



IV SEMINÁRIO NACIONAL DE LÉSBICAS
FORTALEZA/CEARÁ/BRASIL
29/08 À 01/09/2001

Queridas Companheiras e amigas...

Esta ocasião certamente propicia a oportunidade de compartilhar com as "próximas" uma intimidade oculta por quase toda a nossa existência; por vezes é com muita dúvida que tomamos a iniciativa de participar de um evento tão especial quanto o SENALE.

A nossa diferença torna-se tímida diante das adversidades de uma realidade que se rege pela imposição do poder e da massificação. Pensamentos, atos e omissões... permeando o comportamento e, quem sabe, tirando a liberdade de ousar, lutar e agir em torno de uma construção pessoal e social digna de evolução: diversidade com igualdade.

Nesse sentido é que tivemos o prazer de elaborar esta pesquisa, que visa aprofundar a reflexão e o saber a cerca da nossa prática sexual, muitas vezes tida como "guardada no armário", ou seja, tão oculta que não deixamos margem ao auto-conhecimento e renovação. São questionamentos que remetem diretamente a vivência de nossa sexualidade, cuidados pessoais, abrindo uma reflexão acerca de modelo de interação que adotamos.

Sabemos da dificuldade de revelar essa trajetória, suas pedras no caminho e as manobras criativas que criamos. No entanto, talvez o compartilhar dessas informações se concretize enquanto instrumento eficaz para o fortalecimento da nossa identidade.

Agradecemos antecipadamente a sua participação, lembrando que a sua sinceridade é essencial no traçado de um caminho que com certeza exige clareza e afirmação!

Beijos no coração...

das que tornam possível esse encontro.



Município de Nascimento: _____ **Estado** _____
Município onde mora: _____ **Estado** _____
Idade: _____

1) Qual a sua Raça/cor:

() Amarela () Branca () Indígena () Negra () Parda

2) Qual o seu Estado Civil (de acordo com o Código Civil):

() Solteira () Viúva () Casada () Separada () Divorciada

3) Você se considera:

() Lésbica/Homossexual () Bissexual () Heterossexual

4) Dentre os vários termos que são usados para identificar mulheres que fazem sexos com mulheres, qual lhe agrada e o que menos lhe agrada.

Mais agrada : _____

Menos agrada : _____

5) Você tem filhos?

() Não tenho () Tenho. Quantos? _____

6) Você gostaria de ter filhos?

() Sim () Não

Se sim, de que forma você imagina que isso possa acontecer?

() Adoção () Inseminação Artificial () Transar com Homem () Outros: _____

7) Você é portadora de alguma necessidade especial (Deficiência Física)?

() Sim () Não Se sim, qual: _____

8) Você tem religião:

() Sim () Não

Se tem, qual a religião? _____ Você é: () Praticante () Não Praticante

9) Você está estudando? () Sim () Não O quê: _____

10) Qual a sua Escolaridade:

() 1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo () 2º Grau Incompleto () 2º Grau Completo

() 3º Grau Incompleto () 3º Grau Completo - Formação: _____

() Pós-Graduação () Analfabeta

11) Você trabalha?

() Sim () Não Se trabalha, qual a ocupação/profissão? _____

12) Qual a sua condição de trabalho:

() Empregada com carteira assinada () Empregada sem carteira assinada

() Autônoma/Liberal () Funcionária Pública Estatutária

() Empregadora () Voluntária

() Free Lancer

IV SEMINÁRIO NACIONAL DE LÉSBICAS
 FORTALEZA/CEARÁ/BRASIL
 29/08 À 01/09/2001



13) Se não trabalha, você já trabalhou antes?

Sim Não

14) Qual a sua renda pessoal mensal?

