

PSICOLOGIA SOCIAL FEMINISTA E SAÚDE SEXUAL: Reflexões a partir de uma experiência curricular na Universidade Federal de Minas Gerais

Paula Rita Bacellar Gonzaga¹
Marcelo Petrikis Antunes Rezende²
Mercêdes Santiago Silva³
Priscilla Messiane Santos⁴
Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo:

Este trabalho discorre sobre a experiência de formação em psicologia a partir da disciplina teórico-prática: “Tópicos em Teoria Psicológica Contemporânea: A atuação da Psicologia nas Políticas Públicas de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva” criada e ofertada como optativa para estudantes do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) desde 2024. Destacamos para análise nesse texto as interpelações e provocações produzidas em três aulas práticas da referida disciplina, Educação Sexual e Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Relatório de Visita ao Centro de Testagem e Aconselhamento e Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas. A construção teórico-epistemológica da disciplina é orientada pela perspectiva da Psicologia Social Feminista e por aportes do feminismo negro e do feminismo decolonial, bem como são esses os marcos teóricos acionados nas análises produzidas nessa escrita. Concluímos que a experiência dessa disciplina atende a uma lacuna evidenciada na literatura acerca da atuação da psicologia em políticas de saúde sexual e saúde reprodutiva (Gomes e Lima, 2022; Gonzaga, 2022), bem como funciona de modo espelhado promovendo saúde sexual para estudantes que vivenciam as intervenções psicossociais promovidas nas aulas e os instrumentaliza para serem facilitadores dessas técnicas em suas futuras atuações como psicólogas/os/es.

Palavras-chave:

Saúde Sexual; Psicologia Feminista; Políticas Públicas; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Formação em Psicologia.

¹Doutora em Psicologia, Professora do departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: paularitabacellargonzaga@gmail.com. Orcid: orcid.org/0000-0001-7095-5345

²Graduanda em Psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais, Vínculo Institucional. E-mail: mpetrikis@outlook.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-8989-3398>

³Mestranda em Psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: psicologamercedessantiago@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-6435-7192>

⁴Mestranda em Psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: pmessiane@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-6787-6517>



A despeito de ter construído teorizações a partir de análises sobre a sexualidade, é ainda emergente na psicologia produções que versem sobre a saúde sexual como componente das práticas profissionais que desenvolvemos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Isso se dá em razão da psicologia hegemônica ter proposto e defendido perspectivas individualizantes e normativas sobre a sexualidade humana, desconsiderando seu caráter social e os aspectos históricos que incidem sobre os desejos e as práticas sexuais humanas, bem como pela inclusão da psicologia como categoria que se ocupa das políticas públicas e não apenas da clínica individual e elitizada, ser ainda uma realidade em consolidação na identidade profissional desse grupo.

Lima, Brito e Firmino (2011) resgatam que a transição da clínica privada para a saúde pública na psicologia se dá em razão das mobilizações sociais promovidas por usuários e profissionais de saúde que preocupados com as condições de saúde da população brasileira conseguem produzir e aprovar propostas nas Conferências Nacionais de Saúde. Assim, ainda que psicólogas se mantenham resistentes à quebra de uma imagem cristalizada sobre sua atuação, essas profissionais compõem equipes interdisciplinares em diversos serviços de saúde pública onde atendem demandas do campo da saúde sexual, nos cabe questionar: quais compreensões de sexualidade e saúde elas mobilizam nesses espaços de atuação? A escuta psicológica nos serviços de saúde sexual pode ser emancipatória e orientada pela defesa dos direitos sexuais? A partir de quais marcos teóricos isso pode ser pensado?

É com o intuito de contribuir com a formação de futuras profissionais da psicologia no que tange ao campo da saúde sexual e da saúde reprodutiva que a disciplina “*Tópicos em Teoria Psicológica Contemporânea: A atuação da Psicologia nas Políticas Públicas de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*” foi criada e tem sido ofertada como optativa para estudantes do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no primeiro semestre letivo de 2024 e novamente no primeiro semestre de 2025. Em 2024 foram 33 estudantes matriculadas/os e em 2025, 50 estudantes, número máximo de vagas disponibilizado nesta modalidade de disciplina, o que denota um interesse da comunidade discente nesse campo.



Desde o título da disciplina ao cotidiano da sala de aula, entendemos a necessidade de distinguir direitos sexuais e saúde sexual do campo da reprodução, evitando termos simbióticos como saúde sexual e reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos (Ventura, 2009). Coadunamos com Mattar (2008) que a sexualidade não deve ser presumida como reprodutiva, ainda que esses dois campos sejam associados, não são simbióticos e não deveriam ser analisados e considerados como tal para fins de políticas públicas. O ocultamento dos direitos sexuais como rol independente de direitos expressa a dificuldade de incorporar o debate sobre sexualidade como componente da vida humana cuja finalidade do prazer, por si só, pode ser motivo e fim.

Em meio às moralidades que escamoteiam o conceito, perde-se de foco debates necessários sobre os direitos sexuais de trabalhadoras do sexo, população LGBTQIAPN+, jovens, idosos e todos os demais grupos não concebidos na imagem de casal heterossexual reprodutivo. A partir desse alerta, coadunamos com a definição de Mattar (2008, p. 61) que: "Os direitos sexuais dizem respeito ao direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência". Assim, a saúde sexual deve ser compreendida a partir da recusa de biologicismos que reduzem a sexualidade a um componente inato, biológico e determinista da vida humana.

A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (HERA, 1999 apud Corrêa; Alves; Januzzi, 2006, p. 45).

Cabe, nesse sentido, o resgate da máxima feminista de que o pessoal é político e, como nos afirma Oliveira (2008), a ciência é política, logo o pessoal também compõe a ciência. Ao outorgar relevância científica a temas outrora considerados subjetivos, individuais, privados, as epistemologias feministas apontam para a necessidade de reconhecer que todo conhecimento é produzido a partir de interesses, filiações e posições sociais que os sujeitos que produzem ciência manifestam. Assim, como afirmam Adrião e Fine (2015) o exercício da reflexividade nos convoca a refletir sobre quem somos e como isso reverbera nas perguntas que fazemos ou não fazemos na práxis científica, quem está sendo considerado ou não nas análises que



tecemos e, em última instância, reconhecer que partimos sempre de um lugar que nos possibilita uma percepção que será sempre situada e nunca universal.

Partindo desses diálogos e das contribuições de intelectuais do feminismo negro e do feminismo decolonial, esse componente curricular foi criado, fundamentado e aqui analisado. As premissas epistemológicas da psicologia social feminista, que postulam a reflexividade, a posicionalidade e a interseccionalidade como tríade pertinente para a práxis científica, estão implicadas não apenas com a descrição da realidade e suas injustiças, mas principalmente, com a transformação destas (Adrião e Fine, 2015; Lima et. al. 2019). Assim, admitimos que o feminismo, além de movimento político, social, intelectual e metodológico essencial para o tensionamento das hierarquias de gênero, deve se ocupar das desigualdades de raça, território, classe, sexualidade e geração que marcam o sistema de gênero moderno/colonial na América Latina (Lugones, 2008), concebendo a interseccionalidade como ferramenta metodológica preciosa para as análises que tecemos neste território (Akotirene, 2019).

