou alteração de odor.”^[10] Mas atenção! Nem todo corrimento é sinal de problema e por isso o autoconhecimento corporal é importante, principalmente para identificar as mudanças que possam indicar algum tipo de alteração.



[10] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Esta iniciativa é parte do produto final para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino e Relações Étnico) -Raciais da Universidade Federal do Sul da Bahia, sob responsabilidade da pesquisadora Leticia Ferreira com orientação da professora doutora Rebeca Valadão.

Para mais informações aponte a câmera do seu celular para o código QR abaixo ou acesse o site: <https://is.gd/encaixaa>



Ilustrado por: Vitória Barreto

