

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
COMUNICAÇÃO SOCIAL – PUBLICIDADE E PROPAGANDA**

Nicolle Christine Sartor

**VELCRO SEGURO: O GUIA DE SAÚDE SEXUAL PARA
MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS COM VULVA**

Santa Maria - RS
2019

Nicolle Christine Sartor

**VELCRO SEGURO: O GUIA DE SAÚDE SEXUAL PARA MULHERES
LÉSBICAS E BISEXUAIS COM VULVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Publicidade e Propaganda da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito para a conclusão do Curso de Publicidade e Propaganda.

Orientadora: Juliana Petermann
Coorientadora: Lara Cezar

Santa Maria - RS
2019

DEDICATÓRIA

A minha família: Izabel, Carlos e Monique, por sempre me apoiarem na trajetória para fazer o que amo e pelo seu amor incondicional. Agradeço imensamente pela educação e oportunidades que me foram dadas, e que não existiriam se não fosse por vocês. Dedico também à minha namorada Walesca, que sempre me inspira a buscar novas perspectivas e me tornar uma mulher melhor. Seu amor e apoio foram essenciais para a realização deste e de outros projetos pessoais e profissionais. Você me inspira. Por fim, dedico este trabalho a todas as mulheres que têm a coragem de amar outras mulheres numa sociedade que não nos é simpática e, ainda assim, lutar por nosso direito de amar e existir.

RESUMO

VELCRO SEGURO: O GUIA DE SAÚDE SEXUAL PARA MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS COM VULVA

AUTORA: Nicolle Christine Sartor
ORIENTADORA: Juliana Petermann
COORIENTADORA: Lara Cezar

Este projeto experimental teve como objetivo o desenvolvimento de um material informacional sobre a saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais. O material foi desenvolvido em formato de fanzine, apresentando-se como um guia de saúde sexual. Aspectos como transmissão e prevenção de IST, métodos de sexo seguro, exames preventivos e anatomia da vulva são abordados por meio de ilustrações e texto na fanzine. Os conhecimentos médicos contidos na fanzine foram fornecidos pela médica Thais Dias, através de uma entrevista. Antes da elaboração do produto, mapeei e analisei trabalhos e materiais em comunicação e saúde que tratassem do tema, através do método de análise documental. Após analisá-los, utilizei o método de observação participante para analisar a resposta do público a um produto informacional previamente desenvolvido por mim, sobre saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais. A análise da resposta do público alvo à fanzine Velcro Seguro se deu a partir de entrevistas com mulheres lésbicas e bissexuais. Os processos metodológicos utilizados foram amparados por Duarte e Barros (2005). Quanto aos aspectos teóricos, reflito sobre o papel social da comunicação e publicidade a partir de três dimensões do discurso, de Fairclough (2001). Estas são: linguagem como prática social, prática discursiva e texto. Os resultados obtidos evidenciam a falta de materiais governamentais sobre saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais, contribuindo para que a desinformação acerca do assunto perpetue. A necessidade deste material é explicitada pela resposta positiva do público acerca do material desenvolvido, que foi considerado didático e acessível pelas entrevistadas.

Palavras-chave: Saúde Sexual, Fanzine, Lésbicas, Bissexuais, Comunicação, Discurso.

ABSTRACT

VELCRO SEGURO: THE SEXUAL HEALTH GUIDE FOR LESBIAN AND BISEXUAL WOMEN WITH A VULVA

AUTHOR: Nicolle Christine Sartor

ADVISOR: Juliana Petermann

CO-ADVISOR: Lara Cezar

This experimental project aims to develop a sexual health informational material for lesbian and bisexual women. The material was developed in the format of a fanzine, as a sexual health guide. Aspects such as transmission and prevention of STD's, safe sex methods, preventive exams and the anatomy of the vulva are approached through illustrations and text. The medical knowledge was provided by doctor Thais Dias, through an interview. Before developing the final product, I have mapped and analyzed academic work and informational materials on communication and health that approached the subject, by using the documental analysis method. After the analysis, I have used the participant observation method to analyze the public response to a product previously developed by me, about lesbian and bisexual women sexual health. The public's response to Velcro Seguro was measured through interviews with lesbian and bisexual women. The methodologic processes were sustained by Duarte and Barros (2005). Regarding the theoretical aspects, I approach the social role of communication and advertising from three dimensions of discourse, provided by Fairclough (2001). Those dimensions are: language as social practice, discursive practice and text. The results of this research point the absence of governmental material on sexual health regarding lesbian and bisexual women, contributing to the misinformation about the subject. The need for this material is clarified by the positive reaction from the public on the developed material, which content was envisaged as didactic and accessible by the interviewed women.

Keywords: Sexual Health, Fanzine, Lesbian, Bisexual, Communication, Discourse.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IST	Infecção Sexualmente Transmissível
DST	Doença Sexualmente Transmissível
LB	Lésbicas e Bissexuais
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
HIV	Sigla em inglês para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
LGBT+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais +
GLTB	Gays, Lésbicas, Transexuais e Bissexuais
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. SER MULHER LÉSBICA NA SOCIEDADE	6
3. LINGUAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL	12
3.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	12
3.1.1. TÉCNICAS DE COLETA: ANÁLISE DOCUMENTAL.....	12
3.2. ASPECTOS TEÓRICO-ANALÍTICOS.....	15
3.2.1. COMUNICAÇÃO E PUBLICIDADE COMO PRÁTICA SOCIAL.....	15
3.2.2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....	18
4. LINGUAGEM COMO PRÁTICA DISCURSIVA	31
4.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS: OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	31
4.2. ASPECTOS TEÓRICO-ANALÍTICOS.....	34
4.2.1. CONSTRUINDO E TESTANDO UMA FANZINE.....	36
5. TEXTO	45
5.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS: ENTREVISTA.....	45
5.2. ASPECTOS TEÓRICO-ANALÍTICOS.....	47
6. A FANZINE	62
7. CONCLUSÃO	63
APÊNDICE	66
REFERÊNCIAS	70

1. INTRODUÇÃO

Diante do crescente número de casos de brasileiros e brasileiras contaminados por HIV e sífilis, pode-se perceber que dois grupos são pouco (ou nunca) citados em boletins, reportagens e coletas de dados relacionados às doenças: mulheres lésbicas e bissexuais. A transmissão de HIV possuiu um aumento de 700% de 2007 a 2017, e a Sífilis foi decretada como epidemia pelo Ministério da Saúde em 2016, revelando quase 228 mil novos casos desde 2010 - quando se tornou obrigatória a entrega de relatórios sobre a ocorrência da doença -, e um aumento de 32% nas ocorrências de 2014 a 2015.

Ao analisar o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2017¹, fornecido pelo Ministério da Saúde em seu *website*, noto que os números de ocorrência da doença entre homens são separados entre as categorias: homens heterossexuais, homens bissexuais e homens homossexuais; enquanto os dados de ocorrência de HIV entre mulheres são resumidos em uma categoria: mulheres heterossexuais. Além da ausência de recorte de sexualidade na disposição de dados sobre mulheres portadoras de HIV, ao analisar o Boletim Epidemiológico de Sífilis² de 2017, encontro uma situação ainda mais precária, com dados ainda mais rasos e sem qualquer discriminação de sexualidade, tanto para homens quanto para mulheres.

A ausência da classificação por sexualidade na coleta e disposição de informações referentes à ocorrência de IST³ em mulheres evidencia e corrobora uma cadeia problemática de desinformação e descaso, que vai desde o sistema de saúde e seu método de mensuração de ocorrência de IST, perpassando a formação e prática de profissionais da saúde, o diálogo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres lésbicas e bissexuais e, por fim, a prática de sexo seguro por estas mulheres. Dentre estes fatores determinantes para tal desinformação, destaca-se uma possível falta de preparo de profissionais da saúde para atender mulheres LB, que é explicitada por Knauth (2008/2009) em sua pesquisa realizada em Porto Alegre, na qual ouviu profissionais da saúde em busca

¹ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017> (Acesso em 16 de Maio de 2019)

² Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017> (Acesso em 16 de Maio de 2019)

³ O termo IST (Infecção Sexualmente Transmissível) passou a ser utilizado em detrimento ao termo DST (Doença Sexualmente Transmissível) pois uma pessoa pode estar infectada e transmitir as infecções, mas não estar doente. Fonte: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist> (Acesso em 18 de Novembro de 2019)

das motivações por trás da negligência no atendimento a mulheres Lésbicas e Bissexuais. Os profissionais entrevistados elencam a falta de abordagem do assunto no âmbito da formação acadêmica como um fator determinante para a situação:

Em síntese, pode-se afirmar que todos os entrevistados consideram a formação em medicina como “insuficiente” e “pouco científica” para abordar as temáticas relacionadas à sexualidade. No depoimento da ginecologista, que trabalha no serviço especializado em HIV, pode-se evidenciar essa percepção: a gente tem na UFRGS, na cadeira de Ginecologia mesmo, tem alguma uma coisa muito superficial. Na verdade, assim, sobre a sexualidade, tem professor que faz essa, essa especialidade ali no [Hospital de] Clínicas, na residência, algum contato. Mas tenho que dizer que é ruim, que não é, não é uma coisa muito científica assim. [...] A gente teve algumas aulas sobre orgasmo, platô e não sei o quê, mas uma aulinha disso e o restante tudo papagaiada assim, nada muito que nos ajudasse muito, a longo prazo, a gente tem muita dificuldade (KNAUTH, 2008/2009, p. 29).

Com deficiências surgindo desde o atendimento oferecido na consulta, perpassando o constrangimento das pacientes em relação à sua sexualidade⁴, provavelmente devido à falta de preparo (como explicitado anteriormente), profissionais da saúde acabam por não recomendar exames cruciais para a salubridade de qualquer mulher, com qualquer orientação sexual. Tais condutas consequentemente resultam em comportamentos de risco à saúde por parte destas mulheres: seja pelo não uso de preservativos para sexo entre mulheres, por serem métodos desconfortáveis e (quase) impraticáveis, ou pelo receio de frequentar o médico e sofrer preconceito.

Diante do contexto apresentado em relação ao despreparo de profissionais da saúde para o atendimento de mulheres lésbicas e bissexuais, problematizo também a carência de espaços destinados a acolher e dialogar sobre IST com mulheres LB que já possuam alguma doença, ou que apenas almejam informar-se sobre o assunto. A urgência da criação destes espaços não vem apenas do presente, mas de uma necessidade – já datada - da quebra do estigma sobre doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres lésbicas e bissexuais.

⁴ Segundo pesquisa realizada em 2014, pelo médico e interlocutor de DST do PE-DST/Aids e PM-DST/Aids e São Paulo, Valdir Pinto, 42,1% de 56 mulheres consultadas alegaram receber uma reação negativa por parte do médico ou médica, quando mencionavam sua sexualidade na consulta (145 mulheres LB foram consultadas, no total). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf> (Acesso em 16 de Maio de 2019).

Ao realizar uma busca prévia por trabalhos em comunicação relacionados à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, pude perceber que, atualmente, existem poucas pesquisas que interligam questões comunicacionais a questões de saúde dessas mulheres. A busca por trabalhos no tópico de saúde da mulher lésbica e bissexual se deu a partir da pesquisa de palavras chave como “saúde”, “lésbicas”, “bissexuais” e “comunicação” nas plataformas *Google Acadêmico*, *SciELO* e pelo portal da *CAPES*, objetivando encontrar quaisquer trabalhos que tratassem, mesmo com um aspecto mais geral, do tema.

A relevância do presente projeto se dá a partir do difícil acesso a produtos comunicacionais voltados a tão importante tópico: a saúde de minorias sociais e a relação direta com sua existência. O projeto também busca resgatar o caráter social da comunicação, trazendo um tema pouco (ou quase nunca) abordado na área.

Busco entender, através do presente trabalho, de que maneira estratégias de comunicação podem auxiliar no combate à desinformação acerca da temática de saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, elencando este aspecto como meu problema de pesquisa. Meu objetivo de pesquisa consiste em realizar a análise da relação das mulheres LB com a informação disponibilizada – ou ausente – sobre cuidados de saúde sexual, problematizando a possível falha comunicacional que ocasiona tal desinformação acerca do assunto. Meu objetivo experimental consiste em desenvolver um produto comunicacional que provenha informações sobre a saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais, posteriormente analisando a resposta do público alvo ao produto gerado. A criação desse material busca sanar as deficiências informacionais em relação à saúde das mulheres LB.

Neste trabalho, irei refletir sobre o papel social da comunicação e da publicidade, abordando o através de três dimensões determinadas por Fairclough (2001), em *Discurso e Mudança Social: a linguagem como prática social, prática discursiva e texto*. Também descrevo os processos metodológicos utilizados para mapear trabalhos e materiais prévios relacionados à pesquisa e para mensuração de resposta e engajamento a um material informacional previamente desenvolvido por mim sobre a saúde sexual de mulheres LB. Ao decorrer do trabalho, descrevo teoricamente os conceitos de Fairclough acerca do discurso e papel social da comunicação, sobre os quais me debruço ao longo da pesquisa.

Este trabalho está dividido em 8 capítulos, nos quais abordo dimensões teóricas e aparatos metodológicos que implicam uns nos outros ao longo deste projeto experimental. No primeiro capítulo, de introdução, trago dados e

perspectivas iniciais sobre o contexto encontrado em relação à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. No segundo capítulo, “Ser mulher lésbica na sociedade”, abordo aspectos particulares sobre minha vivência enquanto mulher lésbica e também disponho de dados sobre violência e preconceitos vividos por mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil. O terceiro capítulo, “Linguagem como prática social”, aborda a primeira dimensão do discurso de Fairclough (2001), que trata da linguagem e o impacto de seus usos no contexto social. Neste mesmo capítulo, também discorro sobre a análise documental realizada durante a pesquisa, analisando de modo mais aprofundado o contexto encontrado em relação a pesquisas e materiais sobre saúde da mulher LB.

No quarto capítulo, “Linguagem como prática discursiva”, discorro sobre a segunda dimensão do discurso, que trata dos modos como a linguagem pode ser aplicada, compondo diferentes tipos de discurso. Também descrevo meu processo de observação participante para com um material preliminar sobre saúde sexual de mulheres LB, que foi lançado digitalmente antes da realização desta pesquisa. Neste mesmo capítulo, também apresento o processo de construção da fanzine Velcro Seguro, que é o produto experimental gerado neste projeto.

No quinto capítulo, “Texto”, abordo a terceira dimensão do discurso de Fairclough (2001), em que o discurso não é apenas compreensível pela forma com que foi elaborado, mas também pelas diferentes interpretações possíveis de um mesmo discurso. Além disso, descrevo e analiso as entrevistas realizadas com mulheres LB sobre aspectos de saúde sexual, vivência e sobre a fanzine Velcro Seguro. O sexto capítulo, “A Fanzine”, apresenta o produto final deste projeto, a fanzine Velcro Seguro. O sétimo capítulo é composto pelas considerações finais deste trabalho, seguido do oitavo - e último - capítulo, que apresenta o Apêndice, contendo alguns materiais cruciais para o projeto.

Considero parte do papel social da comunicação a criação de materiais e espaços com a finalidade de informar sobre assuntos relevantes como saúde, educação, inclusão social, entre outros, principalmente no período em que a nação se encontra em um contexto político de repressão e marginalização do não normativo⁵ a partir de pressões sociais, violência simbólica e física direcionada a

⁵ Segundo Butler, teórica feminista e *queer*, a matriz heterossexual predominante na sociedade faz com que a dimensão do desejo sexual seja pensada como entre um homem e uma mulher. A concepção de masculino e feminino como “opostos que se completam” é a causa da homofobia, segundo a autora.

minorias. A importância de uma comunicação com ênfase no social é vital para que redes de compartilhamento de informações e resistência sejam criadas.

2. Ser Mulher Lésbica na Sociedade

Início este capítulo com esta frase de Monique Wittig (1992, p.57), em sua obra *A Mente Hetero*: “Mulher tem significado apenas em um sistema de pensamento heterossexual e em um sistema econômico heterossexual. Lésbicas não são mulheres”. Percebo que seu significado infelizmente perdura até os dias atuais, em que mulheres lésbicas sofrem diversas violências, desde a física até a social, tendo seus direitos como cidadãs postos em cheque em virtude de sua identidade sexual. A autora contextualiza sua frase referindo-se a existência de mulheres lésbicas em um sistema social heterossexual, no qual estas não se encaixam no conceito de “mulher” por não se relacionarem sexualmente com homens, aspecto que, em uma sociedade orientada pela e para a heterossexualidade, é crucial para que uma mulher seja efetivamente “lida” como mulher.

Neste capítulo, irei discorrer sobre experiências pessoais enquanto mulher lésbica (branca e de classe média) na sociedade, trazendo autoras lésbicas e feministas que tratam da identidade, vivência e resistência de mulheres lésbicas em um sistema heterossexual. É crucial contextualizar e justificar minha paixão pelo presente trabalho, que não se trata apenas de um assunto de minha preferência, mas que se origina da vontade de promover mudanças no discurso e prática de um tópico tão pouco abordado no meio LGBTQ+, e muito menos considerado em discussões entre mulheres que se relacionam com mulheres dentro deste grupo, que é a saúde sexual e sexo seguro.

Considero importante pontuar que, ao me referir a mulheres lésbicas e bissexuais, neste trabalho, refiro-me a mulheres LB cisgênero. Mulheres lésbicas e bissexuais transexuais possuem outras vivências e demandas de saúde das quais não trato neste trabalho. Acredito na importância de pontuar esta especificação, visto que a representação e validação identitária também se manifesta nas pequenas coisas.

Me entendi como lésbica aos 15 anos e creio que, ao coincidir minha “descoberta” da sexualidade com a emergência da discussão sobre questões de gênero e direitos LGBTQ+ na mesma época, tive mais facilidade ao me “adequar” às

vontades e afetos que começavam a surgir em mim, embora sempre tivesse sentido que nutria mais do que mera “admiração” por algumas mulheres desde pequena. Percebi, através do compartilhamento de vivências com outras mulheres lésbicas, semelhanças entre nosso comportamento antes de nos entendermos como mulheres homossexuais, como essa “admiração” que nutríamos por personagens fictícias, celebridades e até mesmo amigas que, posteriormente, pôde ser entendida como atração romântica. Preciso especificar que, ao me referir a “admiração” como algo que possa ser entendido como uma atração romântica “mascarada”, não tomo como fato que mulheres lésbicas apenas sentem atração sexual por outras mulheres e não as admiram de fato, muito pelo contrário. Uma noção distorcida que paira sobre nós, mulheres lésbicas, é de que não possuímos relações afetivas de amizade e admiração entre mulheres, mas que apenas sustentamos relacionamentos amorosos e sexuais, como se nos comportássemos apenas como seres sexuais, tendo nossas relações afetivas desconsideradas.