Destacamos, inclusive, que a psicologia social feminista não deve ser reduzida a um campo teórico restrito aos problemas de pesquisa que se referem exclusivamente às mulheres, mas sim como uma perspectiva analítica que está ancorada nas lutas sociais, na defesa da liberdade e da justiça social, bem como no reconhecimento das subjetividades plurais (Adrião e Fine, 2015; Lima et. al. 2019; Mayorga, 2014). Isso se reflete nas temáticas que foram elencadas como centrais no cronograma de estudos do componente curricular supracitado. Temas como: Parto, Violência Obstétrica e sofrimento psicossocial; Gravidez, Parto e Puerpério de Homens Trans; Esterilização; Saúde Menstrual; Práticas de Prevenção e Cuidado às ISTs; Educação Sexual e Prevenção de Infecções sexualmente transmissíveis; Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas; Prevenção aos agravos decorrentes de violência sexual; Interrupção voluntária da Gravidez; entre outros.

Esses temas foram conduzidos a partir de análises interseccionais que entendem a impossibilidade de reduzir um sujeito a apenas uma categoria identitária, além de convidar as estudantes a pensarem sobre suas próprias experiências nos serviços de saúde e como os seus marcadores sociais se refletem nos modos como foram percebidas pelas equipes. O exercício analítico se dá no esforço de pensar que



nenhuma problemática pode ser generalizada para todos os grupos sociais a qualquer tempo histórico, convocando a produção de um modelo de cuidado que considere os sujeitos em suas singularidades e no reconhecimento de suas identidades sócio-históricas.

Uma cena que exemplifica isso se deu na aula sobre esterilização da turma 2025.1. Ao apresentar o contexto de esterilizações compulsórias no Brasil e os casos de esterilização forçada no Peru, situando o caráter eugenista que marca essa problemática nos dois países (Marques; Cardoso; Neves, 2022), várias estudantes negras relataram como a esterilização continua sendo uma orientação frequente em suas famílias, reproduzida de modo transgeracional por avós e tias que foram esterilizadas e que hoje indicam que mulheres mais jovens das famílias recorram a esse método como meio de evitar ter “muitos filhos sem ter dinheiro para sustentar”. Em contrapartida, uma estudante branca oriunda do sul do país diz que sua avó teve 10 filhos e nunca relatou ter sido aconselhada a fazer laqueadura, mesmo a família vivendo em condições precárias na zona rural, diz ainda que não sabe de nenhuma mulher de sua família que tenha sido laqueada e aquela aula era a primeira vez em que ela escutava sobre o tema.

Essa cena denota como uma problemática no campo da saúde sexual e/ou da saúde reprodutiva não deve ser considerada de modo apartado dos marcadores de raça, território, geração, sexualidade e gênero a risco das políticas produzidas em resposta serem ineficientes ao público incisivamente afetado pela questão (Akotirene, 2019; Gonzaga, 2022). Isso se agudiza no contexto estruturalmente desigual da América Latina, onde pensar em direitos sexuais e direitos reprodutivos no âmbito individual dos direitos não irá beneficiar sujeitos submetidos a condições de vulnerabilidade que podem impedir o acesso a esses direitos ainda que eles sejam previstos como tal. No reconhecimento disso, recorremos ao conceito de justiça reprodutiva, formulação teórica que compreende que os direitos básicos são basilares para um exercício autônomo, seguro e saudável dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos (Ross, 2017).

A partir disso, estabelecemos como foco da disciplina: promover a formação de futuras psicólogas nas políticas públicas, visando a atuação coletiva e voltada para as maiorias populares. Para isso, a abordagem metodológica do componente



curricular se orienta pelas práticas coletivas de intervenção psicossocial, sendo a carga horária dividida entre 40hs teóricas e 20hs práticas, essas últimas onde as estudantes vivenciam oficinas, atividades de sala de espera, visitas a serviços de saúde, debates simulados entre poder público e autarquias, dinâmicas de perguntas e respostas e outros recursos que tem como objetivo não apenas “o compartilhamento do conhecimento”, mas a construção horizontal e instrumentalização do corpo discente com ferramentas de intervenção que podem ser usadas em suas trajetórias profissionais em equipamentos de políticas públicas de saúde, assistência e educação.

Neste texto propomos a análise das aulas concernentes às políticas de saúde sexual: 1) Educação Sexual e Prevenção de Infecções sexualmente transmissíveis; na qual utilizamos a oficina *Árvore dos Prazeres* como instrumento facilitador de promoção de saúde sexual (Lima; Brito; Firmino, 2011; Gonzaga et. al. 2019); 2) Saúde Sexual e Mulheres Lésbicas; a partir da qual problematizamos a invisibilidade de mulheres lésbicas nas políticas de saúde sexual e propomos iniciativas a partir da psicologia social feminista e por fim; 3) A atividade avaliativa que consiste na visita a um Centro de Testagem e Aconselhamento, a partir da qual cada estudante deve produzir uma análise crítica da sua experiência como usuária do serviço articulando como essa está alinhada aos princípios do SUS e refletindo sobre possíveis contribuições da Psicologia Feminista nesses equipamentos. O objetivo é romper com ideais passivos de formação em saúde, convocando as turmas a analisar os enfrentamentos e potências que se colocam para a práxis da Psicologia nos serviços de saúde sexual.

Árvore dos Prazeres: “Jogar toda a diversidade de jogos de tabuleiro!”

A inclusão e realização da oficina *Árvore dos Prazeres*, em ambos os semestres em que a disciplina foi ofertada, pode ser compreendida a partir de 2 focos principais sobre os quais se organizará este tópico: promover metodologia participativa entre as estudantes que permitisse reflexão e coletivização sobre as práticas de cuidado, proteção e prazer, assim como apresentar a oficina enquanto profícua ferramenta de intervenção psicossocial em saúde sexual e prevenção, já



utilizada e descrita pela literatura (Brasil, 2006; Gonzaga et al., 2019; Lima; Brito; Firmino, 2011). A partir disso, na análise da oficina articulamos os sentidos produzidos na experiência com aportes teóricos sobre prevenção, formação profissional e práticas de saúde voltadas à sexualidade, compreendendo a necessidade por atuações nas políticas públicas que ultrapassem lógicas clássicas e individualizantes da psicologia (Gomes e Lima, 2022).

A oficina foi concebida como uma atividade dinâmica de caráter vivencial, composta por três momentos: um breve quebra-gelo, o desenvolvimento e uma finalização coletiva, na qual foi possível partilhar e sistematizar os sentidos produzidos. Em 2024 e 2025, a oficina foi conduzida pela monitora e por uma das estagiárias docentes da disciplina, respectivamente. Essa escolha metodológica, buscou promover uma aproximação geracional entre quem facilitava a atividade e a turma, apostando na criação de um ambiente horizontal, no qual os estudantes pudessem se reconhecer nas experiências partilhadas, romper silêncios e mobilizar afetos, enquanto elementos fundamentais para a produção de saúde e para formação crítica em Psicologia.