Partindo desta reflexão, posso discorrer sobre os vários estigmas que permeiam a vida de uma mulher lésbica na sociedade. Já no primeiro passo, ao auto identificar-se como homossexual, a mulher lésbica já encontra barreiras sociais, tanto dentro do meio LGBTQ+ quanto fora dele. Ser lésbica, diante da sociedade, é ser estigmatizada, estereotipada, ter suas relações afetivas invalidadas e as sexuais fetichizadas. Para a sociedade em geral, é inconcebível que uma mulher não nutra relações amorosas com homens e, para efetivamente considerar-se lésbica, deve “ao menos tentar” se relacionar com um antes de afirmar-se homossexual, como afirma Gomide (2006, p.95): “Faz parte ainda do senso comum a ideia de que a lésbica é uma mulher mal amada e que se fizesse sexo com o homem certo mudaria de orientação sexual”.

Para o meio LGBTQ+, agora referindo-me a experiências pessoais, o hábito de questionar a sexualidade de uma mulher lésbica por qualquer “deslize” em sua conduta é algo comum. Para homens cisgênero gays, beijar amigas mulheres não coloca sua sexualidade em cheque, tanto socialmente quanto internamente. Enquanto isso, mulheres lésbicas precisam medir suas demonstrações de afeto acerca de homens, para que não tenham sua sexualidade questionada por terceiros. Que mulher lésbica nunca ouviu “Mas você é lésbica e tá achando homem

bonito?” quando elogiou a aparência de um homem? Eu ouço o tempo todo, vindo até de pessoas mais próximas. Eu sou lésbica, não cega,oras.

Quanto à existência de mulheres lésbicas em sociedade, é evidente o sistema desigual, segregatório e violento que nos “recebe” com opressões que permeiam desde aspectos tão cotidianos como aparência até aspectos de extrema importância como saúde, emprego e a própria existência. A aparência das mulheres lésbicas, uma das formas mais mundanas de expressão, é condenada socialmente por dois “lados”: a performance da feminilidade e a não-performance da feminilidade.

Mulheres lésbicas que performam feminilidade são exacerbadamente fetichizadas, assediadas por homens e invalidadas socialmente, por não encaixarem-se no estereótipo visual esperado para uma mulher lésbica, tendo sua sexualidade colocada em cheque meramente por sua aparência. Por outro lado, mulheres lésbicas que não performam feminilidade também são violentamente estigmatizadas, mas pelo motivo de não apresentarem-se dentro dos padrões estabelecidos socialmente, sendo constantemente confundidas com homens e agredidas sob o pretexto de que almejavam tornar-se homens. Um caso⁶ de violência física contra um casal de namoradas no Ano Novo de 2017 em Florianópolis, Santa Catarina, ilustra minhas considerações anteriores. Em uma postagem de desabafo no *Facebook* (citada na reportagem) uma das vítimas escreveu:

Passaram dois caras. Pararam. Acharam massa incomodar... Apareceram mais quatro. ‘Se você quer ser homem, vai apanhar como um’, ela ouviu como já ouviu durante muito tempo e como já apanhou durante muito tempo.

A violência física não cessa apenas nos chutes ou socos. Lesbocídio e estupro corretivo são outras formas de opressão física sofridas por mulheres lésbicas na sociedade, cerceando ainda mais nossa liberdade de expressão e de trânsito pelo espaço público, coagidas pelo medo de nos tornarmos as próximas. Segundo o Dossiê sobre Lesbocídio no Brasil de 2014 a 2017⁷, realizado pelo grupo

⁶ Fonte: https://www.huffpostbrasil.com/2016/01/07/casal-lesbico-denuncia-agressoes-homofobicas-durante-o-ano-novo_a_21691970/ (Acesso em 20 de Julho de 2019)

⁷ Disponível em: <https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/fontes-e-pesquisas/wp-content/uploads/sites/3/2018/04/Dossi%C3%AA-sobre-lesboc%C3%ADdio-no-Brasil.pdf> (Acesso em 21 de Julho de 2019)

de pesquisa “Lesbocídio - Histórias que Ninguém Conta” vinculado à UFRJ, de 2014 a 2017 ocorreu um aumento de 237% no número de mortes de mulheres lésbicas no país. Ao coletar dados referentes ao ano de 2017, me deparei com a seguinte passagem:

O ano foi marcado também pelo assassinato de um casal de namoradas, Meiryhellen Bandeira e Emilly Martins Pereira foram assassinadas a tiros por um vizinho de Emilly. O autor do assassinato observou o casal por algum tempo e planejou o assassinato. Elas estavam juntas há aproximadamente um mês quando saíram de moto e foram surpreendidas pelos tiros disparados por Roberto Luis Pavani. Meiryhellen tinha 28 anos e Emilly tinha 21 anos, ambas moravam em Linhares (ES). Roberto declarou publicamente que a motivação do assassinato foi o fato que de as jovens eram lésbicas (PERES; SOARES; DIAS, 2014-2017, p.62).

A citação acima exemplifica, de maneira ainda mais direta, a incidência da violência de homens contra mulheres lésbicas, que representam 83% dos assassinatos de lésbicas no ano de 2017. Giddens (1992, p.11), em A Transformação da Intimidade, condensa meus pensamentos em uma passagem:

O controle sexual dos homens sobre as mulheres é muito mais que uma característica incidental da vida social moderna. À medida que esse controle começa a falhar, observamos mais claramente revelado o caráter compulsivo da sexualidade masculina – e este controle em declínio gera também um fluxo crescente da violência masculina sobre as mulheres.

O dossiê traz dados ainda mais específicos sobre lesbocídio, como a taxa de lésbicas mortas em 2017 entre feminilizadas (46%) e não-feminilizadas (54%), negras (43%) e brancas (57%), entre outros aspectos de importância para a análise mais detalhada sobre lesbocídio no país. Como concluído no dossiê, o aumento dos registros e notificações via mídias digitais sobre lesbocídio pode, sim, ser sinal do aumento de casos reais, mas também pode significar apenas o aumento no número de notificações, tanto pelo fato de a cobertura midiática sobre casos de violência contra pessoas LGBTQ+ ter aumentado, quanto pela polêmica gerada para a mídia sensacionalista acerca destes casos. Porém, enquanto não houver um órgão institucionalizado para mensuração específica de mortes LGBTQ+, será impossível chegar aos números reais de violência no país.

O estupro corretivo, segundo a lei 13.718, é um crime cometido com o objetivo de “corrigir” a sexualidade da vítima ou sua identidade de gênero, atingindo não somente mulheres lésbicas, mas também homens gays, transexuais e travestis. Em 2017, em média 6 lésbicas foram estupradas por dia, em um total de 2.379

casos registrados. 61% dos casos ocorreram dentro de suas residências, e homens foram autores de 96% das agressões sexuais⁸.

Além da opressão física pela violência, mulheres lésbicas também encontram dificuldades em inserir-se e manter-se no mercado de trabalho devido à lesbofobia e estigmatização de sua aparência. Dados da pesquisa “Demitindo Preconceitos: Por que as empresas precisam sair do armário”⁹ de 2015, realizada pela empresa de consultoria Santo Caos, revelam que 13% dos 230 entrevistados e entrevistadas já encontraram dificuldades em conseguir emprego por conta de sua orientação sexual ou identidade de gênero. Não encontrei pesquisas que tratassem mais especificamente das dificuldades do mercado de trabalho para mulheres lésbicas, fato que indica outra problemática latente quanto a questões de vivência LGBTQ+: a ideia de que se pode tratar a sigla como um grupo homogêneo e que sofre das mesmas opressões, desconsiderando fatores de raça, gênero e classe. É evidente, por exemplo, que mulheres lésbicas brancas não sofrem a mesma opressão que mulheres lésbicas negras:

As lésbicas negras têm seu corpo-subjetivação atravessado, entre outros, por três eixos de opressão que atuam com muita força: raça, gênero e sexualidade, marcando uma tripla opressão que, ao ser coadunada com outros marcadores categoriais como classe, geração, território, entre outros, intensifica os processos de exclusão (LIMA, F., 2018, p.68).

Como último aspecto, mas não menos importante, trago a questão de saúde da mulher lésbica. Diante dos dados que apresentei na introdução deste trabalho, é evidente o descaso da esfera pública para com a salubridade das mulheres lésbicas (e bissexuais), ao ignorar a necessidade latente de diálogo e investimento na área. Tal descuido se estende através da negligência sofrida por mulheres lésbicas ao serem atendidas por profissionais de saúde, que pode não se manifestar de maneira explícita, com hostilidade, mas que se traduz na não recomendação de exames cruciais para a saúde da mulher, carência de pesquisa sobre saúde sexual para mulheres que se relacionam com mulheres e orientação médica sobre sexo seguro para estas mulheres.

⁸ Disponível em: <http://www.generonumero.media/no-brasil-6-mulheres-lesbicas-sao-estupradas-por-dia/> (Acesso em 21 de Julho de 2019)

⁹ Disponível em: <http://www.santocaos.com.br/biblioteca/demitindo-preconceitos-apresentacao-final.pdf> (Acesso em 20 de Novembro de 2019)

Ao discorrer sobre todos os estigmas e violências que perpassam a existência de mulheres lésbicas na sociedade, percebi que não me foi possível pensar nos aspectos prazerosos de ser lésbica diante de tantas problemáticas a serem explicitadas. Porém, penso que a maravilha de ser lésbica é a possibilidade de enxergar, amar e me importar com mulheres de maneira que uma sociedade falocêntrica e misógina jamais poderia reproduzir. Este trabalho se origina a partir da vontade de cuidar de minhas semelhantes, utilizando-me das ferramentas acessíveis a mim, e produzindo um material que possa fornecer informações a essas mulheres que definitivamente não precisam de mais ameaças à sua existência.

3. Linguagem como Prática Social

A linguagem como prática social, a partir da definição de Fairclough (2001, p.91), consiste em: “uma relação dialética entre discurso e estrutura social (...) o discurso é moldado e restringido pela estrutura social no sentido mais amplo e em todos os níveis”. Os “níveis” citados por Fairclough podem ser de natureza de classe, nível de escolaridade, baseados em normas e convenções, entre outros aspectos que perpassam a prática social da linguagem.

No presente capítulo, irei abordar a linguagem como prática social tendo em vista o objetivo experimental do trabalho. Por meio da linguagem pretendo alterar uma prática e contexto social que invisibiliza a identidade, práticas e saúde de mulheres lésbicas e bissexuais.

3.1. Aspectos Metodológicos

3.1.1. Técnicas de Coleta: Análise Documental

Ao realizar uma pesquisa por referências e trabalhos prévios relacionados ao assunto deste trabalho, me utilizei do método de Análise Documental que, para Duarte (2005, p.271), “compreende a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado fim.”. O autor também a caracteriza como método e técnica, pois ao mesmo tempo em que aponta o ângulo basilar de uma pesquisa, também é um recurso que se alia a outros métodos de obtenção de informações, como a observação participante, da qual me utilizarei mais adiante neste trabalho.

Quanto a seu caráter qualitativo e quantitativo, Duarte atesta que, em grande maioria, a análise documental é qualitativa, analisando o teor e conteúdo do material. Mas, por outro lado, embora mais raramente, também pode ser quantitativa, ao mensurar a quantidade identificada de um tipo de material ou informação.

A análise documental realizada para este trabalho consistiu em pesquisa por trabalhos prévios relacionados à saúde da mulher lésbica e bissexual a partir de uma perspectiva comunicacional, buscando por materiais e relatórios governamentais, pesquisas na área da saúde que contivessem dados sobre atendimento e ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres LB, entre outros documentos que fossem de interesse para a pesquisa.

Utilizei-me dos mecanismos de pesquisa *Google*, SciELO e CAPES para encontrar algumas das referências e dados previamente coletados por outras pesquisadoras para sustentar o presente trabalho. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram “saúde”, “lésbicas”, “bissexuais” e “comunicação”.

Ao debruçar-me sobre a caracterização de Duarte (2005) de análise documental no que diz respeito à divisão entre qualitativa e quantitativa, posso dizer que me utilizo de ambos os aspectos, pois analiso o conteúdo dos trabalhos e materiais encontrados durante a pesquisa para endossar alguns pontos abordados por mim. Por outro lado, também mensuro a quantidade de material governamental destinado ao tema, para fundamentar minha problematização sobre a falta de informação acessível sobre saúde sexual de mulheres LB por meio de produtos comunicacionais.

Ao realizar a análise documental, encontrei algumas pesquisas e trabalhos (tanto da área da saúde quanto da comunicação), que abordam aspectos relevantes sobre a saúde sexual de mulheres LB, trazendo dados, entrevistas e considerações sobre o tema. Apresento, no quadro 1, uma breve descrição dos trabalhos que se mostraram relevantes para a presente pesquisa.

Quadro 1: Descrição dos trabalhos e artigos encontrados através da Análise Documental.

Título e Gênero	Autor/Autora e Ano	Objetivo	Área
Lésbicas, Comunicação e Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Trabalho de Conclusão de Curso	DO ESPÍRITO SANTO LIMA, Priscila. Rio de Janeiro, abr. 2011.	Mapear interesses em saúde e espaços de comunicação utilizados por jovens mulheres LB.	Comunicação e Saúde.
Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Relatório de Oficina.	BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, abr. 2014.	Relatório referente a oficina oferecida pelo Ministério da Saúde sobre saúde da mulher LB.	Saúde.
Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres	BARBOSA, R. M., FACCHINI, R.	Relaciona os cuidados de saúde para mulheres que	Saúde.

que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. Artigo.	Rio de Janeiro, 2009	fazem sexo com mulheres e representações de gênero, sexualidade e corpo.	
Imagens em comunicação e saúde: lésbicas e bissexuais no Sistema Único de Saúde no Brasil: olhares freireanos. UNIPAMPA. Artigo.	SILVA, M.L., SOARES, S São Borja, 2013.	Analisar processos de construção de campanhas publicitárias integrando saúde, gênero e comunicação.	Comunicação.
Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Material Oficial.	BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.	Documento que trata de demandas e questões LGBT relacionadas à saúde.	Saúde.
Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. Cad. Saúde Pública. Nota de pesquisa.	BARBOSA, R.M., KOYAMA, M.A.H. Rio de Janeiro, 2006.	Analisa a proporção de mulheres que fazem sexo com mulheres no Brasil, baseada em três períodos.	Saúde.
Chegou a hora de cuidar da saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais. Brasil. Ministério da Saúde.	Brasília, 2007.	Cartilha com informações sobre saúde, direcionada a mulheres lésbicas e bissexuais.	Saúde.

Dado este quadro, onde resumo brevemente cada pesquisa, artigo ou relatório encontrado, realizarei uma análise mais profunda sobre aspectos relevantes para esta pesquisa no subcapítulo “Análise do Contexto”. Como pode ser notado, a maioria dos trabalhos encontrados são da área da saúde, portanto, irei discorrer superficialmente sobre alguns aspectos que não pertencem à minha área de conhecimento, mas que influenciam este trabalho.

3.2. Aspectos Teórico Analíticos

3.2.1. Comunicação e Publicidade como Prática Social

Ao tratar discurso como prática social, Fairclough (2001) discute o conceito de discurso diante das noções de ideologia e hegemonia, com a concepção de evolução das relações de poder como uma luta hegemônica. Para o autor, ideologias são construídas em várias faces da prática discursiva e contribuem no processo de produção, reprodução ou transformação das relações de poder. A publicidade, sendo uma categoria de discurso, também reforça comportamentos, padrões e relações de hierarquia na sociedade. Determinados usos de imagem e linguagem em situações específicas servem para manter tais relações de dominação. Muitas das noções de “senso comum” são reforçadas e, até mesmo, advindas da publicidade, através da inserção de determinadas ideologias. A noção de “autonomia imaginária” também aparece na análise de Fairclough, sugerindo “convenções discursivas altamente naturalizadas”, em um contexto no qual o indivíduo está tão envolto nos efeitos da ideologia que não os sente mais, se é que já os sentiu. Porém, ao gerar conflito entre posições diferentes diante do mesmo indivíduo, há a possibilidade de uma mudança discursiva, colocando em cheque a naturalização de certas ideologias.

O autor entende o sujeito como alguém que é posicionado ideologicamente, mas que também pode agir criativamente e gerar suas próprias conexões entre os diversos fatores ideológicos aos quais é exposto, assim potencializando uma reestruturação de práticas não somente individuais, mas do ambiente ao redor. É importante também considerar a posição social do sujeito nas relações de dominação para caracterizá-lo como sujeito “ativo” ou sujeito apenas submetido à ideologia. Fairclough também considera que a ideologia e a sociedade não estão irremediavelmente conectadas, mas que “as ideologias surgem nas sociedades caracterizadas por relações de dominação com base na classe, no gênero social, no grupo cultural, e assim por diante (...)” (2001, p.121).

Fairclough (2001, p.122) conceitua hegemonia como “liderança tanto quanto dominação nos domínios econômico, político, cultural e ideológico de uma sociedade”. É uma constante concentração em manter ou romper com relações dentro da sociedade, não apenas atuando como dominante de “classes

subalternas” mas também ganhando consentimento para ação. A luta hegemônica, como pode-se presumir ao ter conhecimento sobre o significado do termo, compreende as instituições da sociedade civil, como família, educação e governo, atuando de maneira abrangente sobre os indivíduos.

Dentro de uma luta hegemônica, pode haver a tentativa de uma “mescla” de discursos - até mesmo antagônicos entre si - em um só, com o objetivo de criar uma nova base de “adeptos” ao mesmo. A rearticulação do discurso não requer somente êxito na produção deste, mas também em uma interpretação que seja capaz de encontrar pontos de conexão entre discursos e ideais antagônicos entre si. A publicidade também fornece tais antagonismos como, por exemplo, quando se produz uma campanha que deveria contemplar (de alguma maneira) mulheres que se relacionam com mulheres, na tentativa de demonstrar apoio à diversidade, mas que se utilizam de representações estereotipadas e desumanizadas destas mulheres. Em uma sociedade capitalista, considerando o fenômeno de hiperconsumo, apresentado por Lipovetsky (2007), em *A Felicidade Paradoxal*, as “atitudes” e imagem das marcas se equiparam a seus produtos, no que diz respeito à importância conferida pelos consumidores e consumidoras. Neste contexto, as corporações e marcas buscam não apenas exercer poder sobre certos grupos, mas também “integrá-los”, ganhando seu consentimento.

Aos poucos, o esforço discursivo das marcas em integrar grupos subalternos em sua comunicação é enfraquecido em significado, pois o consumidor não apenas se sujeita a ser bombardeado por publicidade, mas também a questiona em certos aspectos. O comportamento “por trás dos panos” das marcas entra em voga, e o consumidor que antes se sentia representado e contemplado, agora se sente “traído”. Porém o alto fluxo informacional advindo da publicidade e do compartilhamento de informações por mídias digitais faz com que algumas mensagens centrais se percam, também transformando o processo de construção de campanhas e materiais informacionais em algo menos “pensado”, justamente por seu caráter “passageiro”.