O desenvolvimento da atividade foi organizado a priori em três perguntas, que durante a execução se desmembraram em quatro: (1) O que te dá prazer? (2) O que te dá prazer sexual em relação ao seu corpo ou corpo de outra pessoa? (3) Quais os riscos envolvidos na vivência desses prazeres? (4) Como é possível prevenir esses riscos de forma individual ou coletiva? Para cada pergunta, estudantes recebiam pedaços de papel colorido, sem necessidade de identificação. As respostas eram recolhidas, lidas em voz alta e, em seguida, coladas em uma árvore previamente fixada no quadro. A proposta visual ajudava a materializar os sentidos que foram se formando ao longo da discussão.

Na primeira rodada a maioria das respostas mencionava prazeres cotidianos, como: *“boiar no rio da minha cidade”, “o tutu que minha avó faz”, “abraços longos”, “rir com pessoas que me entendem, me conhecem e me acolhem”, “carinho nas costas”, “tecidos gostosos”, “comer com pessoas queridas”*. Essas falas ajudam a desnaturalizar a ideia de que o prazer é só sexual, mostrando que ele também aparece nos afetos, a partir dos sentidos de modo mais amplo. Por outro lado, também é revelador que numa turma de jovens universitários cursando uma disciplina acerca



das políticas de saúde sexual e saúde reprodutiva, houvesse uma inibição coletiva de reconhecer as práticas sexuais como fontes de prazer a serem consideradas nesse momento.

A partir disso, refletimos sobre o caráter fundamental e capilarizado do prazer em nossas vidas e provocamos a pensar sobre a ausência dos prazeres ligados diretamente à sexualidade. Em 2024 e 2025, as turmas apontaram o estranhamento de considerar a sexualidade como um aspecto que pode ser elaborado coletivamente e como metodologia didática, destacando constrangimentos e receios de coletivizar aspectos ditos íntimos. Diante disso, destacamos o caráter confidencial das respostas e o compromisso que assumimos enquanto psicólogas com o respeito às histórias de cada sujeito. Propusemos seguir com a seguinte pergunta: o que te dá prazer na sua vida sexual? Esse questionamento provocou um silêncio seguido de alguns sorrisos e piadas coletivas. Após o preenchimento dos cartões, em tom leve as respostas foram lidas e adicionadas à árvore.

Destacamos alguns dos temas mais recorrentes nas respostas como mecanismo de analisar os motivos do silêncio no primeiro momento e como pensar futuras intervenções com jovens sobre prevenção e saúde sexual. A maior parte da turma tinha explicitado em debates anteriores fazer parte da comunidade LGBTQIAPN+, isso aparece direta e indiretamente em alguns cartões: *“Ficar com cheiro de outro homem no seu bigode”*; *“Imagino que fazer sexo de cintaralho deve ser gostoso”*. Os prazeres relacionados a experimentação do próprio corpo e do início da vida sexual também são evidenciados em respostas que apontam para essa fase de transição da adolescência para a vida adulta: *“Eu gosto de abraçar pelúcias para dormir. Uma coisa que parece ser prazerosa é beijar alguém que você gosta (nunca beijei e nunca gostei de alguém)”*; *“Noites em que cozinho uma janta só de calcinha dançando na cozinha enquanto degusto cerveja com azeitona”*; *“Me pegue no colo, e me ame sem vergonha”*.

Ainda que se pressuponha que as novas gerações dispõem de informações via internet, convém pensar que as inseguranças provenientes do início da vida sexual persistem e as tecnologias sociais de partilha são um recurso valioso para a produção de estratégias individuais e coletivas de proteção, prevenção e reconhecimento da legitimidade dos próprios desejos e suas ambiguidades, como fica explícito nas



respostas que versam sobre posições de submissão e dominação sexual, sejam físicas ou performáticas que foram recebidas com animação na turma: *“Bebidas, algemas, desconhecidos, grupo, ser olhado; beber e ouvir música, comer com meu namorado, tomar banho muito quente, sadomasoquismo”*; *“Sinto prazer em ser amada, mas tenho uma relação ruim com o meu corpo. Queria experimentar BDSM com alguém que tivesse intimidade. Adoro bater e apanhar”*; *“Tapa na cara, body shot”*; *“Ser submisso num dia e no outro, dominante. E jogar toda a diversidade de jogos de tabuleiro!”*

Na terceira rodada, sobre os riscos, surgiram desde ISTs e gravidez até riscos emocionais, como rejeição, exposição, violência, abandono. *“o risco é apaixonar e não ser correspondida”*; algumas respostas elaboravam tensões entre prazer e dor, como *“até que ponto BDSM se torna violento?”*; *“Morrer sufocada, violência doméstica”*; *“Machucar dependendo de como é o BDSM”*. A potência da oficina se evidencia, nesse sentido, por ainda nesse momento de apresentação dos riscos, o próprio grupo prover elementos que pudéssemos trabalhar coletivamente para desmistificar associações moralizantes sobre os prazeres descritos e abordar a importância das noções de consentimento e limites, como nas respostas: *“Limites tênues, ter palavra de segurança e relação de confiança”*; *“A falta de combinados sobre o limites do outro ou próprios, que acarreta em questões desconfortáveis e de consentimento”*. Nossa intervenção diante disso foi ponderar que o abuso dos limites estabelecidos podem ocorrer em qualquer cenário e que nos casos de práticas de dominação e submissão esses abusos não são mais recorrentes ou prováveis, mas é fundamental, em qualquer cenário, o diálogo e o estabelecimento de palavras de segurança e acordos sobre consentimento.

A quarta pergunta, sobre prevenção, trouxe desde estratégias biomédicas à aposta nas tecnologias sociais de cuidado, orientação e mobilização social: *“Conhecer a PrEp (para o HIV) e o uso da camisinha > inclusive no oral”*; *“Uso de camisinha e ida ao CTA com frequência”*; *“respeitar o próprio tempo”*; *“combinados prévios”*; *“não romantizar relações em que não há reciprocidade”*; *“não se calar por medo de perder alguém”*; *“Auto reflexão e participação em reflexões coletivas de gênero, raça entre outras categorias que atravessam a questão do prazer”*; *“Se responsabilizar pela*

própria saúde”; “Defender o SUS e seus trabalhadores. “Compartilhar informações”; “rede de apoio, tenha amizades fadas”.

A partir das respostas e da circulação de experiências, informações e estratégias de cuidado, entendemos que a proposta cumpre com o seu objetivo de ser um espaço que favorece a coletivização da promoção da saúde e possibilitou a emergência de sentidos que nem sempre têm lugar em ambientes formais de ensino. Esse movimento de escuta e expressão dialoga com as análises de Gomes e Lima (2022), que defendem que o cuidado em saúde sexual, especialmente frente à ISTs/HIV, precisa acolher sentidos plurais sobre prevenção, prazer e risco, sem moralização. Nesse sentido, a escuta que se fez ali, além de pedagógica, é também política. Concebe estudantes como sujeitos de desejos, reconhecendo a legitimidade de suas experiências e apostando nelas como potência para sua atuação como futuros profissionais da Psicologia.

Ademais, complementando a experiência enquanto participantes da oficina, a atividade também se propõe a demonstrar possíveis métodos e práticas para a atuação em políticas públicas. No caso desta oficina, o “Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação” do programa “Saúde e prevenção nas escolas: atitude pra curtir a vida” (Brasil, 2006) a inclui e descreve no tópico de “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva” como atividade para o trabalho em grupos, com a finalidade de promover reflexão sobre riscos e prevenção das práticas sexuais. Inicialmente, portanto, a ferramenta se adequa ao princípio de Integralidade do SUS (Brasil, 1990), sendo compreendida enquanto mecanismo de prevenção e educação em saúde, aqui especificamente sobre ISTs/HIV, no qual se facilita a produção e coletivização de sentidos próprios dos usuários participantes sobre as infecções, riscos das práticas sexuais e as possibilidades de prevenção.

No trabalho de Lima, Brito e Firmino (2011), a oficina é um ponto central de aproximação com a atuação no SUS promovida para os estudantes da disciplina Psicologia da Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. As autoras optam pelo ensino da oficina como “método de intervenção psicossocial” por ser uma prática já empreendida no Centro de Saúde São Francisco, Salvador, Bahia, o que facilitaria a inserção dos estudantes sem atrapalhar o funcionamento do serviço, além de possibilitar, como desejado na experiência que relatamos aqui, o



“desenvolvimento de habilidades que não eram reforçadas durante a graduação, (...) em situações concretas de ensino-aprendizagem” (Lima; Brito; Firmino, 2011, p. 862). As autoras avaliam o uso da Árvore dos Prazeres como uma metodologia eficaz de “integração ensino-serviço-comunidade”, aproximando qualificadamente a universidade das necessidades do SUS e da comunidade, como também de educação sobre o tema, garantindo melhores possibilidades de prevenção, promoção de saúde e aproximação da comunidade aos serviços de saúde do território (Lima; Brito; Firmino, 2011).

Essa leitura converge com a aposta da disciplina que ofertamos na UFMG por focar na atuação da psicologia nas políticas públicas, a partir de uma abordagem comunitária e comprometida com a garantia dos direitos sexuais. Reforçamos que é somente adotando uma postura crítica, atenta e qualificada, considerando interseccionalmente os atravessamentos não só do tema, mas também dos participantes, que a atuação pode produzir saúde - em seu sentido integral, universal e equânime - e garantir direitos (Gonzaga, 2022). Tal cuidado ético-político necessário para atuação da psicologia em políticas públicas, especialmente na condução da “Árvore dos Prazeres”, se manifesta também no trabalho de Gonzaga et al. (2019). As autoras realizaram a oficina como parte de um ciclo de três intervenções em grupo, no contexto de um Projeto de Extensão efetuado na rede pública de ensino de Teixeira de Freitas, Bahia, com a finalidade de abordar “temáticas como saúde menstrual, saúde sexual e saúde mental no que tange a autoestima” (Gonzaga et al., 2019, p. 38). Em sua análise sobre a condução da oficina, as autoras demonstram como os sentidos produzidos pelas participantes podem revelar interações de processos de opressão que exigem atenção qualificada (Gonzaga et al., 2019).

Além dessas frutíferas possibilidades de análise, as autoras descrevem o surgimento, durante a oficina, de um relato de violência sexual que foi relativizado pelas participantes (Gonzaga et al., 2019). O acontecimento então, exigiu uma mudança na condução que discutisse noções sobre violência de gênero e consentimento (Gonzaga et al., 2019), permitindo novas produções de sentidos sobre um tema que, apesar de associado aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, não era esperado. A violência também aparece nas oficinas conduzidas nas turmas de psicologia da UFMG, dessa vez não como relato, mas como risco associado ao



exercício da sexualidade. A fragilidade da noção de consentimento na formação da sociedade brasileira convoca profissionais de saúde a um exercício ativo de compreender esse tipo de questionamento, receio, desabafo, como oportunidades formativas de abordar a sexualidade como potência criativa que deve ter seus limites estabelecidos por cada sujeito a partir da expressão do seu desejo, reforçando que qualquer insistência e avanço após isso culmina em assimetrias relacionais e possíveis violências.

Deste modo, avaliamos a realização da oficina Árvore dos Prazeres, no âmbito desta disciplina, como positiva e necessária. Enquanto participantes, a condução estimulou a produção e coletivização de sentidos sobre prazer, riscos e prevenção, convocando as futuras profissionais a um exercício de reflexividade sobre seus próprios atravessamentos quanto à Saúde Sexual. Cumpriu também com o objetivo de ensino de uma ferramenta metodológica, corroborando a potencialidade demonstrada em outros trabalhos (Gonzaga et al., 2019; Lima; Brito; Firmino, 2011). Ressaltamos a importância e urgência deste último tópico, uma vez que, como evidenciado, a formação em psicologia ainda carece de propostas que, não só capacitem as estudantes de metodologias aplicáveis na atuação em políticas públicas, como também aproximem da realidade do SUS e seus serviços (Gomes e Lima, 2022), dialogando com práticas de cuidado em Saúde situadas no território e na comunidade. Apostamos, portanto, em propostas que fortaleçam a relação entre as graduandas e o SUS, com o objetivo de garantir uma atuação possível, comprometida ética e politicamente com a universalização da saúde e garantia de direitos, reforçada adiante na proposta da análise crítica de uma visita aos Centros de Testagem e Aconselhamento.

Visita ao Centro de Testagem e Aconselhamento: do outro lado da ponte

Uma das atividades avaliativas para a disciplina foi um relatório em moldes de diário de campo etnográfico produzido a partir de uma visita aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) de Belo Horizonte. Destacou-se que os resultados da testagem e quaisquer outras informações pessoais não eram esperadas neste relatório, isto é, partimos do pressuposto que é direito de cada sujeito o controle sobre



as informações pertinentes a sua saúde e sublinhamos para as turmas que o que estava em análise ali era o funcionamento do serviço e a experiência como usuários. O objetivo da atividade era promover o reconhecimento de um equipamento de saúde sexual, colocar o debate sobre testagens periódicas e acesso a itens de prevenção às ISTs, bem como colaborar numa quebra da cristalização de estudantes sobre os lugares que ocupam nos serviços de saúde, então o convite a ser usuário desmembra a fantasia de onipotência que muitas vezes se constrói desde a graduação para profissionais.

Os CTAs se constituem como serviços de prevenção das ISTs/aids e do uso abusivo de drogas, com ações direcionadas às necessidades da população local. Além de atuarem como referência em informação preventiva, realizam atividades extra-muros em parceria com organizações governamentais e não governamentais, buscando atingir grupos mais vulneráveis à infecção pelo HIV ou comunidades de difícil acesso (Brasil, 1999). Os CTAs têm uma relação especialmente mais estreita com a psicologia pela nomeação de “Aconselhamento”. Para Trindade e Teixeira (2000), o aconselhamento psicológico busca promover uma elaboração saudável do indivíduo às circunstâncias em que vive. Seu objetivo é favorecer o bem-estar psicológico e fortalecer a autonomia pessoal, por meio do desenvolvimento do autoconhecimento, da capacidade de mobilização de recursos internos e comunitários do sujeito para lidar com desafios e dificuldades. Para além do acolhimento psicológico, acolher também diz da estrutura e localização do espaço, sua localização e sua configuração favorecem o acesso ou o situam à margem?