Uma campanha recente - de 2019 - para conscientização acerca das IST elaborada pelo Ministério da Saúde demonstra a “falta de cuidado” considerada anteriormente, no tocante da elaboração discursiva para materiais informacionais.

O vídeo¹⁰ da campanha mostra a reação de jovens ao buscarem por imagens de sintomas de IST, demonstrando nojo ao se depararem com fotos explícitas das manifestações de infecções sexualmente transmissíveis. Ao fim do vídeo, a mensagem passada é “Se ver já é desagradável, imagine pegar. Sem camisinha, você assume esse risco”. O tratamento discursivo dado às infecções na peça apenas reforça o estigma já consolidado sobre IST, apelando para o temor em “pegar” a infecção e ao sentimento de nojo em relação aos sintomas com a finalidade de “educar” jovens sobre a importância do uso de camisinha.

Além de utilizar uma abordagem que inspira medo e repúdio, a peça também não considera a existência de outras práticas sexuais que não se utilizam de penetração, por indicar apenas a camisinha como um método válido de proteção para o sexo. Não se podia esperar uma abordagem mais abrangente no tocante da diversidade sexual vinda do Ministério da Saúde, visto que é explícita a falta de materiais mais básicos voltados a mulheres LB e outros grupos dentro do espectro da diversidade sexual.

A partir desse contexto de dispersão de informação, introduzo o conceito de “fluxo”, por Raymond Williams (PIEDRAS, 2005 apud WILLIAMS, 1974), que é baseado na natureza sequencial e interrompida da programação televisiva, também considerando parte deste fluxo a experiência cotidiana dos indivíduos ao assistirem televisão. O fluxo, segundo o autor também é composto pela interconexão de informações fornecidas pelos anúncios televisivos.

O conceito de fluxo, portanto, pode ser aplicado para estruturar o que chamo de “cadeia de desinformação”, que vai desde a educação insuficiente fornecida a futuros médicos acerca da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais (baseio-me na pesquisa de Knauth (2008/2009), mencionada na introdução deste trabalho), perpassando o próprio ato da consulta médica que, muitas vezes, é cenário de intolerância por parte dos profissionais da saúde sobre a sexualidade e práticas sexuais destas mulheres, culminando no temor por parte de mulheres LB a frequentarem o médico e na desinformação das mesmas sobre aspectos de saúde e sexo seguro. Este fluxo de desinformação culmina em um conjunto de noções errôneas sobre saúde, como a de que o sexo entre mulheres não transmite IST, ou de que mulheres lésbicas, por não se relacionarem sexualmente com homens, não

¹⁰ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2hpSOEnQqqw> (Acesso em 18 de Novembro de 2019).

precisam ir à ginecologista com regularidade, entre outras noções de “senso comum” que apenas prejudicam mulheres LB.

Pode-se, então, resgatar o conceito de luta hegemônica, trazido anteriormente, para refletir sobre como a ausência de discursos que contemplam mulheres lésbicas e bissexuais nos campos da saúde e comunicação opera ideologicamente, causando o apagamento da identidade e necessidades dessas mulheres. A importância da existência e produção de discursos não-hegemônicos não influencia somente a vivência individual de cada mulher lésbica ou bissexual, mas opera em um contexto social mais amplo, modificando práticas sociais discriminatórias e invisibilizantes.

Em “Análise do Contexto”, a seguir, confirmo algumas de minhas hipóteses sobre as consequências da “hierarquia informacional” criada em torno de conhecimentos sobre saúde, quando aplicada a mulheres lésbicas e bissexuais. Essa análise dos discursos circulantes sobre saúde sexual auxilia na identificação de falhas e lacunas nos materiais e trabalhos já existentes, para que o produto comunicacional desenvolvido neste projeto supra essas necessidades.

3.2.2 Análise do Contexto

Ao ler e analisar o material coletado no processo de análise documental, disponho, neste subcapítulo, uma análise contextual, partindo de perspectivas e dados acerca de mulheres lésbicas e bissexuais e sua saúde, chegando até considerações na área da saúde e materiais governamentais desenvolvidos sobre o assunto. Selecionei 8 materiais, entre trabalhos acadêmicos, artigos, compilações de dados e cartilhas governamentais sob as palavras “lésbicas”, “bissexuais”, “saúde” e “comunicação”.

De início, trarei considerações feitas por Barbosa e Koyama (2006) em “Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil”, uma nota de pesquisa que se utiliza do número de mulheres que declararam fazer sexo com outras mulheres obtido através da pesquisa “Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS”, realizada entre dezembro de 1997 e dezembro de 1998, em 24 estados brasileiros e no Distrito Federal. Pessoas de ambos os sexos, com faixa etária de 16 a 65 anos foram entrevistadas, e a pesquisa abrangeu aproximadamente 75% da população brasileira desta faixa etária residente em áreas urbanas do país. O estudo objetivou mapear o

comportamento e práticas sexuais da população e mensurar o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS e outras IST.

É importante ressaltar que, nessa pesquisa, relações sexuais eram consideradas apenas “sexo com penetração vaginal, oral, anal”, o que pode ter excluído algumas mulheres que praticavam relações sexuais não condizentes com o conceito de sexo utilizado no estudo. Considerando os estigmas e invisibilização já enfrentados por mulheres que fazem sexo com mulheres diante de tantos aspectos de sua existência, explícito a problemática em restringir o conceito de sexo à penetração pois, por inúmeros motivos, mulheres lésbicas e bissexuais podem não praticar sexo com penetração, tal restrição agindo como fator invisibilizador das práticas sexuais dessas mulheres.

As autoras utilizaram como referência mulheres sexualmente ativas nos últimos 5 anos (da data da pesquisa) para atestar que 3% destas mulheres já teriam se relacionado sexualmente com pessoas do mesmo sexo ao longo da vida, posteriormente expandindo a análise a três períodos: na vida inteira, nos últimos 5 anos e no último ano. O valor de 3%, para relações sexuais com pessoas do mesmo sexo ao longo da vida, cai para 1,7% quando restringidas às relações nos 5 anos anteriores à pesquisa, mas se mantém quando restringindo às relações sexuais no último ano.

Estas nuances apontam diferenças na maneira com que mulheres e homens vivem sua homossexualidade. Enquanto homens que se relacionaram sexualmente com outros homens dentro dos últimos 5 anos mantiveram o mesmo padrão de homossexualidade ao longo da vida, supondo-se pelos dados apresentados, pode-se perceber um comportamento diferente por parte das mulheres que, muitas vezes, apresentam consistência nas relações com outras mulheres apenas no recorte de tempo mais recente.

A vivência diferenciada da homossexualidade entre mulheres e homens é consequência do fenômeno de “Heterossexualidade compulsória” que, segundo Adrienne Rich (2012), em *Heterossexualidade compulsória e existência lésbica*, é a concepção da heterossexualidade como algo compulsório, que reforça as opressões sobre mulheres que não cumprem com a “obrigação histórica” de sustentarem uma relação heterossexual. É um sistema compulsório no qual mulheres possuem a opção de naturalizar uma performatividade sexual que lhes foi imposta, ou sofrer as consequências por transgredir o padrão vigente.

Lésbica é a palavra, o rótulo, a condição que mantém as mulheres na linha. Quando uma mulher ouve essa palavra jogada em sua direção, ela sabe que está pisando além dos limites. Sabe que cruzou a terrível fronteira de seu papel de gênero (GOMIDE, 2006 apud GROSS, 1999, p. 563).

Diante dos dados e problemáticas apontados pelo estudo de Barbosa e Koyama, podemos perceber um contexto que é, desde seus mais primordiais e básicos aspectos, vivido de maneira diferente por mulheres lésbicas e bissexuais em detrimento a homens homossexuais e bissexuais, e que não se pode tratar a homossexualidade como uma pauta generalista e homogênea. Seguindo esta linha de pensamento, abordo o conteúdo de outro material coletado: a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, criada em 2013 pelo Ministério da Saúde.

O documento traz um panorama geral sobre a história do movimento LGBTQ+ no Brasil, e fornece algumas passagens que considero de suma importância para endossar as considerações feitas anteriormente por mim, em relação à invisibilidade lésbica em pautas da comunidade LGBTQ+. No capítulo 2 do documento, “A luta pelo direito à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, é trazida a história da movimentação ocorrida desde os anos 80 em relação à saúde LGBTQ+. Inicialmente protagonizadas e organizadas apenas por e para homens gays, mobilizações em prol da prevenção da epidemia HIV/Aids foram apoiadas pelo governo e, gradativamente, foram incorporando outros grupos de identidades sexuais distintas. Em 1990, o movimento de travestis pautou suas demandas em relação ao governo e tiveram suas questões incorporadas à agenda. Enquanto isso, as discussões sobre homossexualidade feminina no Brasil, que existiam desde 1980, não eram contempladas nem visíveis diante do movimento.

Essa situação favoreceu a manutenção da invisibilidade política de lésbicas e mulheres bissexuais. Cabe ressaltar que as lésbicas, por serem inicialmente excluídas como grupo com prática de risco, não foram contempladas nas ações de prevenção da aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.10).

O capítulo não cita nenhum momento no qual mulheres lésbicas e bissexuais tenham sido incluídas nas políticas governamentais, e se conclui descrevendo as medidas tomadas em prol da população LGBTQ+, como o programa “Brasil sem Homofobia” e a criação do Comitê Técnico de Saúde da População GLTB. Em seguida, o documento traz dados interessantes sobre a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, citando informações do Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas –

Promoção da Equidade e da Integralidade (2006, p.14), que evidencia a desigualdade no acesso à saúde para estas mulheres:

Com relação às mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as mulheres que revelam, 28% referem maior rapidez do atendimento do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários.

Além disso, o Dossiê de Saúde das Mulheres Lésbicas cita dados de outra pesquisa, realizada em 2002, pela Coordenação DST/Aids do Ministério da Saúde, sobre o exame preventivo de câncer cérvico uterino (Papanicolau): “entre as mulheres heterossexuais a cobertura na realização desse exame nos últimos três anos é de 89,7%. Já entre as lésbicas e mulheres bissexuais a cobertura cai para 66,7%, mesmo entre pessoas com maior escolaridade e renda”. Quanto aos objetivos da Política Nacional em si, o único específico para lésbicas é: “XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;”.

Ao pesquisar pela palavra “lésbicas” no documento, encontrei 53 menções à palavra, mas apenas 15% destas menções se referiam especificamente à mulheres lésbicas, incluindo títulos de pesquisas citadas no texto. Além da explícita falta de medidas específicas para mulheres lésbicas e bissexuais na Política de Saúde Nacional, a invisibilidade discursiva é latente, com a palavra “lésbica” sendo mencionada majoritariamente junto à sigla, compondo medidas e objetivos completamente generalistas em detrimento às particularidades de gênero envolvidas.

Diante das perspectivas pessimistas que cercam a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT's com relação a medidas específicas para mulheres lésbicas e bissexuais, o material seguinte nesta análise de contexto possibilita uma ligeira melhora nas expectativas quanto a políticas públicas que realmente atendam às necessidades de mulheres que fazem sexo com mulheres: o livreto Atenção à Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Este material foi resultado de uma oficina composta por ativistas, pesquisadoras e representantes governamentais, que ocorreu em Brasília, no ano de 2014, fomentada pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Política para Mulheres.

O objetivo da oficina, segundo o material analisado, consistia em “levantar e aprofundar conteúdos para o desenvolvimento de materiais voltados para profissionais de saúde sobre promoção e atenção à saúde integral” de mulheres lésbicas e bissexuais. Quanto ao objetivo da oficina, não consegui encontrar o material que teria sendo desenvolvido na mesma. O único material disponível online que fosse destinado a profissionais da saúde e a que tive acesso foi um documento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre: Diretrizes para a Assistência à Saúde de lésbicas, mulheres bissexuais e que fazem sexo com outras mulheres. O documento aborda dados sobre a população-alvo do protocolo, formas de abordagem clínica, exames preventivos e outros aspectos de importância sobre a temática.

O relatório da oficina é composto pela apresentação do evento, painéis, grupos de trabalho e considerações finais. O primeiro painel apresentado é “Contexto das Políticas e Ações Voltadas à Saúde de Lésbicas no Brasil”, que traz resultados de uma pesquisa realizada em 2009, sobre o atendimento a mulheres lésbicas e bissexuais no Sistema Único de Saúde (SUS), entrevistando os profissionais de saúde e as usuárias lésbicas e bissexuais.

Os eixos de análise da pesquisa foram: concepções sobre sexualidade lésbica e bissexual; perspectivas dos/as profissionais; reflexão sobre diversidade sexual; situação nos serviços de saúde; a saúde das lésbicas vista pelos profissionais; preconceito e discriminação no cotidiano da assistência. Um panorama geral sobre as conclusões da pesquisa é que a vivência homoerótica molda integralmente as vidas sociais e afetivas dessas mulheres, indicando diversos tipos de violência física e psicológica sofridos, sendo explicitamente motivados por sua sexualidade, tanto no ambiente escolar e profissional quanto no ambiente familiar. Quanto a relações afetivo-sexuais, mulheres que já tiveram relações heterossexuais as comparam com relações homossexuais, e contam terem encontrado menos conflito quando se relacionavam com outras mulheres.

A maioria das mulheres que viveram relações com os homens sabiam que possuíam desejo por mulheres, no entanto não tiveram como expressar isso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 13).

Quanto ao eixo de atuação dos e das profissionais de saúde, foram identificados dois tipos de profissionais, os progressistas e os conservadores. Os

progressistas atestaram ter mudado suas noções a partir do contato com pacientes lésbicas e bissexuais. Os conservadores não consideravam a questão como algo a ser discutido no SUS. Quanto a percepções sobre a probabilidade de mulheres contraírem IST no sexo homossexual, as mulheres entrevistadas e os profissionais da saúde entram em consenso: ambos acreditam que mulheres que praticam sexo homossexual possuem menos chances de contrair doenças sexualmente transmissíveis. A ideia de que o sexo homossexual entre mulheres seja menos suscetível a IST é sintomática da falta de pesquisa e, conseqüentemente, informação sobre o assunto.

No momento em que os profissionais não reconhecem as mulheres lésbicas nos serviços deixam de conhecer também o que elas trazem de questões de saúde e o que elas trazem de questão das suas próprias vidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 14).

Ao final da pesquisa são feitas considerações e sugestões de medidas a serem adotadas para que a desigualdade no atendimento médico e vulnerabilidade de mulheres lésbicas e bissexuais possa diminuir. Algumas das recomendações são: investimento em pesquisa para que as necessidades destas mulheres sejam mapeadas, tanto em políticas públicas quanto em relação a métodos eficazes de proteção contra IST, elaboração de protocolos para atendimento de mulheres LB, realização de campanhas de comunicação em favor da denúncia de discriminação nos serviços de saúde, entre outras medidas que, assim como a autora, considero importantes para que se possa, em algum momento, erradicar a desigualdade no atendimento médico a mulheres lésbicas e bissexuais.

No restante do documento são abordadas problemáticas nas políticas públicas de saúde existentes por não incluírem mulheres lésbicas e bissexuais com medidas específicas, aspectos que acarretam na vulnerabilidade da assistência direcionada a mulheres LB e questões de visibilidade na atenção à saúde. O relatório forneceu alguns dados referentes ao atendimento médico às mulheres LB, dos quais me utilizei anteriormente neste trabalho, advindos da pesquisa “Prevenção às DST/AIDS para mulheres que fazem sexo com mulheres – experiências desafios e oportunidades”, do médico Valdir Pinto.

Seguindo a linha das políticas públicas específicas para mulheres LB, trago o livreto “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde” do Ministério da Saúde, de 2007. O

material traz um contexto em relação a direitos constitucionais contra discriminação, considerações sobre sexualidade, descoberta da homossexualidade e racismo.

Quanto aos aspectos informativos de saúde geral, o livreto elenca a prática de alimentação saudável e exercícios como fatores importantes para a manutenção da saúde. Quanto à saúde sexual, o material recomenda visitas periódicas a ginecologistas, realização de exames preventivos de câncer de mama e colo de útero, características da menopausa, gravidez e anticoncepcionais. As doenças sexualmente transmissíveis mais comuns são elencadas (sífilis, aids, gonorreia, clamídia, hepatite B e tricomonas), juntamente com os sintomas comuns entre IST. Os cuidados a serem tomados nas relações sexuais também são citados: evitar contato com secreções e sangue, usar camisinha nos acessórios eróticos e sempre trocá-las quando alternada a utilização entre parceiras. O uso de drogas também é citado, caracterizando-as como “proibidas” e “liberadas”, também enumerando cuidados de redução de danos. As violências física e psicológica também são abordadas, encorajando a denúncia destas.

Embora esse material possibilite uma visão mais otimista sobre o acesso à informação de saúde sexual para mulheres LB, acredito ser necessário pontuar, primeiramente, o fato de este material não ser de fácil acesso (tanto online quanto fisicamente), pois ele apenas está disponível online na Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde, e somente aparece na pesquisa via *Google* quando pesquisado o título completo do livreto, não bastando utilizar-se de palavras-chave como “lésbicas”, “saúde sexual” e “bissexuais”.

Outro aspecto a ser considerado é a falta de profundidade das informações fornecidas, ao que trata superficialmente as doenças sexualmente transmissíveis, seus sintomas e métodos de sexo seguro. Acredito que um guia de saúde sexual para mulheres lésbicas e bissexuais completo deve tratar mais detalhada e individualmente sobre cada IST e seus sintomas, assim como a prevenção contra as mesmas. Também destaco a importância da nomeação dos exames preventivos, suas funções e período da vida em que devem ser realizados, para que mulheres lésbicas e bissexuais que tiverem contato com o material possam ter propriedade ao demandar um atendimento médico mais completo, ao saberem o nome dos exames necessários, para que servem e com qual idade devem ser realizados.

Em seguida, o artigo “Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil”, de Barbosa e Facchini, traz o contexto da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, considerando intersecções de raça, classe, práticas sexuais, entre outros aspectos que quebram com a ideia de homogeneidade deste grupo. Apoiam-se em literaturas e dados internacionais, estes que coincidem também com dados nacionais, sobre a frequência com que estas mulheres vão a consultas médicas, exames solicitados, tratamento por parte dos profissionais da saúde e dificuldades em revelar sua homo ou bissexualidade no momento da consulta. A passagem a seguir indica os fatores problemáticos no atendimento médico e acesso à saúde por parte de mulheres LB que venho explicitando durante este trabalho:

Nesse sentido, a literatura internacional indica menor busca de realização de exames ginecológicos, de exames de Papanicolaou e de prevenção de câncer de mama entre as mulheres que fazem sexo com mulheres. Indica também que essas mulheres nem sempre procuram cuidados quando necessários ou só o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde; e que os profissionais de saúde solicitam menos a realização desses exames a essas mulheres (BARBOSA; FACCHINI, 2009, p.2).

No artigo, as autoras pressupõem a relação entre a heterossexualidade presumida pelos profissionais sobre suas pacientes, as representações e experiências negativas em relação aos serviços de saúde com a dificuldade de acesso eficaz e integral de cuidados à saúde. Também propõem a discussão de aspectos da homofobia determinantes para restrição do acesso à saúde a mulheres LB. O estudo utilizou observação etnográfica e entrevistas em profundidade como metodologia, incluindo questões como vida sexual, afetiva e reprodutiva, estilo de vida, percepções de corpo e identidade, perfil sociodemográfico, entre outras.

No decorrer do artigo, são expostas informações relevantes para a construção de um contexto já bastante evidente quanto ao acesso e noções de saúde sexual por mulheres lésbicas e bissexuais. Dentre as 20 mulheres entrevistadas, de idades entre 18 e 45 anos, metade apenas frequentava o ginecologista diante de demandas pontuais, ou nunca procuraram cuidados ginecológicos. Quanto ao Papanicolau, sete mulheres nunca haviam realizado o exame. A pesquisa também indicou menor ou nula frequência na procura de cuidados de saúde ginecológica entre mulheres que se auto referiam como “masculina” ou “mais masculinizada”, também indicando frequência “baixa e

irregular de realização de exames ginecológicos e de Papanicolaou, ou nunca os realizaram” (BARBOSA; FACCHINI, 2009, p.4).

As noções de necessidade de cuidado e propensão a IST também são indicadores da falta de informação acerca da saúde sexual no sexo entre mulheres. A “falta de necessidade” foi o argumento mais utilizado entre as mulheres que frequentavam com pouca ou nula regularidade o ginecologista. A ideia da diferença de necessidades de cuidados de saúde ginecológica entre mulheres que fazem sexo exclusivamente ou esporadicamente com homens e mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres era evidente, juntamente com a associação de IST a sexo com homens, e que o sexo entre mulheres apenas se tornaria realmente “de risco” quando uma das parceiras mantivesse relações sexuais com homens. Outra noção sobre IST é a relação à promiscuidade e traição e, para as mulheres mais velhas, que a prevenção é “assunto de casal”, não necessitando da orientação de um profissional da saúde. As mulheres mais jovens revelaram buscar informação em livros, páginas da internet e organizações de prevenção contra IST/Aids.

Sobre a consulta ginecológica, as concepções sobre “exposição” e “desconforto” são comuns, tanto na exposição física quanto na exposição condizente às práticas sexuais e eróticas destas mulheres. Entretanto, o receio de expor suas práticas sexuais ao profissional da saúde não é um fator que impeça essas mulheres de buscar atendimento ginecológico mas revelam, no ato da consulta, a problemática existente no receio de informar sobre sua sexualidade, ao avaliarem o risco de passarem por discriminação. Em relação aos exames, as mulheres que relataram menor frequência ao ginecologista (as mesmas mulheres que se auto referiram como “masculinas” ou “mais masculinizadas”), fizeram alusão à concepção de que o exame ginecológico poderia “machucar” ou “doer mais” para mulheres que não praticam sexo com homens ou penetração.

Em suma, pode-se avançar consideravelmente na construção do contexto de pesquisa deste trabalho ao considerarmos as informações contidas nesse artigo. É explícita a falta de informação entre mulheres lésbicas e bissexuais sobre saúde sexual, tanto no tocante da frequência recomendada para consultas ginecológicas quanto à transmissão de IST. Também é importante ressaltar a troca de informações entre mulheres lésbicas e bissexuais como um meio determinante (e

quase central) de informação, ou também disseminação de noções errôneas sobre assuntos vitais, como cuidados de saúde sexual. A falta de informação sobre saúde sexual não corrobora apenas para a insalubridade de mulheres LB, mas também para a discriminação entre as mesmas, causada por concepções infundadas como a associação do sexo com homens como o principal “fator de risco” para transmissão de IST.

Em seguida, o trabalho *Lésbicas, Comunicação e Saúde*, de Priscila do Espírito Santo Lima (2011), busca “mapear os principais interesses em saúde e os espaços de comunicação utilizados por jovens mulheres, com idade entre 18 e 25 anos, e que se identificassem como lésbicas”, e foi realizado na cidade de Salvador, em 2011. Além das entrevistas realizadas com mulheres lésbicas, o trabalho também traz reflexões importantes sobre o papel da comunicação na disseminação de informações sobre saúde para mulheres homossexuais.

As considerações feitas por Lima acerca do papel da comunicação atrelado à saúde são bastante pertinentes, e corroboram com outros aspectos que venho explicitando ao longo do texto. A autora cita a carência de ações de prevenção de HIV/Aids que não sejam voltadas ao público homossexual masculino, comportamento que causa ainda mais distanciamento por parte da população lésbica em relação a questões de saúde integral, evidenciando a ainda presente negação de que o sexo entre mulheres com vulva possa transmitir IST. Lima também evidencia a comunicação como ferramenta essencial para aproximar ou distanciar minorias sociais de diversos assuntos, de acordo com as estratégias de comunicação utilizadas:

A causa de doenças, portanto seria a ignorância, a correção deste problema se daria com a confecção de cartilhas explicativas e de difusão de informação em escolas e entidades de base. Esta perspectiva autoritária, onde somente uma voz é autorizada a falar, encontrou grande resistência por parte dos que propunham uma sociedade mais justa e igualitária (LIMA, 2011, p. 26).

Segundo Lima (2011), Paulo Freire propunha um modo de comunicação que minimizasse as hierarquias, equilibrando o saber popular e o científico, criando um material comunicacional mais “horizontal”, que pudesse aproximar as populações-alvo em vez de afastá-la com uma linguagem demasiadamente científica. O modelo de Freire ganhou adeptos e instituiu-se em departamentos públicos mas,

evidentemente, não tornou-se uma prática hegemônica de comunicação. Percebo, então, que o produto de meu projeto experimental se baseia no modelo de Freire, aliando a linguagem e conhecimento mais próximo de mulheres lésbicas e bissexuais a considerações médicas e científicas sobre saúde sexual destas mulheres.

As entrevistas foram realizadas com mulheres que se auto intitulavam lésbicas, buscando uma heterogeneidade em nos quesitos de raça, classe social e escolaridade. Os resultados apontaram como canais privilegiados de comunicação as namoradas e internet, contando também com amigos, mas que não foram elencados como participantes na conversa sobre quesitos de saúde. A internet era utilizada como meio de “tirar” dúvidas, pesquisar sobre casos e utilizar-se dos tópicos abordados em comunidades do Orkut e blogs. Porém as namoradas eram as fontes mais confiáveis na abordagem destes assuntos.

As entrevistadas consideravam verdadeiro o fato que o sexo entre mulheres transmite IST e que buscavam formas de prevenção das mesmas, mas que não as utilizavam, e pontuaram o desconforto causado pelos métodos existentes. A confiança na parceira foi elencada como um aspecto fundamental na decisão de realizar contato sexual (ou não). Também pontuaram a ausência de políticas públicas efetivas para a população lésbica e o medo da violência homofóbica, que as impedia de expor sua orientação sexual por medo de perder o emprego, sofrer agressão física e psicológica, etc. Por isso, mantinham a discrição acerca de suas demonstrações de afeto, tanto em frente à família quanto em lugares públicos, por saberem que ainda existia impunidade para crimes de intolerância: “Ser lésbica não é um problema para elas, mas ainda é para os outros, então é melhor não provocar”.

O último material coletado em minha Análise Documental é “Imagens em comunicação e saúde: lésbicas e bissexuais no Sistema Único de Saúde no Brasil; olhares freireanos” de Merli Leal Silva e Suelen Soares. O trabalho analisa campanhas publicitárias que integram saúde, gênero e comunicação, com enfoque na saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. As pesquisadoras também utilizam como referência a pesquisa “As Faces da Homofobia no Campo da Saúde” de Knauth, que expõe dados chocantes (porém previsíveis) sobre o não-acolhimento à diversidade no sistema público de saúde. Silva e Soares também citam várias

vezes em seu trabalho o aspecto da invisibilidade de mulheres lésbicas e bissexuais como um fator determinante para a ausência de ações comunicacionais de saúde voltadas a esse público.

A invisibilidade lésbica alicerça-se nas relações de poder entre os gêneros. Os gays masculinos são discriminados, mas são visíveis. Na visibilidade, a luta e o enfrentamento são constantes e a orientação sexual é nítida, não ocultada (SILVA e SOARES, 2013, p. 2).

As autoras discorrem sobre as práticas que exercem impacto no desenvolvimento da propaganda no campo da saúde, especificamente para mulheres que sofrem tamanha invisibilização social. A importância da não-reprodução de estereótipos é central para que um dos aspectos mais primordiais da comunicação, a imagem, não se torne uma barreira na auto-identificação destas mulheres para com a referida propaganda. É importante que essa comunicação denuncie, com dados e experiências reais, as carências do sistema público de saúde ao tratar mulheres LB. Ações possíveis para minimizar a desigualdade enfrentada por mulheres lésbicas e bissexuais no sistema de saúde são descritas por Knauth (2008/2009, p. 63), em sua pesquisa:

Estes achados sugerem que as políticas de saúde devem investir, por um lado, na capacitação dos médicos, habilitando estes profissionais a tratarem as especificidades de saúde e sexualidade da população de mulheres que fazem sexo com mulheres. Por outro, deve-se promover campanhas direcionadas às próprias mulheres que fazem sexo com mulheres no sentido de incentivá-las a buscar um acompanhamento médico preventivo e regular, familiarizá-las com o uso do preservativo visando evitar uma gravidez não planejada e doenças sexualmente transmissíveis.

Diante de uma sociedade que apenas aprecia relações entre mulheres enquanto objeto de fetichização e perversão, mantidas apenas para satisfação de homens heterossexuais, é urgente que seja desenvolvida uma comunicação livre destes estigmas e que dialogue diretamente com mulheres lésbicas e bissexuais. É necessário também que ações de comunicação atinjam os profissionais da saúde, expondo as experiências (agradáveis ou desconfortáveis) relatadas por mulheres lésbicas e bissexuais em situações reais de atendimento no sistema de saúde.

Ao encerrar esta parte do trabalho, após analisar todos estes conteúdos que abordam, através de perspectivas e metodologias diversas, a realidade e possibilidades diante das questões que englobam a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, pode-se perceber que sim, existem maneiras de remediar com eficácia as deficiências no sistema de saúde no atendimento e acompanhamento destas

mulheres, assim como é possível (e urgente) a criação de uma consciência da necessidade de “autocuidado” por parte das mesmas. Porém essas ações comunicacionais devem realmente representar a população a quem são direcionadas, seja por meio da construção coletiva das mesmas, incluindo mulheres LB no processo, da representação livre de estereótipos ou através de pesquisa prévia sobre os hábitos, modo de vida, identidades, entre outros aspectos que permeiam a vida dessas mulheres, pois é evidente que os sujeitos por trás do desenvolvimento dessa comunicação não estão verdadeiramente em contato com as demandas das mulheres lésbicas e bissexuais, especialmente no campo da saúde.

A rearticulação do discurso de Fairclough (2001), trazida anteriormente neste capítulo, busca pontos de conexão entre discursos diversos, com o objetivo de criar um novo, que contemple um grupo maior de pessoas. A análise dos trabalhos e materiais, tanto da área da saúde quanto da comunicação, favorece o desenvolvimento de um material que contemple as lacunas encontradas em produtos já existentes. A identificação da ausência de informações especificamente direcionadas a mulheres LB auxilia no processo de captação de tópicos a serem abordados no produto deste projeto experimental.

4. Linguagem como Prática Discursiva

Fairclough (2001, p.91), ao definir a linguagem como instrumento que reforça e modifica normas e hábitos sociais, “uma forma em que as pessoas podem agir sobre o mundo e especialmente sobre os outros”, também caracteriza a linguagem enquanto discurso como prática política, que estabelece, mantém e transforma relações de poder.

A partir desta definição, trato o discurso como ferramenta que modifica práticas sociais, sob a condição de também sofrer alterações em sua concretude. Nesta pesquisa, elaborei um produto comunicacional em forma de fanzine, em uma tentativa de proporcionar acesso a informações sobre saúde sexual a mulheres lésbicas e bissexuais, modificando o formato discursivo hierárquico de uma relação médico-paciente para uma relação horizontal, de mulher lésbica para mulheres LB.

Neste capítulo, discorro sobre o processo de Observação Participante realizado a partir de um produto comunicacional já existente, também criado por mim. Ademais, abordo questões de Intertextualidade, conceito trazido por Fairclough, e ativismos através da subversão de mensagens pré-existentes.

4.1. Aspectos Metodológicos: Observação Participante

No ano de 2018, desenvolvi um produto comunicacional – também em formato de fanzine - e o publiquei digitalmente, através das plataformas *Twitter* e *Instagram*. O desenvolvimento deste material se deu através de pesquisa sobre aspectos de saúde sexual na internet e colagem de imagens representativas de casais de mulheres. No *Twitter*, onde se é possível “*retwittar*”, “curtir” e responder a um *tweet*, obtive como resposta quantitativa 3.859 *retweets*, 6.719 curtidas e 73 respostas, até o momento. No *Instagram*, onde também publiquei o material via *stories*¹¹, obtive uma resposta quantitativa de 1550 visualizações. Minha observação participante deu-se a partir da análise das respostas obtidas e repercussão do material nestas mídias digitais, também interagindo aos poucos com

¹¹ Ferramenta da plataforma Instagram, permite que os usuários publiquem fotos e vídeos rápidos, que só podem ser visualizados por um período curto de tempo, pois saem do ar em 24 horas.

as respostas que recebi. Disponibilizo a seguir miniaturas do conteúdo da primeira edição da fanzine¹²:

Figuras 1 a 4: Páginas da Fanzine “O guia de sexo seguro para mulheres que transam com mulheres”.



Fonte: Própria autora.

¹² Que também está disponível no Apêndice A deste trabalho.

Diante dos comentários, desde os mais incisivos até os mais amenos, procurei respondê-los o máximo que pude, informando sobre a nova versão que seria feita em breve e agradecendo as considerações feitas. A versão inicial da fanzine ainda está disponível *online*, vinculada ao *post* do qual me utilizei para extrair os resultados da observação participante. Após absorver as sugestões e críticas feitas pelo público, fiz alterações na primeira versão da fanzine, mantendo a estética da versão anterior, porém adicionando e retirando algumas informações e inserindo imagens mais representativas. A segunda versão foi disponibilizada via *stories* no *Instagram*, e também está disponível online.

Esta observação participante acerca da primeira versão do trabalho proporcionou-me perspectivas diferentes sobre a construção do material proposto, contribuindo para o desenvolvimento do produto final. Refleti sobre como poderia fornecer um material com informações mais completas, mas que fosse didático e dispensasse as complexidades que são muitas vezes atribuídas à temática da saúde. Também prezei por uma identidade visual que fosse leve e menos “explícita”, visto que pretendo atingir públicos de várias faixas etárias, com concepções diferentes sobre sua sexualidade. A questão de representação racial levantada também me levou a refletir, para além do trabalho, sobre como poderia representar melhor mulheres negras no conteúdo que produzo.

As observações acerca de conhecimentos técnicos de saúde que deveriam ser adicionados ou corrigidos me motivaram a buscar orientação de uma médica para o desenvolvimento do novo guia, assim disseminando informações de uma fonte fidedigna e atualizada. A diversidade de sugestões e considerações feitas sobre a fanzine coincide com o conceito de intertextualidade de Fairclough (2001), que irei introduzir no próximo subcapítulo, por possibilitar a junção dessas diferentes perspectivas sobre um texto em um novo.

4.2. Aspectos Teóricos

Em *Discurso e Mudança Social*, Fairclough (2001) considera o conceito de intertextualidade como uma intersecção de elementos de outros textos, gerando um novo. À intertextualidade, o autor atribui a potência de transformação dos textos e discursos anteriores, e também de mudança social.

Considerar a relação entre intertextualidade e hegemonia também é importante, pois a mudança discursiva prática é socialmente limitada com base nas relações de poder existentes. Para Fairclough, deve-se entender processos intertextuais de reestruturação das ordens de discurso como parte da luta hegemônica na esfera discursiva. A reestruturação discursiva, para este projeto, foi facilitada pela observação participante sobre o primeiro produto comunicacional gerado, criando uma junção entre as diferentes perspectivas apresentadas pelo público e, assim, estruturando um novo produto intextextual, que contempla as necessidades e “corrige” as informações desatualizadas.

A intertextualidade também implica uma heterogeneidade dos textos que compõem este “novo texto”, e uma análise com foco na diversidade entre os elementos que o constituem. Os textos podem estar separados pontualmente dentro da estrutura, mas também podem estar integrados, sem uma diferenciação explícita entre si.

Ao aplicar esta análise textual ao produto deste projeto, posso afirmar que apropriei-me do conceito de intertextualidade para a concepção do guia de saúde sexual, ao integrar o saber médico, a linguagem visual da ilustração, linguagem acessível e as considerações feitas pelo público durante a observação participante, com o objetivo de disponibilizar um material informacional o mais completo e didático possível. Particularmente, não creio que a linguagem acadêmica seja inacessível, pois assim estaria subestimando a capacidade intelectual de pessoas que não estão inseridas no meio acadêmico, mas acredito que simplificar e ilustrar informações importantes aproxime e possibilite maior identificação por parte da leitora para com o material produzido. A popularização recente da ilustração digital gerou novas possibilidades de comunicar temas importantes através da arte, e creio que explorar essa linguagem atinja tanto públicos mais adultos quanto públicos mais jovens.

A disposição do saber médico ao longo da fanzine é explícita, porém este ganha uma nova roupagem, mais “descontraída”. Em alguns casos, é impossível desprender-se tanto de expressões mais técnicas para descrever certos processos, mas creio que exista a possibilidade de adaptação para que as informações se tornem mais atrativas à leitura. Acredito que a incorporação de ilustrações, texto e caixas de texto desenhadas à mão também tenham dado um aspecto “orgânico” ao material.

Quanto à transformação de um assunto que é considerado tabu e, muitas vezes, se mantém restrito ao consultório médico ou às aulas de educação sexual (quando não voltadas apenas às práticas heterossexuais) em um material “descontraído” e com linguagem acessível, posso apropriar-me do conceito de *subvertising*, introduzido por Naomi Klein (1999). O *subvertising*, segundo a autora, que se baseia na linguagem dos *adbusters* (grupos de ativistas que realizam intervenções políticas em *outdoors* e outras formas de publicidade), é a “subversão da publicidade”. Em *Sem Logo* (1999), Klein documenta as ações e organização dos grupos de *subvertising* em algumas partes dos Estados Unidos que, além de intervirem politicamente em publicidade tradicional e “física”, também unem-se a “militantes hackers”, que realizam ações de *subvertising* ao invadir websites de grandes corporações.