Reconhecer os equipamentos de saúde que existem no seu território é um primeiro passo para acessar e referenciar esses serviços. Apesar de ser uma capital sudestina, Belo Horizonte conta com apenas dois Centros de Testagem e Aconselhamento, constatação que produziu surpresa e indignação na maior parte das/os estudantes. Essa escassez não é só um dado logístico, ela produz desigualdade no acesso ao cuidado, com destaque a moradores de periferias e pessoas que trabalham em horários comerciais. Como relatou uma estudante *“Moro em (bairro periférico) e nunca ouvi falar em CTA por lá. Se não fosse a visita, eu nem saberia como acessar”*.



Além disso, embora um dos CTAs esteja em uma região central, sua visibilidade é mínima. Foi unânime nos relatórios apontamentos sobre a entrada do serviço como fator dificultador ao acesso: *“escondida”, “sem placa”, “difícil de achar”; “não encontrei o lugar rapidamente, uma vez que não há sinalização externa de qual serviço existe ali”; “já passei na frente várias vezes e não sabia que havia um CTA ali”*. Isso reforça o que Calazans, Parker e Terto Jr. (2022) identificam como uma política de prevenção que opera entre o acesso e o silêncio. A invisibilidade reflete o apagamento político de temas como HIV, testagem, a sexualidade e o direito ao prazer. Transpondo o incômodo produzido pela invisibilidade dos serviços nas ruas centrais, os relatórios apontam para um reconhecimento de que isso pode ser uma estratégia de preservação das pessoas que acessam o serviço, protegendo suas identidades de associações sorofóbicas, como relatado por Gomes e Lima (2022), ao mesmo tempo que denota que associações pejorativas sobre pessoas que vivem com HIV ainda não foram superadas.

Como canta Fabio Brazza⁵ na música A Ponte: *“a ponte da cidade grande é apenas a ponta do que a gente não vê”*. O CTA, enquanto política pública, também carrega essa ambiguidade de um lugar escondido em plena vista. O que parece na superfície na estrutura do espaço enquanto um serviço, nos materiais e protocolo, é só a parte visível de um sistema que muitas vezes, se sustenta sobre camadas de exclusão, silenciamento e improviso. O que a política revela no centro da cidade é só a ponta, o resto está nos territórios, nos corpos que não chegam, nas vozes que não foram ouvidas.

Sobre a percepção do espaço, chama a atenção que é uma surpresa positiva para as/os estudantes, os recursos estéticos que organizam o serviço: *“parecia uma vila com várias casas coloridas, sendo cada casa uma sala de testagem ou aconselhamento.”; “muito acolhedor, colorido, repleto de arte nas paredes”; “escondido, apertado, com salas improvisadas”*. A ambiguidade entre aparência de acolhimento e precariedade no espaço físico denota a tentativa de acolhimento e cuidado mesmo com o desmonte e sucateamento das políticas de prevenção e

⁵ Brazza, Fábio. A ponte. In: Colírio da Cólera. São Paulo: Bagua Records, 2018. 1 faixa sonora em DVD. Disponível em: <https://youtu.be/wqvzcaoXgM?si=-91pPvPOJ4JZFWK3>.

tratamento de ISTs/Aids. Como denunciado por Calazans, Parker e Terto Jr. (2022) as promessas do fim da epidemia e a crise sanitária e humanitária decorrente da pandemia de covid-19 implicaram numa descontinuidade dos investimentos nas políticas voltadas para o controle e enfrentamento da Aids.

Ainda nesse contexto, é ponto de destaque nos relatos a significativa presença de materiais educativos, panfletos, cartazes, bem como a disponibilidade de recursos preventivos como camisinhas internas e externas. Esses recursos, no entanto, aparecem sempre de modo estático, isolados da intermediação humana que efetivamente promove acesso à informação: *“o material estava lá, mas ninguém falou nada sobre ele”*. Informação tem, mas quem traduz? Quem transforma o panfleto em conversa? A prevenção, do jeito em que foi vivida ali, parecia estar na parede como elemento decorativo e não como recurso de promoção de saúde.

Isso se repete inclusive na apresentação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e da Profilaxia Pós-Exposição (PEP). A despeito de ser uma tecnologia fundamental na prevenção do HIV na atualidade, infelizmente ela ainda é circunscrita a alguns grupos, como fica explicitado nos relatos das/os estudantes: *“soube da PrEP só porque perguntei”*; *“falaram da PrEP como se fosse coisa de gay rico”*. Nos relatórios é recorrente a afirmação de que o público que circulava pelo serviço era majoritariamente composto por homens, em sua maioria brancos e aparentemente gays, ao passo que mulheres não só eram minoria como no caso de mulheres lésbicas não eram consideradas nos protocolos de acolhimento e orientação. Um dos casos, ao dizer que era lésbica, a conversa foi redirecionada de forma desconfortável. A estudante relata que, após se identificar, a profissional associou a prevenção apenas à penetração com objetos ou dedos, indicou o uso de camisinha feminina e até de “dedal”, mas não mencionou o sexo oral nem ofereceu informações sobre a PrEP. *“Nesse momento do atendimento, ela apresentou grande dificuldade em fazer as orientações, gaguejando, esquecendo palavras e dando informações pouco precisas, evidenciando como não estava bem qualificada para atender mulheres lésbicas”*.

Essas cenas demonstram como o acesso à tecnologia está atravessado por critérios normativos. A política que deveria acolher, por vezes silencia. Como apontam Calazans, Parker e Terto Jr. (2022), a prevenção combinada, quando reduzida ao protocolo técnico, não reconhece os sujeitos concretos e opera como uma política de



“elegibilidade moral”. É como se a ponte estivesse ali, mas só alguns fossem orientados a atravessar. Nos relatos, essa lógica seletiva aparece também no modo como se escuta, ou não se escuta, quem chega. Muitos estudantes disseram não ter sido perguntados sobre identidade de gênero, prática sexuais, uso de álcool ou drogas. O acolhimento assim se resumiu a um roteiro, um caminho já traçado, como se cuidado fosse uma via de mão única. Mas quem constrói a ponte, se não sabe o que há do outro lado?

Ainda assim, observa-se a potência do serviço, quando um profissional explicou com paciência sobre PrEP e PEP, seus efeitos, consequências adversas e o processo para iniciar o uso: “[...] *deve ser aplicada entre 2 até 72 horas após a relação por um período de 28 dias [...] mostrando os comprimidos e esclarecendo os seus efeitos no corpo e exames necessários para utilização desses medicamentos, seu modo de uso, que pode ser tanto por demanda ou uso diário*”. Essas cenas são como rachaduras no concreto: mostram que nem tudo está dado, que a ponte também pode ser reconstruída a partir dos encontros. Como dizem Calazans, Parker e Terto Jr. (2022), quando a prevenção se reconecta com os territórios e com sujeitos, o cartaz vira vínculo.