A conexão entre o presente projeto e o *subvertising* é a “subversão” do tratamento discursivo da saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais, partindo de um contexto que considera esse tema tabu e o mantém apenas na esfera médica ou particular (quando existente o diálogo pois, considerando informações trazidas anteriormente neste trabalho, a discussão e informação sobre o assunto ainda é escassa), e o trazendo para uma linguagem acessível e suave com ilustrações, em um material disponibilizado online e de fácil reprodução física.

Em suma, acredito que o tratamento discursivo dado a determinado assunto pode limitar consideravelmente o debate e também gerar pré-conceitos em relação ao tema. Não faltam tabus e concepções errôneas quando se trata do corpo feminino, principalmente no tocante das mulheres lésbicas e bissexuais. A saúde é uma questão não somente física, mas política, e o estigma, falta de debate e de informação não hierarquizada sobre o assunto é apenas um dos vários fatores que dificultam o acesso e cuidado à saúde para mulheres LB.

4.2.1. Construindo e Testando uma Fanzine

O processo de construção da fanzine se deu, primeiramente, a partir de uma estruturação de tópicos de importância para desenvolver um material que englobasse aspectos de consulta médica (como exames médicos recomendados a mulheres e a idade com a qual deveriam ser realizados), IST e seus meios de transmissão, métodos de sexo seguro para sexo entre mulheres, entre outros que

considerarei de importância para que o produto fosse o mais completo possível. Considerei, também, que o material deveria ser desenvolvido com um formato e “tamanho” que pudesse ser fácil e economicamente reproduzido, desde que almejo disponibilizá-lo online, para que tenha maior alcance e possa ser impresso por qualquer um, tanto para si quanto para distribuição.

As especificidades técnicas, já estabelecidas desde as primeiras reuniões de orientação, foram de que a fanzine pudesse ser impressa frente e verso em uma folha de tamanho A4, e que tivesse apenas três folhas no total. A estrutura de tópicos também já havia sido designada em seções e páginas do material. Organizei os tópicos por ordem lógica, iniciando pela apresentação do trabalho e noções iniciais sobre o contexto de saúde sexual para mulheres LB, perpassando as doenças sexualmente transmissíveis e seus meios de transmissão, anatomia da vulva, métodos de sexo seguro entre mulheres, até aspectos da consulta médica e uma sessão de “verdadeiro ou falso”.

Desde o início do projeto, já almejava utilizar-me de ilustração para tornar o material mais “amigável” e aproximá-lo do público alvo, mesmo tratando de um assunto que é ainda (infelizmente) considerado tabu, como são as IST. O material governamental de saúde especificamente para mulheres LB, “Chegou a hora de cuidar da saúde” (que analiso anteriormente, em “Análise do Contexto”, no subcapítulo 3.2.2), é demasiado “sóbrio” e, a meu ver, não conversa efetivamente com o público alvo. Além de não ser facilmente encontrado, mesmo estando disponível online. Creio que a ilustração, aliada a informações em uma linguagem acessível, possam ser bastante efetivas para disseminar informações sobre esse tema específico.

Após a estruturação de tópicos da fanzine (vide Quadro 2), em três eixos: conhecimentos gerais, proteção no sexo e consulta médica, deu-se a busca por uma profissional de saúde que tivesse disponibilidade para acompanhar o processo de construção do material e que me fornecesse informações sobre os tópicos abordados na mesma. Após alguns contatos via internet, cheguei à Thais Machado Dias, médica da família, formada pela UNICAMP. A encontrei através de uma reportagem do portal G1 sobre saúde da mulher lésbica e bissexual, na qual Thais era entrevistada. O contato com a médica se deu a partir do Facebook e, através de uma chamada de vídeo, com uma série de perguntas e tópicos pré-

estabelecidos, entrevistei Thais e registrei a chamada em áudio, para anotações posteriores.

Quadro 2: Tópicos para a fanzine.

Conhecimentos Gerais	Proteção no Sexo	Consulta Médica
Diferenças terminológicas entre DST e IST	Métodos de sexo seguro	Periodicidade de exames de IST
Transmissão de IST	Cuidados com acessórios	Exames preventivos: Papanicolau e mamografia
Sintomas de IST	Cuidados com produtos alimentícios utilizados no sexo	Orientações para a consulta médica
Anatomia da Vulva	Cuidados com higiene	
Justificativa do trabalho		

Na entrevista¹³, perguntei especificidades sobre métodos que já existiam de sexo seguro entre mulheres, se havia algum procedimento “padrão” a ser seguido pelos profissionais da saúde em consulta, materiais possivelmente nocivos à vulva, entre outros tópicos que considere relevantes para a serem abordados no material. Thais também relatou alguns acontecimentos de sua vida e profissão durante a entrevista, que também puderam ser aproveitados não só em possíveis adições à fanzine, mas também para ampliar minha “visão de mundo” acerca do acesso à saúde e práticas sexuais.

Após a entrevista, comecei a elaborar os textos que iriam compor a fanzine, guiando-me pelo esquema de tópico-página já existente. Busquei elaborar textos curtos e concisos que pudessem, juntamente com as ilustrações, ser “encaixados” em suas respectivas páginas. Após elaborar todos os textos e designar seus espaços em cada página, os enviei para Thais para que pudesse avaliar o conteúdo e apontar possíveis falhas e sugestões. O processo de elaboração dos textos

¹³ Roteiro disponível no Apêndice 2 deste trabalho.

também foi supervisionado pela orientadora Juliana Petermann e pela co-orientadora Lara Cezar.

Após a elaboração dos textos, iniciei a fase de ilustração da fanzine, que abrangeu desde as representações gráficas até a parte escrita, que também foi feita à mão por mim. Me utilizei dos softwares *Adobe Photoshop*, *Adobe InDesign* e *Procreate* para o desenvolvimento do trabalho, além do uso de um *IPad Pro* para a elaboração das ilustrações. Uma dificuldade encontrada por mim na ilustração e escrita da fanzine foi em relação ao volume de texto *versus* espaço, pois decidi não abrir mão do número de páginas e folhas já estabelecido por mim na pré produção do material, pensando em ainda mantê-la acessível para reprodução. Porém, apesar desta dificuldade, obtive êxito em “encaixar” os tópicos em seus respectivos espaços, objetivando também proporcionar uma leitura dinâmica do volume de informações disposto.

Quanto ao título da fanzine, escolhi “Velcro Seguro: o guia de saúde sexual para mulheres lésbicas e bissexuais com vulva”. Considero importante justificar minha escolha acerca do uso do termo “com vulva” no título da fanzine, que teve como função direcionar este conteúdo ao público que almejo (mulheres lésbicas e bissexuais), sem invalidar ou invisibilizar mulheres transexuais que também são lésbicas e bissexuais.

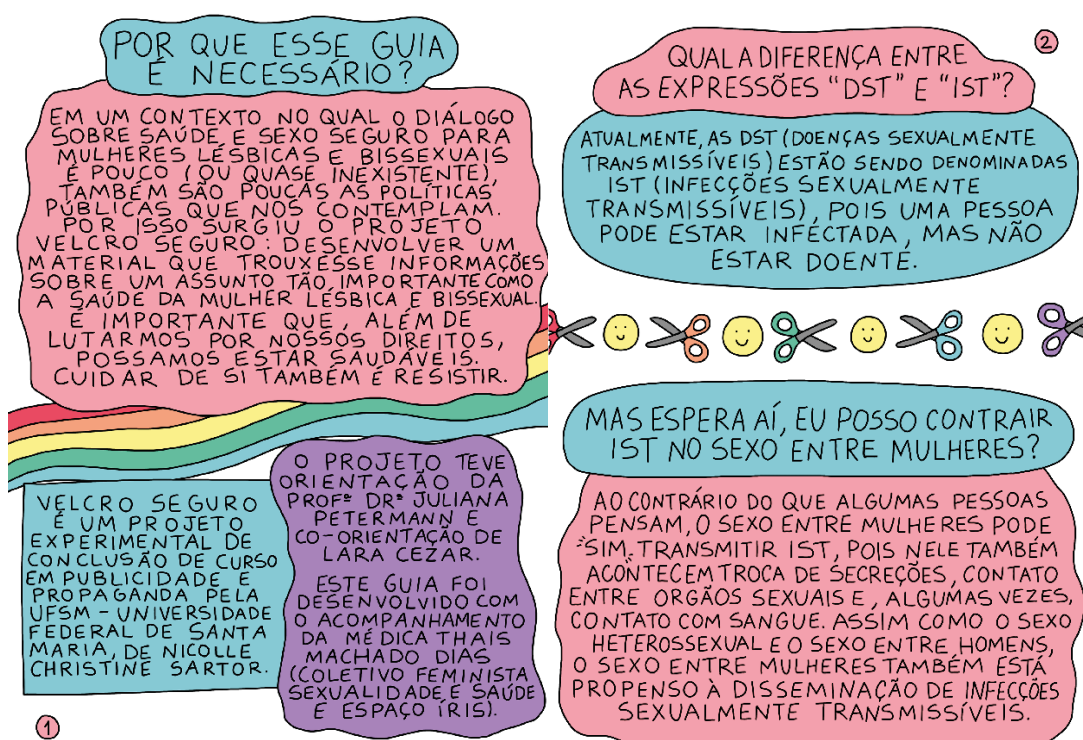
Figura 5: Capa da fanzine Velcro Seguro.



Fonte: Própria autora.

A fanzine inicia com uma breve apresentação, incluindo o propósito do projeto, os nomes de minhas orientadoras (Juliana Petermann e Lara Cezar) e da médica (Thais), seguida de uma explicação acerca da diferenciação terminológica entre DST e IST, e uma breve explicação sobre a possibilidade do sexo entre mulheres também transmitir doenças sexualmente transmissíveis, desde que uma das principais motivações para este projeto é “desmentir” a ideia errônea de que o sexo entre mulheres não transmite IST.

Figuras 6 e 7: Páginas 1 e 2 da fanzine Velcro Seguro.



Fonte: Própria autora.

Em seguida, nas próximas duas páginas, listo as IST com possibilidade de transmissão no sexo entre mulheres e os meios pelos quais são transmitidas. Através de um esquema legenda-símbolo, associei quatro símbolos aos meios de transmissão “contato da mucosa”, “sexo oral”, “sangue” e “penetração”, e posteriormente os disponho junto às doenças e suas descrições. Utilizei-me de caixas de texto conectadas às respectivas doenças para descrevê-las brevemente.

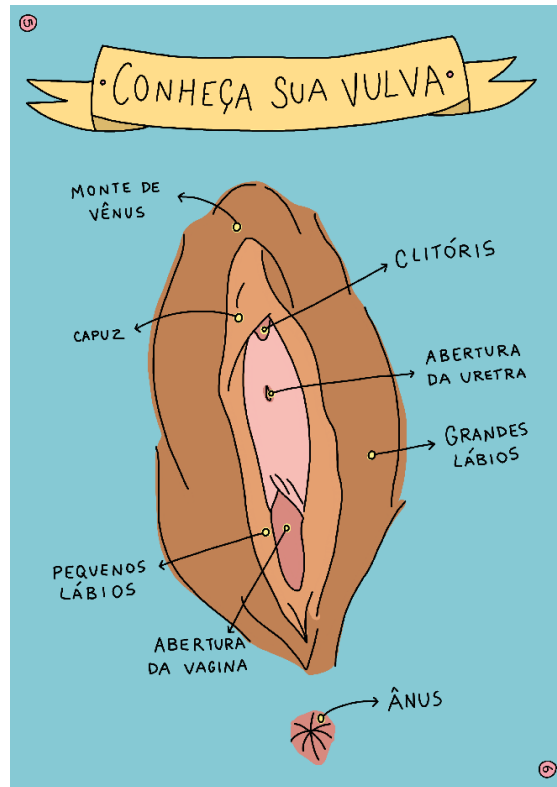
Figuras 8 e 9: Páginas 3 e 4 da fanzine Velcro Seguro.



Fonte: Própria autora.

Para que houvesse uma “linha” de continuidade entre os assuntos “doenças que podem ser transmitidas” e “métodos de sexo seguro”, considerei importante disponibilizar um “mapa ilustrado anatômico” da vulva, partindo da noção de que assuntos ligados à vulva ainda são considerados tabu, e da premissa de que é necessário que mulheres saibam a anatomia de seu órgão sexual, para que possam cuidar da própria saúde e também identificar determinados problemas e alterações em si mesmas. O “mapa” ocupa duas páginas, em formato de “pôster”, comumente utilizado por revistas adolescentes.

Figura 10: Páginas 5 e 6 da fanzine Velcro Seguro.



Fonte: Própria autora.

Após o “mapa anômico”, listo os métodos de sexo seguro, separados por caixas de texto e descritos individualmente. No caso da camisinha cortada, elaborei um “passo a passo” de como cortá-la para criar uma barreira, orientada pela médica Thais. Também incluí observações sobre cuidados com acessórios eróticos e produtos alimentícios utilizados no sexo. Na próxima página, abordo as questões médicas sobre consulta e exames, contendo recomendações de frequência e idade ideal para realização dos mesmos. Por último, desenvolvi uma sessão de “verdadeiro ou falso”, com algumas noções errôneas sobre saúde sexual e respostas corretas às mesmas, como no caso da expressão “DJ bom não arranha o disco”, em referência a mulheres que utilizam unhas compridas e, hipoteticamente, seriam habilidosas o suficiente para não machucarem suas parceiras durante o sexo, mas que na verdade estariam carregando sujeira embaixo das unhas e arriscando de maneira desnecessária a saúde da parceira.

Figuras 11, 12, 13 e 14: Páginas 7, 8, 9 e 10 da fanzine Velcro Seguro.

COMO POSSO PROTEGER A MIM E MINHA PARCEIRA NO SEXO?
OS MÉTODOS DE SEXO SEGURO ENTRE MULHERES PODEM NÃO SER MUITO UTILIZADOS NEM PRÁTICOS, MAS EXISTEM. CONFIRA AQUI ALGUNS DELES:

OBSERVAÇÃO
UMA DAS PRINCIPAIS MEDIDAS PARA PREVENIR IST'S É OBSERVAR A VULVA DE SUA PARCEIRA EM BUSCA DE VERRUGAS OU FERIMENTOS, POIS ESTAS PODEM SER SINAL DE INFECÇÕES.

LUVA OU DEDEIRA (DE LÁTEX)
UTILIZADA PARA PROTEÇÃO DOS DEDOS E DA VULVA EM CASO DE FERIMENTOS ABERTOS, EVITANDO CONTATO COM SANGUE.

EXISTEM CALÇINHAS FEITAS DE LÁTEX QUE PODEM SER UTILIZADAS COMO BARREIRA, AINDA MANTENDO A SENSIBILIDADE, TANTO NO SEXO ORAL QUANTO NO CONTATO ENTRE VULVAS.

CALÇINHA DE LÁTEX

DIALÓGO
PRECISAMOS DESMISTIFICAR A "TROCA" DE EXAMES COM SUA PARCEIRA ANTES DO SEXO. É ESSENCIAL, TANTO PARA SUA SAÚDE QUANTO PARA DE SUA PARCEIRA, QUE AMBAS MANTENHAM SEUS EXAMES EM DIA.

DENTAL DAM
É UMA FOLHA DE LÁTEX, COMUMENTE UTILIZADA EM CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS, MAS QUE TAMBÉM SERVE COMO BARREIRA PARA SER UTILIZADA NO SEXO ORAL. AINDA É DIFÍCIL DE SER ENCONTRADA NO BRASIL, MAS PODE SER FEITA A PARTIR DE UMA CAMISINHA DE LÁTEX.

CAMISINHA CORTADA
SERVE TAMBÉM PARA CRIAR UMA BARREIRA A SER UTILIZADA NO SEXO ORAL.

VEJA COMO CORTÁ-LA ABAIXO:

- 1) CORTE A PONTA DA CAMISINHA
- 2) ABRA UM CORTE NO ANEL DA CAMISINHA
- 3) PRONTO! AGORA VÓCE TEM UMA BARREIRA!

AO UTILIZAR ACESSÓRIOS ERÓTICOS, VOCÊ DEVE FAZER USO DE CAMISINHA E SEMPRE TROCÁ-LA AO ALTERNAR ENTRE VOCÊ E SUA PARCEIRA. LEMBRE-SE DE MANTÊ-LOS SEMPRE HIGIENIZADOS ANTES E DEPOIS DE UTILIZÁ-LOS.

TOME CUIDADO COM PRODUTOS ALIMENTÍCIOS UTILIZADOS NO SEXO, POIS ALGUNS DELES PODEM ALTERAR SEU PH VAGINAL.

PRECISO MESMO IR AO MÉDICO? QUAIS EXAMES PRECISO FAZER?
MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES PRECISAM SIM, FREQUENTAR O MÉDICO, TANTO LÉSBICAS QUANTO BISEXUAIS. AQUI ESTÃO ALGUMAS INFORMAÇÕES E RECOMENDAÇÕES:

EXAMES DE IST:
RECOMENDA-SE A REALIZAÇÃO ANUAL DESTES EXAMES, OU APÓS EXPOSIÇÃO A SITUAÇÕES DE RISCO. OS CENTROS DE REFERÊNCIA DST/AIDS E POSTOS DE SAÚDE REALIZAM GRATUITAMENTE TESTES RÁPIDOS COM RESULTADO NA HORA. SÍFILIS, HEPATITES B E C E HIV PODEM SER DETECTADAS ATRAVÉS DESTES EXAMES DE SANGUE.

NA CONSULTA MÉDICA:
É IMPORTANTE QUE VOCÊ INFORME NÃO SOMENTE SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL, MAS TAMBÉM SUAS PRÁTICAS SEXUAIS. A PRÁTICA DE PENETRAÇÃO, POR EXEMPLO, É DETERMINANTE PARA A RECOMENDAÇÃO (OU NÃO) DE ALGUNS EXAMES.

PAPANICOLAU
SE JÁ OCORRIDA PENETRAÇÃO, SEJA COM PÊNIS, DEDOS OU ACESSÓRIOS, É RECOMENDADA A REALIZAÇÃO DO EXAME A PARTIR DOS 25 ANOS. O EXAME DETECTA O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO.

EXAME DE MAMA
É RECOMENDADO PARA MULHERES ENTRE 40 E 50 ANOS. A MAMOGRAFIA DETECTA O CÂNCER DE MAMA.

VERDADEIRO OU FALSO?
EXISTEM ALGUNS "MITOS" SOBRE A SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS, VAMOS DESCONSTRUI-LOS?

"SEXO ENTRE MULHERES NÃO TRANSMITE IST."
O SEXO ENTRE MULHERES COM VULVA PODE SIM TER RISCO DE TRANSMISSÃO DE IST (VEJA AS INFECÇÕES E SEUS MEIOS DE TRANSMISSÃO NAS PÁGINAS 3 E 4). **FALSO!**

"É IMPORTANTE FALAR SOBRE PRÁTICAS SEXUAIS NA CONSULTA MÉDICA."
VERDADEIRO! É CRUCIAL QUE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SAIBAM SOBRE SUAS PRÁTICAS SEXUAIS PARA QUE POSSAM LHE RECOMENDAR (OU NÃO) ALGUNS EXAMES E PRESTAR O ATENDIMENTO MAIS ESPECIALIZADO POSSÍVEL.

"DJ BOM NÃO ARRANHA O DISCO."
UNHAS COMPRIDAS, ALÉM DE OFERECEREM MAIOR RISCO DE MACHUCAR VOCÊ OU SUA PARCEIRA NO SEXO, TAMBÉM ACUMULAM SUJEIRA. PORTANTO, É RECOMENDADO QUE AS UNHAS SEJAM MANTIDAS CURTAS E LIXADAS E AS MÃOS SEMPRE LIMPAS, ANTES E DEPOIS DO SEXO. **FALSO!**

Fonte: Própria autora.

Por fim, conclui a fanzine, em cerca de dois meses, entre pré-produção, contato com a médica e finalização com ilustração. O "teste" do material será

descrito no próximo capítulo, quando realizo entrevistas com mulheres lésbicas e bissexuais sobre experiências pessoais em relação à saúde e sexo seguro e as apresento a fanzine, para que a leiam e expressem suas opiniões sobre o material.

5. Texto

Fairclough (2001) considera a análise de discurso uma atividade interdisciplinar, que não exige conhecimentos demasiadamente aprofundados em todas as áreas que englobam os estudos discursivos, como linguística e sociologia, por exemplo. Ao analisar textos, deve-se sempre considerar não somente a forma linguística, mas também seu significado diante do contexto. Algumas abordagens críticas do discurso elencam motivações socialmente construídas para que determinados significantes sejam ligados a determinados significados.

Assim, no decorrer do trabalho, objetivei desenvolver a fanzine de maneira que pudesse transmitir, considerando a possibilidade de diferentes significações a serem atribuídas ao material, as informações cruciais sobre saúde sexual de mulheres LB, de forma que a compreensão fosse facilitada e a linguagem médica simplificada. Para experimentar a eficácia (ou não) do material produzido, utilizei-me de entrevistas com mulheres LB, nas quais exibia a fanzine para análise das entrevistadas.

Neste capítulo, irei tratar da preparação pré-entrevista, na qual investigo aspectos específicos sobre a vivência da sexualidade, experiências com atendimento médico e impressões sobre a fanzine Velcro Seguro de mulheres lésbicas e bissexuais. Também descrevo o processo de entrevista e analiso as respostas e reações destas mulheres. O objetivo desta entrevista é conhecer melhor as experiências pessoais das mulheres para as quais estou desenvolvendo este trabalho e também “testar” a eficácia discursiva da fanzine.

5.1. Aspectos Metodológicos: entrevista

Segundo Duarte (2005), em *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação*, o método de entrevista é “técnica qualitativa que explora um assunto a partir da busca de informações, percepções e experiências de informantes para analisá-las e apresentá-las de forma estruturada” (2005, p.62). As fontes são selecionadas de acordo com seu conhecimento ou experiências acerca do assunto de interesse da pesquisa. Através da entrevista, pode-se explorar e aprofundar um

assunto, analisar reações, possíveis constrangimentos e identificar padrões e dissonâncias entre as respostas das fontes.

A entrevista não busca resultados estatísticos, nem testar hipóteses, desde que não abranja uma quantidade suficiente de entrevistados e entrevistadas que possa representar um grupo maior. O objetivo do método de entrevista é analisar a percepção das fontes sobre determinado assunto, ao que o entrevistador ou entrevistadora fornece elementos e questionamentos que proporcionam reflexão acerca do tema pesquisado.

Ao refletir sobre o tipo de entrevista mais adequado para o presente trabalho, conclui que uma entrevista semi-estruturada, partindo de um roteiro de perguntas para nortear a conversa, seria mais adequada para suprir as “necessidades” da pesquisa. Organizei o roteiro¹⁴ em quatro seções: sexualidade e educação sexual, busca por informação sobre saúde sexual, experiências com o sistema de saúde e impressões sobre a fanzine Velcro Seguro. Para que pudessem opinar sobre a fanzine, apresentei uma versão impressa do guia às entrevistadas. As questões de cada seção que, segundo Duarte (2005), devem ser elaboradas de forma que a pergunta seja o mais aberta possível, foram pensadas para que permitissem o desenvolvimento do diálogo entre entrevistadora e entrevistada.

O contato com as entrevistadas se deu a partir do ambiente online e presencial, a partir de uma seleção prévia de mulheres que fossem lésbicas ou bissexuais, buscando também representar mulheres negras na pesquisa. A opção de realizar entrevistas online foi considerada, porém acredito que, para este trabalho, a entrevista presencial proporciona maior sensibilidade à conversa e também permite o acesso ao material impresso por parte da entrevistada. Sobre a quantidade de entrevistadas, apoio-me nesta passagem de Duarte para justificar minha escolha por entrevistar um número pequeno de mulheres: “nos estudos qualitativos, são preferíveis poucas fontes, mas de qualidade, a muitas, sem relevo” (2005, p. 68).

Foram selecionadas 6 mulheres para a entrevista, algumas que entraram em contato comigo através de um “tuíte” meu, no qual realizava uma “chamada” para mulheres que tivessem interesse em participar deste trabalho como entrevistadas, e outras que contatei pessoalmente (presencialmente e online), por já saber que as

¹⁴ Disponível no Apêndice 3 deste trabalho.

mesmas envolviam-se com pautas feministas e LGBTQ+, e também ter conhecimento de sua sexualidade, por já “seguí-las” em redes sociais. Creio que por já “47usca47e-las”, mesmo que em um ambiente online, evitei constrangimentos em minha abordagem, ao considerar que o tema toca em várias questões pessoais, e que talvez algumas mulheres não se sentissem confortáveis para participar da entrevista, caso eu as contatasse pessoalmente.

O diálogo sobre datas, horários e locais para as entrevistas não rendeu preocupações. Solicitei que as entrevistadas me informassem sobre suas datas e horários disponíveis e também permiti que escolhessem o local onde a entrevista seria realizada, considerando que o tema abordado é pessoal e delicado, e um espaço mais reservado provavelmente seria mais apropriado para esta conversa. Três delas escolheram sedes da Universidade Federal de Santa Maria para a realização das entrevistas (sendo uma no prédio central da Universidade e as outras duas no Campus), e três das entrevistadas escolheram realizar suas entrevistas em cafés.

As entrevistas ocorreram entre os dias 22 e 24 de Outubro e duraram, em média, de 20 minutos a 1 hora. A gravação das entrevistas para posterior análise foi acordada com as entrevistadas, assim como sua identificação (ou não) no trabalho escrito. Uma entrevistada preferiu manter-se anônima, porém o restante permitiu que seus nomes fossem utilizados no trabalho.

Em seguida, descrevo mais especificamente o perfil das mulheres entrevistadas e o processo de entrevista. Também analiso suas respostas, explicitando dissensos e consensos entre seus depoimentos, observações sobre a fanzine e demais aspectos da conversa.

5.2. Aspectos Teórico-Analíticos

Para esta análise, realizei a decupagem prévia das gravações em áudio das entrevistas, organizando as informações e trechos de acordo com o roteiro estabelecido e também anotando algumas observações relevantes advindas das conversas. Gostaria de pontuar que entrevistar estas mulheres e colocar-me na posição de ouvinte foi uma experiência enriquecedora, da qual extraí muitos pontos de vista diferenciados sobre o trabalho em questão e sobre vivência, afinal, nenhuma mulher é igual a outra, e ouvir é o primeiro passo para entender.

Início esta parte do trabalho descrevendo os perfis das entrevistadas, por ordem cronológica das entrevistas. Discorro primeiramente sobre aspectos particulares de cada uma, como descoberta da sexualidade e relação com os pais, experiências que são de caráter pessoal e fornecem um contexto para analisar as demais respostas destas mulheres. Após identificar cada uma das entrevistadas, irei cruzar suas respostas e apontar consensos e dissensos entre elas, sempre considerando a influência do contexto de cada uma das entrevistadas em suas respectivas respostas às questões levantadas.

No dia 22 de Outubro, no turno da manhã, entrevistei Alexia. Nos encontramos em um café pouco movimentado no centro da cidade, apenas com a presença do dono e outro cliente. Alexia é branca, tem 21 anos e é lésbica, se identifica com o gênero feminino e está finalizando a graduação em Ciências Sociais pela UFSM. Descobriu que sentia atração por mulheres aos 12 anos, mas apenas se auto reconheceu lésbica com 14 para 15 anos, atribuindo esta “demora” à heterossexualidade compulsória (conceito citado anteriormente neste trabalho). Atualmente, Alexia namora uma mulher, e já a apresentou à família.

Alexia é assumidamente lésbica para sua família e não encontrou demasiada resistência em ser “aceita”, porém relatou que revelar sua homossexualidade para a mãe foi “chato”, pois embora já desse “indícios” desde jovem e acreditasse que sua mãe já soubesse, sua mãe reagiu à revelação “como se o mundo fosse cair”, como contou-me Alexia. Apesar da reação inesperada à revelação, a relação entre mãe e filha seguiu a mesma. Também possui uma boa relação com o padrasto, embora tenha relatado algumas declarações homofóbicas por parte do mesmo, que foram imediatamente contrapostas pela mãe em alguns casos.

Alexia pesquisa sobre a relação do movimento “Escola sem Partido” e o conceito de “Ideologia de Gênero” com o reconhecimento de mulheres lésbicas no ensino médio. Conversamos brevemente sobre a importância da identificação e reconhecimento da sexualidade para jovens mulheres e sobre o impacto que a formação de uma identidade desde cedo, favorecendo o acesso ao conhecimento, tanto no sentido de saúde sexual e autocuidado quanto no sentido da sensação de pertencimento a um grupo, que pode oferecer suporte a estas jovens.

No mesmo dia, no período da tarde, entrevistei Amanda (nome fictício), mulher branca, lésbica, de 18 anos de idade. A entrevista ocorreu em uma sala vazia, no campus da UFSM. Amanda está cursando Produção Editorial pela UFSM,

e está solteira no momento. Amanda relatou ter “descoberto” sua sexualidade aos 14 anos, e ainda não revelou sua sexualidade aos pais, apenas para sua irmã, com quem compartilha um apartamento. No momento, prioriza manter uma relação saudável com os pais em detrimento de revelar sua sexualidade a eles.

Pouco depois, encontrei-me com Beatriz, estudante de Produção Editorial, em outro prédio do campus da UFSM. Encontramos um espaço pouco frequentado no qual pudéssemos conversar sem muito barulho. Beatriz é uma mulher negra, tem 20 anos e é lésbica, identifica-se com o gênero feminino e namora uma mulher. Entre os 12 e 13 anos, “descobriu” atrair-se por mulheres, porém ficou em dúvida por um breve período de tempo entre se auto reconhecer como lésbica ou bissexual, elencando a heterossexualidade compulsória como fator causador de sua dúvida.

Revelou sua sexualidade para a mãe aos 16 anos e relatou uma reação positiva, mas que acabou por desencadear conflitos depois de certo tempo. Atualmente, a relação entre as duas é saudável e sua mãe mantém contato com a namorada de Beatriz: “Daí hoje, tipo, elas se falam, por *whatsapp*. Isso é muito, não sei, uma coisa que eu não esperava.”, contou. Para o pai, Beatriz “se assumiu” aos 17 anos, durante a época em que era votada a “cura gay”. Ele reagiu tranquilamente, mas pediu que tomasse cuidado na rua, segundo ela.

Mais tarde, no mesmo dia, entrevistei Camila. Camila é graduanda em Direito pela UFSM, tem 25 anos, é mulher negra e bissexual, identifica-se com o gênero feminino e atualmente namora uma mulher. Se auto reconheceu como bissexual em 2015, pouco depois de ingressar na universidade. Já revelou sua sexualidade à família e foi recebida positivamente, relatou não existirem conflitos acerca do assunto.

No segundo dia de entrevistas, 24 de Outubro, entrevistei Karoline em um café movimentado no centro da cidade. A movimentação no ambiente não dificultou nem interrompeu a conversa. Karoline é uma mulher negra, identifica-se com o gênero feminino, tem 20 anos e é bissexual. Cursa Produção Editorial na UFSM e atualmente namora um homem. Relatou ter “descoberto” sua sexualidade aos 17 anos, no início da faculdade, ao apaixonar-se por uma mulher. Se auto reconheceu como bissexual graças à descoberta de que, para ser bissexual, não era necessário que já tivesse namorado uma mulher antes.

Os pais de Karoline tem conhecimento sobre sua orientação sexual e a relação entre pais e filha é saudável, segundo ela. A mãe suspeitava que a filha

fosse lésbica, até que Karoline apresentou seu primeiro namorado à mãe e revelou atrair-se tanto por homens quanto por mulheres. No entanto, ainda não conversou diretamente com o pai sobre o assunto.

Mais tarde, no mesmo dia, conversei com Mariana, no mesmo café em que conversei com Karoline. Novamente, o barulho e a movimentação não interferiram na entrevista. Mariana disse não ter problema em conversar abertamente, em alto e bom tom, sobre o tema em locais públicos, pois acredita que falar sem medo sobre a saúde sexual, sexualidade e corpo da mulher seja uma estratégia interessante para o combate dos estigmas sobre estes assuntos. Mariana é uma mulher branca, de 24 anos, que se identifica com o gênero feminino e está solteira, no momento. Ela disse não sentir necessidade de especificar sua sexualidade, acredita que denominar uma sexualidade específica restringe outras possibilidades afetivas. Mariana trabalha como professora de inglês.

Mariana percebeu que se sentia atraída por mulheres na adolescência, aos 13 anos, mas o assunto não se tornou uma pauta “central” em sua vida até os 16 anos. Aos 17 anos, mesmo sem ter nenhuma experiência romântica com uma mulher, seus pais a abordaram e a questionaram sobre sua sexualidade. Mariana considerou uma experiência “complicada” na época, pois enfrentou resistência por parte do pai. A mãe dialoga com o pai sobre a sexualidade da filha, como uma “ponte”, utilizando-se do argumento de que o espiritismo, doutrina que seguem, não condena nem discrimina a diversidade sexual, segundo ela. Mariana relatou ter dificuldade no diálogo com o pai sobre o assunto, embora atualmente ele tenha se mostrado mais receptivo, ela atribui a resistência do pai como consequência de seu trabalho no exército e sua criação em uma cidade do interior.

Mariana relatou que a mãe advoga muito em seu favor diante de situações de preconceito, mesmo quando a filha não está presente. Também mencionou um caso cômico de “fofoca intermunicipal”, no qual uma moradora de sua cidade natal, ao vê-la em outra cidade de mãos dadas com uma mulher, especulou sobre sua sexualidade e contou a outras pessoas, chegando até uma amiga próxima de Mariana, que a contou sobre o ocorrido. Mariana também relatou que seu pai e sua mãe ainda têm dificuldades em inserir termos como “lésbica” e “namorada” em seu vocabulário, e encontram substitutivos para os mesmos, como “coleguinha” (para “lésbica”) e “amiga íntima” (para “namorada”).

Todas as entrevistadas lembram de, em algum momento, experienciarem contato com educação sexual na escola, majoritariamente no ensino fundamental, somente sobre sexo heterossexual. Quando perguntadas sobre o assunto, a maioria das entrevistadas tomou um tempo para lembrar do que lhe foi informado e como havia acontecido. Três das entrevistadas relataram contato com educação sexual através de aulas de biologia: Beatriz contou ter tido aulas sobre métodos contraceptivos, Karoline relatou como um momento constrangedor em virtude de piadas que os meninos da turma estariam fazendo e Mariana caracterizou como um momento de maturidade, com demonstrações de uso da camisinha orientado por um ginecologista, porém pontuou: “Foi bem completo, mas completo entre aspas, né”.

As outras três entrevistadas não especificaram em que “aula” tiveram contato com educação sexual: Camila relatou não ter tido aulas sobre prevenção de IST, mas sobre “de onde vêm os bebês”. Para Amanda, a Secretária de Saúde da cidade foi responsável pela educação sexual em sua escola, tratando o sexo como algo restrito a relacionamentos sérios: “Eles iam lá e colocavam uma apresentação de slides com umas doenças sexuais grotescas, e eles colocavam imagens pra assustar os alunos, sabe? E distribuía camisinha”. Alexia relatou ter sido informada sobre sistema reprodutor e uso de camisinha, e relata: “Educação sexual mesmo, só a questão “ai, usem camisinha quando forem fazer”, sabe. Foi bem fraco. E absolutamente nada sobre sexualidades que não fossem a heterossexual”.

O trecho da entrevista sobre educação sexual também foi espaço para exposição de indignações, tanto minhas quanto das entrevistadas, acerca do descaso conferido à tão importante parte da formação de um jovem. Três das entrevistadas, que trabalharam ou trabalham com jovens, pontuaram uma perspicácia por parte dos alunos sobre assuntos relacionados à sexualidade e gênero, comportamento que, em seus depoimentos, não estava presente. Também conversamos sobre a importância de uma educação sexual que contemple outras sexualidades (além da heterossexual) na validação identitária de jovens em idade escolar, pois o primeiro passo para identificar-se com algum grupo social é saber da existência do mesmo.

Quanto à busca de informação sobre saúde sexual específica para mulheres LB, a maioria das entrevistadas busca ou já buscou informar-se sobre o assunto. Camila relatou ter buscado estas informações pela internet (sem muito resultado) e

também por meio de conversas com amigas “mais experientes”. Alexia também contou ter buscado informar-se pela internet, mas que encontrou apenas sites “sem muito amparo científico”, mencionando também contato com um material audiovisual produzido por “conhecidas” da cidade de São Paulo, que tratava do assunto. Karoline relatou já ter buscado por informações, também na internet, quando estava começando a se apaixonar por uma mulher, mas que não encontrou “muita coisa” e apenas descobriu a existência do plástico filme como um método de prevenção de IST: “Busquei, não encontrei, e o que eu encontrei foi meio absurdo, assim”, relata.