Entre os muitos relatos que tensionam o cuidado, enquanto força política e efetiva, o de uma estudante com deficiência visual que acessou o serviço, produziu um deslocamento imediato. Ela conta que: “*a equipe não estava acostumada a receber pessoas com deficiência nesse centro*”; “*senti falta de uma prévia explicação de como seria realizado o atendimento*”, o que indica uma ausência na formação e na disposição do espaço quanto à acessibilidade. Após intervenção de outro usuário, houve um esforço de adaptação, com auxílio na locomoção e no preenchimento da ficha. Ainda que não haja menção a materiais impressos ou visuais em presença de recursos em braile, audiodescrição, intérprete de Libras para não ouvintes, o conteúdo oral foi descrito pela aluna como satisfatório: “*como usuária do SUS, fui surpreendida positivamente com a qualidade do serviço entregue*”. Mas é importante dizer que o impacto não veio de um atendimento previamente concebido. Veio da força de ter atravessado uma ponte que não foi construída para ela. De ter se colocado em um espaço onde o cuidado não estava pronto para escutá-la, mas que precisou se reorganizar diante de sua presença.



Essas experiências, embora distintas, escancaram o quanto o cuidado em saúde sexual ainda é oferecido a partir de um sujeito normativo, imaginado como universal. A presença majoritária de homens brancos no serviço e a falta de acessibilidade para uma estudante com deficiência visual revelam quem é esperado, e quem é ignorado nas políticas de prevenção. Como apontam Collins e Bilge (2021), a interseccionalidade permite compreender como diferentes formas de desigualdade interagem e moldam o mundo social. Não se trata de listar marcadores, mas de reconhecer como gênero, raça, classe e deficiência organizam concretamente o acesso ao cuidado. As/os estudantes atravessaram uma ponte que não foi construída para elas. E é aí que a interseccionalidade se revela um convite para agir em relação a essas desigualdades sociais, em vez de apenas descrevê-las. Cuidar, nesse caso, exige refazer o script e ampliar os contornos da política.

Como alertam Calazans, Parker e Terto Jr. (2022), quando a prevenção se desconecta das dimensões comunitárias, culturais e corporais do cuidado, ela se esvazia, ela vira concreto sem travessia. A experiência da estudante com deficiência visual, bem como daquelas que se afirmaram lésbicas ou das que são pessoas não-binárias, mostra que a ausência de acessibilidade e reconhecimento dessas identidades não é só uma falha técnica: é uma escolha política. Escolha de quem a política considera como sujeito da prevenção, e de quem continua sendo visto como exceção. A política pública, como a ponte na música de Brazza, “é apenas a ponta do que a gente não vê”.

Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas: a subrepresentação das políticas

No desenvolvimento da aula que versava sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Mulheres Lésbicas, contextualizamos sobre legislações e movimentos sociais que coadunam para o reconhecimento desse grupo como sujeitas de direitos que devem ser consideradas na produção e implementação de políticas de saúde sexual. Vale destacar que quando mencionamos políticas públicas de saúde no Brasil para mulheres, não podemos dizer que não existem avanços, frutos de lutas e resistências feministas e dos movimentos de mulheres negras e do movimento de mulheres lésbicas.



Uma conquista histórica foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) instituído em 1984 com a proposta de descentralizar, hierarquizar e regionalizar os serviços de saúde, incorporando ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e reabilitação (PAISM, 1984). A atenção à saúde da mulher inclui o atendimento em ginecologia, acompanhamento pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), câncer do colo do útero e de mama, além de outras demandas relacionadas à saúde da mulher (PAISM, 1984). Antes de sua implementação, o foco estava quase exclusivamente na saúde reprodutiva, deixando de lado outras questões de saúde da mulher.

A partir do PAISM, passou-se a compreender que a mulher deve ser atendida de forma integral, considerando todas as dimensões de sua saúde. Aqui já podemos ressaltar que a nomeação está no singular, mulher, que pressupõe mesmo com o avanço pleiteado a perspectiva de uma “sujeita universal e biologia única” prevalece, esta sem dúvida é uma marca que carregamos até os dias de hoje na execução da política. Para Akotirene (2019) as políticas públicas para mulheres no Brasil se organizaram visando uma mulher universal o que implica em dificuldades significativas para sujeitas que não foram consideradas na concepção dessas propostas. Durante o V Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas (SENALE), realizado em junho de 2003, foi ressaltada a importância de que a formulação de políticas públicas incorpore a compreensão de que mulheres lésbicas também são mulheres e, portanto, devem ser incluídas nas ações voltadas à saúde da mulher. As demandas específicas de saúde desse segmento populacional envolvem, entre outros aspectos, o atendimento ginecológico, área em que ainda prevalece a presunção, por parte de muitos profissionais, de que a atividade sexual das mulheres é exclusivamente heterossexual.

Essa crítica é pertinente também à Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (Brasil, 2013), produzida em resposta às históricas violações de direitos e à discriminação institucional sofrida por pessoas LGBT. Essa política visa à promoção do cuidado equânime e à eliminação da homofobia, lesbofobia, bifobia e da transfobia nos serviços de saúde. Contudo, ainda que traga avanços significativos ao reconhecer a diversidade sexual como fator de desigualdade em saúde, recai em



leituras homogeneizantes sobre o grupo, sem considerar as especificidades entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e outras identidades.

Essa condição de dupla marginalização, por não se enquadrarem no modelo de “mulher padrão”, ou seja, mulheres cisheterossexuais, das políticas de saúde da mulher e tampouco terem suas necessidades plenamente contempladas nas políticas voltadas à população LGBTQIAPN+, coloca as mulheres lésbicas em uma lacuna que dificulta o acesso ao cuidado integral, humanizado e livre de discriminação. Parafraseamos bell hooks (2004) que ao dizer da invisibilidade das mulheres negras nos movimentos antirracistas e nos movimentos feministas afirmou que todas as mulheres seriam brancas e todos os negros seriam homens, aqui constatamos que para as políticas de saúde da mulher todas as mulheres são heterossexuais e para as políticas de saúde LGBTQIAPN+ toda essa comunidade se resume a homens gays.

A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT aponta a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero implica na agudização de processos de adoecimento, sofrimento e agravos, consistindo num determinante social de saúde (Brasil, 2013). No relatório do Lesbosenso (2022), 72.94% das entrevistadas relataram medo/receio/constrangimento de falar sobre sua sexualidade/orientação afetivo-sexual ou afirmar-se sapatão/lésbica em atendimentos de saúde. Em relação às ISTs/HIV/Aids, 14.86% afirmaram que já tiveram alguma IST, 37.26% nunca realizaram o teste para HIV, tendo como principais motivos: não sabiam onde fazer (39.79%), pensar que por serem lésbicas/sapatão, seria pouco provável serem infectadas (34.65%).

Cabe sinalizar que a psicologia, enquanto ciência e profissão, tem sinalizado para o reconhecimento da necessidade de políticas de saúde sexual para mulheres lésbicas, como explicitado no caderno de Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids (CFP, 2020): Sexo entre mulheres é sexo, portanto, sua prática é passível de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, tanto por meio de relação sexual oral quanto do compartilhamento de acessórios sem proteção (CFP, 2020, p. 73).

Outro marco fundamental para pensar a orientação da atuação profissional da psicologia é a Resolução CFP nº 01/1999, que proíbe a atuação de psicólogas(os) em práticas de “cura” ou “reversão” da orientação sexual. É a partir dessa resolução que



se define que enquanto profissionais de Psicologia não sejamos produtores de violência devido à orientação sexual que escapa a heterossexualidade. A despeito dessa e de outras iniciativas do Sistema Conselhos, percebe-se um atraso nos currículos formativos em psicologia, implicando em ausência de embasamento ético-político para que a categoria possa atuar em diversos níveis na produção, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde sexual e de saúde reprodutiva (Gonzaga, 2022; CFP, 2025).

Diante dessa lacuna, propusemos na aula voltada para as intervenções em saúde direcionadas às mulheres lésbicas uma metodologia que mobilizasse as/os estudantes a pensar e atuar nas inúmeras frentes que a psicologia pode compor. A turma foi dividida em grupos de diversas áreas tais como, Marketing e comunicação de uma prefeitura, movimento social de mulheres lésbicas, Psicólogas(os) de uma unidade básica de saúde, Gestores municipais, estaduais e federais de saúde, e usuárias(os) do serviço: todas tinham como tarefa performar suas funções a partir destes grupos. Previamente foi combinado com o grupo de estudantes que estavam organizados enquanto representantes dos movimentos sociais, que estariam livres para intervir sempre que concordassem ou discordassem das outras cenas apresentadas pelos outros grupos.

Para além de um desconforto gerado por esta intervenção, desconforto pois o tensionamento constante das ações não era esperado pelos outros grupos e porque aos brados deste grupo ouvia-se a importância de considerar mulheres lésbicas, pretas, ribeirinhas, transexuais analfabetas, nesse sentido, colocando a necessidade de que se operacionalizassem interseccionalmente as propostas tecidas pelas instâncias de concepção, implementação e avaliação das políticas públicas que iam sendo apresentadas pelos demais grupos. No caso das mulheres lésbicas, especialmente aquelas negras, transexuais, periféricas, com deficiência ou vivendo com HIV/AIDS, se ampliam os riscos de negligência em saúde, violência institucional e ausência de políticas públicas específicas. Essa metodologia permite refletir sobre a necessidade de espaços onde vozes organizadas politicamente sejam consideradas e fomenta a discussão sobre como manejar os incômodos que os questionamentos podem produzir nos profissionais sem recorrer a estratégias coloniais de silenciamento e desqualificação.



Ecoamos o convite do feminismo negro e lésbico para uma crítica à heterossexualidade obrigatória, entendida não apenas como orientação sexual, mas como um sistema político que restringe a autonomia das mulheres (Curiel, 2007). Esse sistema, enquanto regime político, promove a exploração feminina nos âmbitos, sexual, emocional, econômico e simbólico, sendo sustentado por instituições como o direito, a ciência, a religião e a mídia. Estrutura formas de exclusão, subordinação e opressão que afetam profundamente as mulheres e de maneira aguda as mulheres lésbicas (Curiel, 2013). Frente a isso, Ochy Curiel (2007) pontua que ser lésbica não deve ser compreendido apenas como uma prática sexual, mas, principalmente, como uma postura de vida, uma ética fundamentada em um posicionamento político. Essa compreensão atravessa a proposta da disciplina ao colocar em debate os modos como a sexualidade é padronizada nas políticas públicas e nos serviços de saúde.

Durante a visita aos CTAs, as/os estudantes observaram que a presença de mulheres lésbicas e bissexuais era praticamente invisível, tanto na materialidade dos informativos quanto nas formas de acolhimento e abordagem dos profissionais. As ausências e silêncios foram tão marcantes quanto as presenças. A análise dos relatos evidenciou que a política de prevenção ainda opera por uma lógica que supõe sujeitos específicos e em geral, homens gays cisgêneros brancos, excluindo outras formas de viver o desejo e o cuidado. Ao mobilizar a interseccionalidade como lente crítica e posicionamento ético, as/os estudantes da turma foram convidadas a pensar os desafios que se atualizam no cotidiano do SUS. Reconhecer isso, como propõe Curiel (2013), é também um exercício de implicação com formas de existência que desafiam a norma pautada, em políticas de cuidado enraizadas em um modelo único de sujeito. Assim, o existir das mulheres lésbicas em si é um posicionamento político a ser considerado.

Considerações Finais

Ao longo do artigo, buscamos tensionar os limites da política pública de saúde sexual e prevenção às ISTs/HIV/Aids, em especial no modo como são implementadas no cotidiano dos serviços. Ainda que tenhamos alcançado avanços nas últimas décadas de enfrentamento à epidemia do HIV (Calazans; Parker; Terto Jr., 2022) os



corredores dos serviços de saúde seguem marcados por silêncios, improvisos e ausências. O cuidado, quando acontece, não é automático, é ético. Ele exige escuta, presença, disposição para o desconforto. Como apontamos, os marcadores de raça, gênero, classe, deficiência e sexualidade não se somam, eles se entrelaçam e organizam os acessos, os atravessamentos e as interdições. É nesse emaranhado que a interseccionalidade se afirma como ferramenta analítica que provoca constantes reconstruções.

Como confiar em uma política de prevenção que não chega onde o risco pulsa? Que não se espalha pelos territórios? Que não se mostra? Quais corpos conseguem, de fato, chegar até o centro? A ponte que deveria ligar acaba funcionando como filtro. E o que escapa desse filtro revela aquilo que na política pública insiste em ver cuidado não como protocolo, mas como encontro. As experiências analisadas das falas hesitantes, da ausência de acessibilidade, dos incidentes relatados são pistas de que o cuidado só se sustenta quando a lógica do “para todos” reconhece as diferenças como parte constitutiva da política, não como exceção. Como lembram Collins e Bilge (2021), a interseccionalidade é mais que conceito, é práxis. É uma forma de pensar e agir sobre desigualdades, conectando análise crítica a transformações concretas.

A proposta pedagógica de levar estudantes a uma experiência direta em serviço de saúde sexual não constituiu apenas uma atividade de campo, foi também um exercício de implicação. A formação em Psicologia que se pretende crítica precisa ultrapassar os muros da universidade e encarar o cotidiano do cuidado onde de fato acontece e onde tantas vezes não é contemplado. Nesse movimento, estudantes não só observaram o serviço, mas também foram afetados por ele. Se perceberam parte do problema e talvez, parte da transformação. É isso que defendemos aqui, uma Psicologia que se forme no concreto, que se disponha ao encontro, se comprometa com o cuidado como prática ética. Porque não basta que a política exista no papel, ela precisa chegar onde pulsa o risco, onde vive o desejo, onde se produzem os silêncios e as resiliências. Cuidado, quando é de verdade, não se limita à técnica: é gesto, é presença e é escuta. E para ser efetivo, precisa ser feito todos os dias a partir das margens.



Referências

ADRIÃO, Karla Galvão; FINE, Michelle. FEMINISMO, PSICOLOGIA, E JUSTIÇA SOCIAL: UM ENCONTRO POSSÍVEL? UMA ENTREVISTA COM MICHELLE FINE. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 479–493, set. 2015.