Pra saúde da mulher, a mulher que vai ter que fazer a pesquisa, a mulher que vai ter que ir atrás, porque a ciência agora que tá mudando, um pouco, tá começando a equilibrar. Porque até pouco tempo atrás eram homens, fazendo pesquisa para homens. Ou fazendo pesquisa para mulheres, mas que beneficiassem os homens. (Alexia)

Uma perspectiva interessante vem de Mariana que, na adolescência, fazia curso de inglês e tinha contato maior com conteúdo internacional. Ao buscar por informações sobre saúde sexual em inglês, encontrou informações sobre o dental dam, camisinha cortada, entre outros métodos de prevenção de IST. Além disso, acompanhava canais de mulheres lésbicas no *Youtube*, que também abordavam o assunto. Mariana nunca pesquisou sobre o assunto em português, então não sabia da existência (ou não) de informações em português sobre saúde sexual de mulheres LB. O fato de conteúdo em inglês sobre saúde sexual para mulheres LB já existir desde a adolescência de Mariana, mas um conteúdo em português sobre o mesmo assunto não existir até os dias atuais explicita o “atraso” do governo e sociedade brasileira em aspectos tão básicos como o de direito à informação e saúde de qualidade. A importância da disponibilidade de informações em português sobre saúde sexual para mulheres lésbicas e bissexuais se dá, essencialmente, pelo fato de o acesso a informações em língua estrangeira ser restrita, visto que apenas 5% de toda população brasileira sabe falar inglês¹⁵, dificultando o acesso a conteúdo em outras línguas.

Dentre as entrevistadas que relataram não terem buscado sobre saúde sexual, Amanda disse nunca ter buscado informar-se sobre o assunto, mas que havia realizado exames de IST recentemente. Beatriz disse não buscar informação

¹⁵ Fonte: <https://www.terra.com.br/noticias/dino/95-da-populacao-brasileira-nao-fala-ingles,9f848f68ed451de99742216570b7ccf9gc7gj8du.html> (Acesso em 19 de Novembro de 2019).

mas que, mesmo assim, tinha contato com o assunto através de postagens de amigas em suas redes sociais, relatando adquirir conhecimento mesmo sem buscá-lo por conta própria. Beatriz também citou contato com a primeira edição da fanzine de minha autoria através das redes sociais.

Uma consideração importante a ser feita é que nenhuma das entrevistadas, até mesmo as que já haviam buscado por informação sobre saúde sexual, encontrou ou teve contato com qualquer material governamental que tratasse do assunto. Uma questão levantada por Alexia na entrevista foi a “cultura do medo” em torno das IST, considerando o tabu como uma das causas da desinformação acerca do assunto, tanto para pessoas heterossexuais quanto para pessoas LGBTQ+. Mencionou também a preocupação desproporcional acerca da gravidez acidental, como se fosse o único “risco” oferecido pelo sexo sem proteção.

Todas as entrevistadas relataram ter algum tipo de conversa com amigas e namorada ou namorado sobre saúde sexual e prevenção de IST. Beatriz disse conversar muito com uma amiga mais próxima, que também é lésbica. Relatam problemas e compartilham experiências sobre sexo abertamente, diálogo que, segundo Beatriz, as deixou mais próximas: “É uma relação que a gente meio que construiu por se entender”. Beatriz também conversa com a namorada sobre o assunto. Camila também relatou conversar com as amigas e namorada, pautando a frequência de ambas na realização de exames de IST, seus resultados e idas à ginecologista. Alexia conversa com amigas e namorada sobre o assunto mas relata, acerca de seu diálogo com amigas:

Sobre educação sexual, assim, só problematizando o fato de a gente não ter acesso, sabe. E compartilhando o que a gente tem de métodos, que praticamente consiste em cortar a unha, porque outra alternativa é cortar uma camisinha e botar na língua. Eu não conheço nenhuma lésbica que faz isso, eu mesma não faço.

Quanto às conversas com a namorada, Alexia conta ter introduzido à mesma vários aspectos de saúde sexual que a namorada não havia tido contato até então. Elas realizam o teste rápido juntas desde o início do relacionamento. Alexia acredita que a população, em geral, considera “ofensivo” o diálogo sobre exames de IST antes de relações sexuais e elenca o medo da descoberta de alguma infecção e o estigma construído em torno de IST como fatores causadores de tal receio.

Karoline disse conversar com amigas lésbicas e bissexuais sobre saúde sexual e relata uma “preocupação” por parte do grupo em relação ao assunto,

porém atribui o diálogo e atenção acerca de saúde sexual à “bolha da universidade”, trazendo o exemplo de uma amiga “fora da bolha” que considera relações sexuais entre mulheres com vulva uma prática sem riscos à saúde. Também conversa com o namorado sobre o assunto, perguntando se o mesmo havia se vacinado contra o HPV no início do relacionamento, antes de começarem a ter relações sexuais.

Mariana também relatou ter uma conversa prévia com a ex-namorada antes de iniciarem as relações sexuais, sobre exames e saúde sexual. Acredita, assim como Alexia, que haja um receio por parte da população em “trocar exames” antes de relações sexuais, “como se fosse um bicho de sete cabeças”, segundo ela.

Não sei se as pessoas têm vergonha, acham que tá invadindo a privacidade, porque depois tu vai ter um momento íntimo com a pessoa. Se tu tá disposto a ir pra cama com aquela pessoa, tu deveria ser capaz de perguntar isso. (Mariana)

Mariana já dialogou com suas amigas sobre o assunto, considerando mais uma “troca de experiências” do que um diálogo direcionado a algum aspecto específico de saúde sexual, mas relatou não conversarem mais tão frequentemente sobre o assunto atualmente por morarem em cidades diferentes. Contou ser bastante cuidadosa com sua saúde sexual e acredita que a responsabilidade para com o outro é determinante para controlar a transmissão de IST. Amanda, por outro lado, conversa com amigas sobre sexo, mas não necessariamente sobre saúde sexual.

É evidente que o círculo de amizade com mulheres LB das entrevistadas é bastante determinante para a existência de uma troca de experiências e informações sobre relacionamentos amorosos entre mulheres, expondo vivências e perspectivas diferentes da mesma situação. Um aspecto interessante percebido por mim sobre a relação das entrevistadas com suas namoradas no diálogo sobre saúde sexual é a confiança atribuída mutuamente entre as duas. Ela se expressa tanto na esfera prática, ao realizar os testes de IST juntas, quanto na esfera do aprendizado, como no caso de Alexia ter introduzido alguns aspectos de saúde sexual com os quais a namorada ainda não havia tido contato.

Sobre os métodos de prevenção no sexo, todas as entrevistadas demonstraram ter conhecimento de pelo menos um método. Alexia elencou o uso de camisinha em acessórios eróticos, unhas limpas e cortadas e plástico filme como os métodos de prevenção de IST que conhecia, ressaltando que havia descoberto que o plástico filme não seria adequado, pois possui “microfuros” que favorecem a

transmissão de fluídos, sempre considerou o método “absurdo”. Alexia também elencou o teste rápido como uma maneira de controle de IST. Disse ter conhecimento de que a “tesourinha” seria o método mais “perigoso”, por ser um contato direto de mucosas e que o período menstrual também era o mais latente para a transmissão de IST. Utiliza camisinha em acessórios eróticos regularmente e “se recusa” a utilizar plástico filme no sexo.

Beatriz relatou saber sobre a camisinha feminina, luva ou proteção para os dedos e limpeza e corte de unhas para evitar a transmissão de IST. Considera a camisinha feminina de difícil acesso em comparação à camisinha masculina. Apesar de saber sobre os métodos, nunca utilizou nenhum deles (exceto cortar e limpar as unhas) pois sempre teve parceiras fixas para relações sexuais. Camila cita como métodos conhecidos o preservativo para uso nas mãos, manutenção das unhas curtas e limpas, regularidade na realização de exames e uso de plástico filme, mas diz “não gostar da ideia” de utilizá-lo. Assim como Beatriz, também nunca utilizou um método de prevenção, exceto manter suas unhas curtas e limpas.

Amanda relata saber sobre a camisinha feminina, plástico filme (que considera “bizarro”), dental dam e uso de luvas cirúrgicas como métodos de sexo seguro. Nunca utilizou nenhum destes métodos. Mariana disse saber sobre os métodos de camisinha cortada, plástico filme, dental dam, luvas, uso de camisinha em acessórios eróticos e manutenção das unhas curtas e limpas. É interessante pontuar que Mariana não sabia da função odontológica original para o dental dam e pensava que o material servia apenas como método de proteção no sexo. Utiliza camisinha em acessórios eróticos, mas nunca utilizou nenhum método de proteção para o sexo oral e, como opção de proteção, sempre conversou previamente com suas parceiras antes da relação sexual. Karoline não sabia sobre nenhum método de sexo seguro além do plástico filme e nunca o utilizou em relações sexuais.

Embora o grau de conhecimento sobre métodos de sexo seguro entre mulheres fosse diferente entre as entrevistadas, havia um consenso: o desconforto em utilizar tais métodos. Para a maioria, é preferível realizar os exames necessários com regularidade e conversar com sua parceira sobre sua saúde, substituindo os aparatos para uso no ato sexual.

Quando questionadas sobre sua opinião e sugestões sobre espaços e materiais facilitadores do acesso à informação sobre saúde sexual para mulheres LB, todas as entrevistadas disseram considerar importante a existência destes

espaços e materiais, e expuseram suas considerações sobre o assunto. Karoline ressaltou a importância da gratuidade de eventos e materiais sobre o tema, e acredita que uma educação mais abrangente em relação a outras sexualidades é importante no ambiente escolar. Também atribui a falta de informação sobre saúde sexual não-heterossexual à invisibilização de outras práticas sexuais e sexualidades. Alexia, por ter trabalhado com jovens mulheres recentemente, ressaltou a diminuição progressiva na idade de início da vida sexual dessas jovens, que se identificam como lésbicas ou bissexuais. Considera de extrema importância o acesso de jovens à informações sobre saúde sexual de maneira fácil e didática.

Beatriz, ao ser questionada sobre esse assunto, disse considerar o meio acadêmico como um facilitador de debates e acesso à informação sobre saúde sexual, mas que comunidades periféricas não possuem acesso direto e facilitado a estes debates e materiais que circulam no meio acadêmico: “Eu sei que há muitas pessoas que não tem isso”, disse. Também elencou a necessidade do acesso à informação para o público de terceira-idade, porém atribui o dever de disseminação de informação acessível à esfera pública.

Camila, assim como Beatriz, acredita que mulheres mais velhas deveriam ser mais visadas por estratégias de comunicação, e que a distribuição de materiais físicos facilitaria o acesso à informação por parte deste público. Por outro lado, também acredita que a internet é um bom meio para atingir o público mais jovem, por seu aspecto de “confidencialidade”, ao que permite que a pesquisa seja feita sem “constrangimentos”. Camila também pontuou a necessidade de uma formação mais completa para profissionais de saúde acerca do tratamento de pessoas LGBTQ+: “Eu acredito muito no poder do diálogo cara a cara, assim”.

Amanda acredita na importância de uma educação sexual que não inspire “medo” em jovens. Considera que a abordagem conservadora utilizada atualmente acerca do sexo e saúde sexual seja inapropriada, tornando o diálogo ineficiente e hierarquizado, e acredita que esse tipo de instrução deveria ser realizada de maneira mais horizontal para com os jovens. Mariana, por outro lado, acredita que o contexto conservador atual não facilite o diálogo sobre saúde sexual e sexo na escola, até mesmo para uma educação sexual voltada à heterossexualidade. Assim como Karoline, Mariana também ressaltou a importância de espaços e materiais disponibilizados gratuitamente e do foco em comunidades periféricas, pois considera o debate acerca do assunto restrito à ambientes elitizados ou

acadêmicos. Além de ações de cunho governamental, também citou a importância da comunicação entre amigas e grupos de mulheres sobre saúde sexual.

Além da discussão sobre a importância e escassez destes espaços e materiais, algumas outras considerações foram feitas durante a conversa: Mariana relatou perceber que a sexualidade da mulher, mesmo heterossexual, é considerada tabu, e que a identificação entre mulheres acerca de práticas sexuais estigmatizadas (como masturbação) é tomada com surpresa. Por isso, Mariana disse sempre buscar conversar sobre o assunto com naturalidade, como uma forma de contraponto ao estigma estabelecido. Para outras entrevistadas, o desconhecimento das mulheres, independente de sexualidade, sobre sua própria anatomia é evidente, e que o estigma sobre o corpo feminino (quando não utilizado para propósitos sexuais e reprodutivos) é uma das principais causas deste “acanhamento” em conhecer-se.

Sobre aspectos referentes às experiências das entrevistadas com o sistema de saúde, foram feitas perguntas sobre frequência de ida ao ginecologista, realização de exames e aspectos gerais acerca do tratamento por parte do profissional da saúde. Presumi que este momento da entrevista fosse constranger algumas das entrevistadas, por tocar em um assunto tão íntimo como uma consulta ginecológica, mas todas responderam meus questionamentos com naturalidade.

Alexia vai ao ginecologista anualmente e, juntamente com a consulta, realiza o teste rápido e o exame de Papanicolau. Relatou não ter sofrido qualquer situação de preconceito na unidade do SUS em que realiza suas consultas, atribuindo esta “aceitação” à noção prévia dos profissionais sobre sua sexualidade, por frequentar a unidade desde criança e também por ter contato via redes sociais com alguns dos profissionais que a atendem, onde faz postagens sobre questões LGBTQ+. Lembra ter tido uma experiência marcante em sua primeira consulta ginecológica - com um ginecologista homem -, na qual o médico colocou um espelho atrás de si, para que Alexia pudesse visualizar as ações do mesmo. Alexia nunca havia visto a própria vulva daquele ângulo. Relata não ter tido nenhuma orientação advinda da médica com que se consulta atualmente sobre sexo seguro, também não perguntou à médica informações mais específicas sobre o assunto.

Beatriz, por outro lado, vai a consultas médicas anualmente, mas geralmente sob o pretexto de “chechar alguma coisa de errado”. Utiliza o sistema particular de saúde e atualmente frequenta a mesma ginecologista de sua namorada e a escolha

da profissional se deu a partir da segurança de que não sofreria preconceito, pois sua namorada, que também é lésbica, não teve problemas com a médica. Relatou não ter tido experiências ruins em consultas médicas, mas atribui isso ao fato de ter experiências com poucas profissionais da saúde. Beatriz contou que a ginecologista apenas lhe forneceu informações sobre o exame Papanicolau e IST, nada sobre saúde sexual.

Camila frequenta o ginecologista desde os 12 anos, quando teve sua primeira menstruação. Vai anualmente à ginecologista e realiza os exames necessários juntamente da consulta. Relata não ter experienciado nenhum constrangimento durante a consulta, mesmo depois de revelar sua sexualidade à médica e acredita que o fato de a ginecologista ser a mesma de sua mãe contribuiu para que tivessem uma relação mais natural. Recebeu orientações da médica sobre saúde sexual sobre a manutenção das unhas curtas e limpas e a realização regular de exames de IST.

Karoline começou a frequentar o ginecologista anualmente desde a primeira vez que menstrou, revelou ir mesmo sem ter “motivo” para uma consulta ginecológica. Utiliza o sistema particular de saúde e relatou vários constrangimentos nas consultas até encontrar uma profissional de saúde com a qual se sentisse confortável. O motivo da troca foi por sentir que não estava recebendo a devida atenção, e que necessitava de um olhar mais amplo sobre suas necessidades, além das questões que trazia para a consulta. Já consultou-se com ginecologistas homens e relatou desconforto em virtude de uma figura masculina estar a examinando. Apenas revelou sua sexualidade para a ginecologista que a atende atualmente, sem qualquer manifestação de preconceito. Apesar disso, a médica não recomendou nenhum método de sexo seguro que não fosse destinado ao sexo heterossexual.

Amanda, ao contrário das outras entrevistadas, foi ao ginecologista apenas 3 vezes ao longo da vida e disse ir apenas quando sente necessidade ou percebe algum “problema”. Utiliza o sistema particular de saúde e trocou uma vez de ginecologista. Considerou todas as vezes em que foi ao ginecologista como desconfortáveis, em virtude da maneira com que são feitos os exames e da maneira como tem de se deitar no consultório. Apenas revelou sua sexualidade na consulta mais recente, depois de ter iniciado sua vida sexual, e relatou compreensão por parte da médica, mas não o suficiente para que conversasse mais abertamente com

a médica sobre outros aspectos. Assim como a maioria das entrevistadas, também não recebeu informações sobre saúde sexual por parte da médica.

Mariana foi à sua primeira consulta ginecológica muito jovem, aos 9 anos, quando começou a menstruar. Foi novamente ao ginecologista quando iniciou sua vida sexual, mas não retornou desde então. Acreditava estar segura e não necessitar de demais exames durante seu relacionamento, que teve duração de 2 anos. Atualmente considera que deveria ter mantido uma frequência nas consultas mesmo durante o namoro, mas também crê que se tivesse uma vida sexual mais ativa iria mais frequentemente ao ginecologista. Vai ao mesmo ginecologista da mãe e utiliza o sistema particular de saúde. Relatou um único momento constrangedor durante as consultas, quando o médico presumiu que Mariana fosse heterossexual, e disse também ter ouvido relatos de amigas sobre constrangimentos ocorridos em consultas. Diferente da experiência das outras entrevistadas, desta vez o médico perguntou a Mariana se teria alguma dúvida sobre saúde sexual, mas ela negou e não pediu mais informações.

Dentro deste grupo de entrevistadas, é interessante perceber que metade delas vai ao ginecologista principalmente, senão unicamente, sob o pretexto de estarem com algum problema de saúde ou ao notarem alguma diferença em seu corpo que as preocupe. Uma das justificativas mais recorrentes para este comportamento é a ideia de se estar “segura” ao manter uma parceira fixa para relações sexuais, aspecto que também é pontuado em outro trabalho de entrevista que analiso anteriormente: *Lésbicas, Comunicação e Saúde*, de Priscila do Espírito Santo Lima.

Na seção final da entrevista, entreguei às entrevistadas a versão impressa da fanzine *Velcro Seguro* e orientei que a lessem sem pressa, tomando o tempo que precisassem. No momento de silêncio, durante a leitura das entrevistadas, percebi que todas mantinham-se concentradas no que estavam consumindo e, muitas vezes, faziam observações durante a leitura, sem que eu fizesse qualquer provocação.

Alexia, após ser questionada por mim sobre suas impressões gerais acerca da fanzine, pontuou não saber a diferença entre os termos DST e IST, até informar-se pelo material. Também pontuou a importância em reiterar que o sexo entre mulheres é passível de transmissão de IST, ao contrário do que muitas vezes é presumido. Comentou sobre a necessidade de cuidado no uso de produtos

alimentícios no sexo e que havia gostado da menção deste aspecto na fanzine. Disse considerar o material dinâmico e intuitivo, com ilustrações, legendas e linguagem acessíveis, e que apresenta uma “escala” no grau de complexidade das informações, partindo de noções mais básicas até informações mais “complicadas”.