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Pólen. 152 p. (Feminismos Plurais - coordenação de Djamila Ribeiro), 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. [Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento: manual**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ação Básica. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas : guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CALAZANS, Gabriel Junqueira; PARKER, Richard; TERTO JUNIOR, Veriano. Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, supl. 7, p. 207–222, 2022.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) em questões relacionadas às IST/HIV/Aids**. Brasília: CFP, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. Brasília: CFP, 2025. Disponível no [Portal do CREPOP](#)

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.



CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

CURIEL, Ochy. **La nación heterosexual: Análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación**. Brecha Lésbica y en la Frontera, 2013.

CURIEL, Ochy. **Pensando o lesbianismo feminista: uma entrevista especial com Ochy Curiel**. Entrevista concedida a IHU On-Line. Instituto Humanitas Unisinos – IHU, 2007.

GOMES, Emily Sales Sala; LIMA, Mônica. Clínica psicológica ampliada em IST/HIV-Aids: sentidos produzidos por psicólogas no SUS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, e233089, 2022. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003233089>.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar; POSSARI, Paola Damasceno; SILVA, Letícia; PEREIRA, Juscimara. Sangue, suor e empoderamento: intervenções psicossociais com jovens estudantes numa cidade do extremo sul baiano. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, 12(40), 25-44, 2019.

GONZAGA, Paula Rita Bacellar. Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Urgências para a Formação Profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, n. spe, p. e262847, 2022.

HOOKS, bell. Mujeres negras: dar forma a la teoría feminista. In: HOOKS, bell; BRAH, Avtar; SANDOVAL, Chela; ANZALDÚA, Gloria. **Otras inapropiables: feminismos desde las fronteras**. 1. ed. Madrid: Traficantes de Sueños, 2004. cap. 1, p. 33-50.

LESBOCENSO. Relatório da primeira etapa do Lesbocenso. [S.l.]: Lesbocenso, 2022. Disponível em: <https://lesbocenso.com.br/relatorio-primeira-etapa>.

LIMA, Mônica; BRITO, Manuela; FIRMINO, Alice. Formação em Psicologia para a atenção básica à saúde e a integração universidade-serviço-comunidade. **Psicologia: Ciência E Profissão**, 31(4), 856–867, 2011.

LIMA, Andréa Moreira; LINO, Tayana Rogério; BORGES, Lenise Santana; NATIVIDADE, Claudia. Epistemologias feministas e ciência psicológica: Notas para uma psicologia social crítica feminista. In: **Psicologia social crítica: tecendo redes e articulando resistências em contextos de retrocesso** / Orgs: Andréa Moreira Lima, Tayane Rogéria Lino, Luiz Felipe Viana Cardoso e Manoela Costa Marra. – Porto Alegre: Abrapso, 2019.

LUGONES, María. Colonialidad y Género. **Tabula Rasa**, Bogotá, n. 9, p. 73-102, Dec. 2008.



MARQUES, Juliana Maria Duarte; CARDOSO, Ana Lúcia Borges Coelho; NEVES, André Luiz Machado das. A esterilização compulsória em mulheres vulneráveis como “medida de segurança pública”: reflexões sobre o controle do corpo, gênero e sexualidade. **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 423–442, 2022. DOI: 10.26512/revistainsurgncia.v8i1.38507.

MATTAR, Laura Davis. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 5, n. 8, p. 60–83, jun. 2008.

MAYORGA, Cláudia. Algumas contribuições do feminismo à psicologia social comunitária. **Athenea Digital**, v. 14, n. 1, p. 221-236, mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n1.1089>. Acesso em: 6 ago. 2026. [1, 2]

OLIVEIRA, Eleonora Menecucci de .. O feminismo desconstruindo e re-construindo o conhecimento. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 1, p. 229–245, jan. 2008.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte, 2006.

ROSS, Loretta J. **Reproductive justice as intersectional feminist activism**. *Souls*, v. 19, n. 3, p. 286–314, 2017. DOI: 10.1080/10999949.2017.1389634

TRINDADE, Isabel; TEIXEIRA, José A. Carvalho. **Aconselhamento psicológico em contextos de saúde e doença: intervenção privilegiada em psicologia da saúde**. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 3–14, 2000.

VENTURA, Miriam. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Fundo De População Das Nações Unidas – UNFPA. 3.^a edição. Revisada e atualizada até 30 de setembro de 2009.



FEMINIST SOCIAL PSYCHOLOGY AND SEXUAL HEALTH:
Thoughts on a curricular experience at the Federal University of Minas Gerais

Abstract:

This paper discusses the graduation experience in Psychology through the theoretical-practical course: "Topics in Contemporary Psychological Theory: The Practice of Psychology in Public Policies on Sexual and Reproductive Health" created and offered as an elective for undergraduate Psychology students at the Federal University of Minas Gerais (UFMG) since 2024. We highlight for this text analysis the interpellations and provocations generated in three practical classes of the course: Sex Education and Prevention of Sexually Transmitted Infections, Visit Report to a Testing and Counseling Center, and Sexual Health of Lesbian Women. The theoretical-epistemological background of the course is guided by the perspective of Feminist Social Psychology and contributions of Black Feminism and Decolonial Feminism, which also serve as the theoretical foundations for the analyses developed in this paper. We conclude that this course addresses a gap pointed out in the literature regarding Psychology's role in sexual health and reproductive health policies. Moreover, it functions reflectively, promoting sexual health for students who engage in the psychosocial interventions carried out in class and equipping them to become facilitators of these techniques in their future practice as psychologists.

Keywords:

Sexual Health; Feminist Psychology; Public Policies; Sexually Transmitted Infections; Psychology Education.

Agradecimentos: A todas/os/es estudantes que cursaram a disciplina A atuação da Psicologia nas Políticas Públicas de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva em 2024 e 2025.

Agência financiadora: Não se aplica.

Contribuições das pessoas autoras: Paula Gonzaga contribuiu com a idealização, formulação escrita do rascunho original e da revisão e edição, análise de dados, orientação e supervisão de todas as etapas do trabalho. Marcelo Petrikis contribuiu com a escrita do rascunho original, revisão e edição final, além da análise de dados. Mercêdes Silva contribuiu com a escrita do rascunho original, coleta, curadoria e análise dos dados. Priscilla Messiane contribuiu com a coleta e análise de dados.

Aprovação por Comitê de Ética e consentimento para participação: Não se aplica.

Conflito de interesses: Não existem conflitos de interesse.

Declaração de utilização de Inteligência Artificial: foi utilizada a ferramenta ChatGPT-4.0, em 31 de maio de 2025, com a finalidade de tradução preliminar do resumo. A ferramenta não foi utilizada para substituir a análise crítica, a interpretação dos resultados ou a formulação das conclusões. Todo o conteúdo do resumo que foi revisado com apoio de inteligência artificial foi conferido e as pessoas autoras assumem integral responsabilidade pela precisão, originalidade e integridade do trabalho final.

Pessoa autora correspondente: Paula Rita Bacellar Gonzaga, Universidade Federal de Minas Gerais, paribago@ufmg.br, endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, no Campus Pampulha, Belo Horizonte - MG, CEP 31270-901, sala 2005.

Recebido: 31/05/2025

Aceito: 22/02/2026