Amanda, assim como Alexia, considerou o material didático e informativo. Também pontuou que as ilustrações e cores utilizadas no material auxiliam na aproximação e identificação do público para com a fanzine. Beatriz também considerou o material didático e simples, que possui bastante texto, mas que isso não o torna “cansativo”. Mencionou o desconhecimento das mulheres, em geral, sobre sua própria vulva: “Tipo, as pessoas conhecem os pênis, por que que não conhecem a vagina, sabe?”. Relatou ter sentido falta da menção da candidíase¹⁶ como IST e disse também não ter conhecimento sobre a calcinha de látex, até ter contato com a fanzine: “Como tem coisa que a gente não sabe, né?”, disse.

Camila, ao finalizar a leitura da fanzine, disse não conhecer a calcinha de látex e nem a diferença e a “troca” do termo DST por IST. Considerou a linguagem direta e simples, sem utilização de termos médicos complexos, também mencionando a visualidade do material que, segundo ela, atenua a “gravidade” das informações apresentadas. Karoline também compartilhou das mesmas considerações de Camila, apontando a linguagem acessível e objetiva: “Qualquer pessoa alfabetizada vai conseguir entender”. Mencionou a importância do “mapa anatômico” da vulva, dizendo que algumas mulheres ainda não conhecem seu corpo o suficiente e que esta desinformação é causada pelo estigma social atribuído à vulva. Mariana, mesmo sabendo sobre a maioria dos métodos de sexo seguro, apontou não ter conhecimento sobre a calcinha de látex. Considerou o material “informativo e bonito ao mesmo tempo”, com uma abordagem direta sobre o assunto. “Fico feliz que agora exista esse material”, disse.

Algumas outras observações para além do material foram feitas, como a dificuldade na utilização do termo “lésbica” pelo estigma que a palavra carrega, impactando diretamente na busca de informação sobre o assunto. Também foi sugerido o consumo do material por pais e mães, para que pudessem estabelecer um diálogo sobre o assunto com suas filhas, atribuindo a falta de informação como

¹⁶ Candidíase é uma infecção causada pelo fungo *Candida albicans*, mas que não é considerada IST, embora seja transmissível pelo sexo. Fonte: <https://www.ginocanesten.com.br/pt/sem-tabu/infeccao-na-vagina/> (Acesso em 01 de Novembro de 2019).

causa para a falta de diálogo entre pais, mães e filhas sobre saúde sexual. Houveram momentos de riso por parte da maioria das entrevistadas ao ler a expressão “DJ bom não arranha o disco”, que aparece na última página da fanzine. Alexia, que pontuou um número considerável de vezes durante a entrevista sobre a importância da manutenção das unhas limpas e curtas, disse: “A minha maior luta dentro do meio lésbico é “cortem suas unhas”, porque as pessoas não se tocam, parece. Ai, “DJ bom não arranha o disco”, não arranha mas infecciona”.

O processo de entrevista com essas mulheres não contribuiu apenas para o desenvolvimento deste trabalho, mas também me permitiu o contato com perspectivas e vivências diferentes de minhas próprias. As reflexões proporcionadas pelas conversas sobre assuntos que ao menos havia cogitado abordar em entrevista foram de extrema importância para expandir minha “visão de mundo” e também ter alguns *insights* sobre outros temas passíveis de debate. As considerações feitas pelas entrevistadas sobre a fanzine Velcro Seguro contribuíram para a validação do produto como didático e acessível, aspectos que sempre foram tratados como prioridade na construção da fanzine.

6. A Fanzine

7. Conclusão

Diante da pesquisa, análise e entrevistas realizadas neste trabalho, posso notar a necessidade de um material que contemple, de maneira acessível e horizontal, as pautas de saúde sexual que tocam mulheres lésbicas e bissexuais brasileiras. A repercussão da primeira versão da fanzine expressa o anseio desta população em informar-se sobre o assunto, mas também expõe um contexto que nega o acesso a estas informações, pelos mais diversos motivos, como a descrença de que o sexo entre mulheres transmita IST, a invisibilização de práticas sexuais específicas e o mais primitivo de todos: a lesbofobia.

Tanto em pesquisas prévias que utilizei como referência quanto em minha própria exploração, é evidente que a saúde é um tema que ainda causa desconforto, pela expectativa de preconceito e pelo “medo” instaurado acerca dos diagnósticos e IST. Embora a formação de consciência sobre particularidades do sexo entre mulheres esteja acontecendo, mesmo que a passos curtos e demorados, ainda é predominante a ideia de que estas práticas sexuais não oferecem riscos e que a prevenção, nestes casos, não faria sentido.

Apesar de fornecer um contexto pessimista para a atenção à saúde de mulheres LB na esfera das ações governamentais, acredito que o anseio por informação e a disseminação virtual e física do material desenvolvido neste trabalho possa atingir mulheres que sequer consideravam estar vulneráveis a este tipo de risco à saúde. É perceptível que a formação da identidade de mulheres LB, desde os anos iniciais da escola, é perpassada pelos mais variados aspectos e que o primeiro passo para o reconhecimento é enxergar-se em outras mulheres e espaços. O papel de filmes, livros e figuras públicas abertamente lésbicas e bissexuais é fundamental para a construção identitária destas mulheres, e abordar questões de saúde direcionadas a estas mulheres e suas particularidades também faz parte da validação que necessitam.

A concepção de discurso enquanto instrumento de mudança social de Fairlough (2001), que amparou este trabalho, traz a rearticulação, utilização de diferentes discursos e intertextualidade como aspectos modificadores do discurso e, conseqüentemente, normatividades sociais. A construção desta fanzine se deu a partir de uma análise e mapeamento de contexto, na qual identifiquei lacunas no conteúdo disponibilizado sobre saúde de mulheres LB, perpassando a análise de

um material previamente desenvolvido, para que pudesse também me apoiar nas sugestões e considerações do público sobre suas demandas, assim construindo um produto informacional que pudesse integrar as necessidades de conhecimento à informação acessível e disposta de forma didática, sem apelar ao medo como método de convencimento ao cuidado.

Uma consideração importante a ser feita na conclusão deste trabalho é a repercussão de duas imagens superficiais da primeira impressão da fanzine *Velcro Seguro* através da plataforma digital *Twitter*. Publiquei¹⁷, no dia 22 de Outubro de 2019, duas imagens - uma da capa e outra do interior - da fanzine, comemorando a primeira impressão do trabalho, mas que recebeu uma repercussão nada esperada por mim. Foram cerca de 35mil *likes* e quase 9mil *retweets*, com 379 respostas ao post.

A maioria dos comentários feitos sobre o material foram de elogios, sobre como um material como esse era necessário e que gostariam da versão completa. Algumas respostas, inclusive, eram solicitações para uso em aulas de saúde sexual ou para distribuição entre coletivos de causas sociais. Outros comentários pontuaram a falta de “recorte” no tratamento de mulheres lésbicas e bissexuais com vulva, afirmando que homens trans também deveriam ser contemplados pelo guia, por possuírem vulva.

Em resposta, pontuei que não poderia direcionar meu material a homens transexuais ou transgênero, considerando que existem vários outros aspectos de saúde sexual para homens transexuais ou transgênero que não estariam sendo contempladas por meu material (como terapia hormonal e cirurgias estéticas), também expus a existência de um guia completo¹⁸ dedicado ao grupo, enquanto um guia dedicado a saúde sexual mulheres LB ainda não existe. Além disso, também pontuei a ineficácia da homogeneização de conteúdo, principalmente na área da saúde, que acaba por tratar superficialmente necessidades específicas de grupos diferentes entre si. Explicitarei, também, a importância discursiva de um material específico para mulheres LB, que valide suas práticas, identidade e demandas,

¹⁷ Disponível em: <https://twitter.com/nicollevelcro/status/1186625376820305921> (Acesso em 19 de Novembro de 2019).

¹⁸ Disponível em: <http://redetransbrasil.org.br/wp-content/uploads/2018/03/Cartilha-Homens-Trans.pdf> (Acesso em 19 de Novembro de 2019).

partindo de um contexto no qual temos nossas identidades e relações invalidadas pela ausência de um homem com pênis numa sociedade falocêntrica.

A vasta repercussão do material e os comentários recebidos apenas confirmou minha hipótese de que há uma necessidade exacerbada de informação sobre saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais, e que o produto deste trabalho em sua distribuição digital e física pode auxiliar na disseminação de informações sobre o assunto a mulheres que sequer imaginavam precisar.

Durante este trabalho, diante de frustrações e indignações causadas pela situação que encontrei, percebi que uma das maneiras mais eficientes de promover mudanças é através da idealização e realização efetiva de estratégias, e que a simples demanda por informação ou atenção já não mais resolve muitas questões. O apagamento identitário de mulheres lésbicas e bissexuais é iminente, não importando o contexto social, dentro de um sistema patriarcal. Se não agirmos nós mesmas, ninguém irá agir por nós.

APÊNDICE

APÊNDICE A - FANZINE “O GUIA DE SEXO SEGURO PARA MULHERES QUE TRANSAM COM MULHERES”

o guia de
sexo seguro
para mulheres
que transam
com mulheres



cê pode contrair
algumas doenças
ao fazer sexo
sem prevenção:



herpes genital
sífilis hpv
gonorréia tricomoníase
clamídia



e a gente sabe
que não é tão
fácil assim usar
métodos de
prevenção no
sexo entre duas
mulheres.



maaaas a gente
pode tomar alguns
cuidados

porque nossa saúde
e das nossas parceiras
é importantíssima, né?

se cês usam algum
tipo de *brinquedo*
na hora do sexo:

mantenha sempre bem limpo,
use camisinha e troque
quando for usar na parceira,
isso evita a troca de *secreção*



cê sabia que

pro sexo oral
rolam algumas soluções

a gente sabe que não é a coisa mais
confortável do mundo colocar um
PLÁSTICO FILME na parceira pra fazer oral,
mas já que não rola outra opção,
a gente improvisa

também pode cortar uma camisinha masculina
ou feminina pra isso, se cê preferir



enquanto 89,7% das mulheres
heterossexuais fazem o
exame de Papa Nicolau,
só 66,7% das mulheres
lésbicas e bissexuais
fazem o exame também?

isso acontece porque a nossa
educação sexual no país é,
além de bem fraca,
“sempre” voltada pro sexo
hetero, e não avisam nada
pra gente de como cuidar da
própria saúde, muito menos
de como se cuidar no sexo
entre minas.

mas o método mais
importante pra se prevenir
é ficar saudável

é manter seus exames em dia, ir a ginecologista
regularmente e CONVERSAR com sua parceira
a honestidade é tudo ;)

o exame de Papa Nicolau é importantíssimo,
a partir dele cê pode detectar o HPV.

a gente também sabe que
o sistema de saúde não é
muito amigável com
nossa sexualidade,
mas nossa saúde é assunto sério.

https://www.ginecologia.org.br/precisamos-falar-da-prevencao-de

https://www.ginecologia.org.br/precisamos-falar-da-prevencao-de

https://www.ginecologia.org.br/precisamos-falar-da-prevencao-de

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICA

Coleta de informações - Zine Saúde Sexual

DST's e IST's

- Qual a diferença entre a expressão “DST” e “IST”?
- Quais são as DST's e IST's que podem ser transmitidas no sexo entre mulheres?
- Como são transmitidas?
- Quais os sintomas iniciais de DST?

Sexo Seguro entre Mulheres

- **Sexo Oral**
 - Quais os métodos de sexo seguro que podem ser utilizados no sexo oral?
- **Penetração com Dedos**
 - Quais os métodos de sexo seguro que podem ser utilizados na penetração com dedos?
 -
- **Acessórios Eróticos**
 - Quais os cuidados que devem ser tomados no uso de acessórios eróticos?
 - Existem materiais que não podem entrar em contato com a vulva? (Tipo no caso de algum acessório que seja feito de algum material específico e que seja nocivo)

Exames Médicos

- Qual a frequência ideal para consultas com ginecologista?
- Qual o procedimento “padrão” em uma primeira consulta ginecológica por parte do profissional de saúde? (Exames no consultório, perguntas padrão, etc.)
- Quais os exames médicos recomendados por idade? (Pensei nessa parte porque várias meninas nem sabem que precisam fazer certos exames, tipo Papa Nicolau, e que os médicos nem mencionam porque é um pouco invasivo)

Verdadeiro ou Falso

- Nessa parte vou precisar de mais um pouco da sua ajuda, haha. Eu tenho algumas sugestões que podem servir para essa seção, mas aí queria sua ajuda pra pensar em alguns “mitos” e verdades que as pessoas normalmente

comentam e que possam servir para essa parte. Aqui vão minhas sugestões (pensei em colocar 5 itens nesta seção):

- Sexo entre mulheres não transmite DST.
 - FALSO! O sexo entre mulheres com vagina pode SIM ter risco de transmissão de DST's (veja as doenças e seus meios de transmissão na página tal).
- A consulta ginecológica é igual para todas as mulheres.
 - FALSO! Cada mulher é diferente, sendo por sua orientação sexual ou até mesmo práticas sexuais. Alguns exames podem ser necessários para algumas mulheres, mas para outras não. O que precisa ser comum entre todas é o respeito por parte do profissional de saúde.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MULHERES LB

Entrevista - Velcro Seguro

Nome (ou não, pode ser anônima):

Idade:

Orientação Sexual:

Gênero com o qual se identifica:

Escolaridade:

Se está ou não em um relacionamento (com homem ou mulher):

1ª Seção: Sexualidade e Educação Sexual

1. Qual foi o período da sua vida em que descobriu sua sexualidade?
2. Você já se assumiu homo ou bissexual para a família? Como foi recebida? Se ainda não se assumiu, qual o motivo?
3. No período escolar, você teve contato com algum tipo de educação sexual?
4. Se sim, como foi/o que você lembra? Ela era voltada para outras orientações sexuais além da heterossexual?

2ª Seção: Busca por Informação sobre Saúde Sexual

1. Você busca por informação sobre saúde sexual e sexo seguro entre mulheres?
2. Se sim, onde procura? (Internet, livros, amigas/os)
3. O que você procura?
4. Você já encontrou algum material governamental que tratasse sobre sexo seguro entre mulheres?
5. Você conversa sobre saúde sexual com outras amigas homo/bissexuais? Se sim, como são as conversas?
6. Se você tem namorada, vocês conversam entre si sobre saúde sexual? Como são as conversas?

7. Você sabe sobre algum método de sexo seguro para sexo entre mulheres? Qual/quais?
8. Você já utilizou algum? Qual?
9. Você utiliza regularmente?
10. Você considera importante espaços e materiais que facilitem o acesso à informações de saúde sexual e sexo seguro para mulheres homo e bissexuais?

3ª Seção: Experiências com o Sistema de Saúde

1. Você já foi ao ginecologista?
2. Você vai regularmente a consultas médicas/ginecológicas? Com que frequência?
3. Você usa o Sistema Público ou Particular de Saúde?
4. Você se sente confortável nas consultas? Já houve algum desconforto?
5. Você já informou sua sexualidade na consulta?
6. Se sim, já sofreu algum tipo de preconceito?
7. Quais são suas percepções sobre a consulta ginecológica? (Se houve diferença no atendimento antes e depois de ter informado sua sexualidade, se informada)
8. Você já trocou de médico/ginecologista? Quantas vezes? Por quê?
9. Você recebeu orientações do seu médico/sua médica sobre sexo seguro entre mulheres?
10. Se sim, você lembra o que foi dito?
11. Se não, você já perguntou sobre?

4ª Seção: Impressões sobre a Fanzine Velcro Seguro

1. Qual sua impressão geral sobre a fanzine?
2. Quais são os aspectos que mais lhe chamaram atenção (tanto em relação ao conteúdo quanto em relação ao visual do material)?
3. Você acha que algo está faltando na fanzine?
4. Você considera acessível/didático o conteúdo do material?
5. Você recomendaria a leitura desta fanzine?

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. **Acesso à cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.
- BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. **Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais.** Relatório de Oficina, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Brasília, DF: 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis.** Brasília, DF: 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Chegou a hora de cuidar da saúde.** Brasília, DF: 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.** Brasília, 2010.
- BUTLER, J. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- DA SILVA, V. R. No Brasil, 6 mulheres são estupradas por dia. In: **Gênero e número**, 22 ago. 2019. Disponível em: < <http://www.generonumero.media/no-brasil-6-mulheres-lesbicas-sao-estupradas-por-dia/>>. Acesso em: 21 jul. 2019.
- DE ARAÚJO, T. Casal lésbico denuncia agressões homofóbicas durante o Ano Novo em Florianópolis (SC). In: **Huffpost**, 26 jan. 2017. Disponível em: < https://www.huffpostbrasil.com/2016/01/07/casal-lesbico-denuncia-agressoes-homofobicas-durante-o-ano-novo_a_21691970/>. Acesso em: 20 jul. 2019.
- DIAS, M. C.; SOARES, S. F. ; PERES, M. C. **Dossiê sobre lesbocídio no Brasil: de 2014 até 2017.** Rio de Janeiro: Livros Ilimitados, 2018.
- DUARTE, J. ; BARROS, A. **Métodos e Técnicas de pesquisa em comunicação.** São Paulo: Atlas, 2005.
- FAIRCLOUGH, N. **Discurso e Mudança Social.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.
- GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.** São Paulo: Editora da UNESP, 1992.

GOMIDE, S. **Representações das identidades lésbicas na telenovela Senhora do Destino**. Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

KLEIN, N. **Sem Logo: a tirania das marcas em um planeta vendido**. Rio de Janeiro, Ed. Record., 2002.

KNAUTH, D. R. **As faces da homofobia no campo da saúde**. Pesquisa Social, 2008/2009. Fundação médica do Rio Grande do Sul, 2008/2009.

LIMA, F. **Raça, Interseccionalidade e Violência: corpos e processos de subjetivação em mulheres negras e lésbicas**. Artigo, 2018. UFRJ, Rio de Janeiro, 2018.

LIPOVETSKY, G. **A Felicidade Paradoxal**. São Paulo, Companhia das Letras, 2007.

LIMA, P. **Lésbicas, Comunicação e Saúde**. Projeto de Conclusão de Curso (Especialização em Comunicação e Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

PIEDRAS, E. **Fluxo Publicitário**. Artigo, 2005. UFRJ, Rio de Janeiro, 2005.

RICH, A. **Heterossexualidade compulsória e existência lésbica**. Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades, 2012.

RIBEIRO, E ; ÂNGULO, K; CARDOSO, N. Demitindo Preconceitos: Por que as empresas precisam sair do armário. In: **Santo Caos**. Disponível em: <<http://www.santocaos.com.br/biblioteca/demitindo-preconceitos-apresentacao-final.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

SILVA, M. L.; SOARES, S. **Imagens em comunicação e saúde: lésbicas e bissexuais no Sistema Único de Saúde no Brasil; olhares freireanos**. Artigo, 2013. UNIPAMPA, São Borja, RS: 2013.

WITTIG, M. **O pensamento hetero**. 1980.