Até meio SM (salário-mínimo) De meio até 1 SM De 1 até 2 SM
 Mais de 2 até 03 SM Mais de 3 até 5 SM Mais de 5 SM
 Não tenho renda

15) Para uma classificação social, responda quantos dos itens abaixo tem em sua casa:

ITENS	0	1	2	3	4	5	6 OU +
Televisor (cores)							
Rádio							
Automóvel							
Empregada (Mensalista)							
Aspirador de Pó							
Máquina de Lavar Roupa							
Geladeira							
Vídeo Cassete							
Banheiro							

16) Você depende economicamente de alguém?

Sim Não Se sim, de quem? _____

17) Com quem você mora?

Sozinha Namorada/Companheira Amigas/Amigos
 Pai Mãe Irmãos Filhos

Outro(s): _____

18) Quais as suas atividades de lazer?

Ver televisão Namorar
 Ver filmes em Vídeo Cassete Ir à Praia
 Ir a Bares Ir à Lanchonetes/Restaurantes
 Ir a Discotecas/Boates Ir à casa de Amigos
 Ir a Igreja Jogar jogos Eletrônicos/Fliperama
 Praticar Esportes Se divertir com Computador
 Ir ao Cinema Ouvir Música
 Ler Livros/Revistas Não fazer nada
 Ficar com a Turma

19) Você já transou?

Com Mulher Sim Não

Com Homem Sim Não

20) Que idade você tinha quando teve sua primeira relação?

Com Mulher: _____

Com Homem: _____



21) Se você transa ou já transou com homens, você usou camisinha?

- Em todas as transas
 Em algumas transas
 Em nenhuma transa
 Não transou nenhuma vez

22) Atualmente, você mantém relações sexuais:

- Com Homens
 Com Mulheres

23) Na sua opinião, qual o risco que você tem de pegar:

- DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis)** Alto **AIDS** Alto
 Baixo Baixo
 Nenhum Nenhum

24) Quais as formas de sexo que você costuma praticar com mulheres?

- Oral Anal com uso de Objetos
 Anal Vaginal com uso de objetos
 Vaginal Outros _____

25) Quando faz sexo com mulheres, você utiliza algum método de prevenção contra DSTs?

- Barreira
 Outros: _____

26) Você já contraiu alguma DST?

- Sim não

Se sim quais?

- Sífilis (cancro duro) Herpes Genital
 Gonorréia (esquentamento) Candidíase
 Cancro Mole (cavalo de buraco) Hepatite B
 Condiloma Acuminado (verruga) AIDS
 Linfogranuloma Venéreo (mula)

27) Você já fez exame de prevenção do Câncer de Colo de Útero?

- Sim não

28) Com que frequência você faz o exame de prevenção do Câncer de Colo de Útero?

Frequência: _____

29) Há quanto tempo atrás você fez o exame de Prevenção de Colo de Útero?

Última vez: _____

30) Você faz regularmente o auto-exame de mama?

- Sim não

31) Você tem ou teve algum problema relacionado:

- Câncer de Colo de Útero Sim não
Câncer de Mama Sim não

IV SEMINÁRIO NACIONAL DE LÉSBICAS
 FORTALEZA/CEARÁ/BRASIL
 29/08 À 01/09/2001



32) Mudando de assunto, gostaríamos de saber se você conhece ou já teve algum contato com algum movimento de lésbicas:

Sim não Se sim, qual: _____

33) Você participa de algum grupo de Lésbicas?

Sim não Se sim, qual: _____

34) Na sua opinião o movimento organizado de Lésbicas é:

Muito Importante Importante Pouco Importante não tem importância

35) Você já sofreu algum tipo de discriminação por causa da sua orientação sexual?

Sim não

Por parte de quem?

Família Locais de Lazer
 Escola Igreja
 Trabalho Outros _____

36) Você já sofreu algum tipo de violência por conta da sua orientação sexual?

Sim não

De que tipo?

Verbal Físico Sexual Psicológico

37) Você já sofreu algum tipo de violência dentro dos seus relacionamentos?

Sim não

De que tipo?

Verbal Físico Sexual Psicológico

38) Você já cometeu algum tipo de violência dentro dos seus relacionamentos?

Sim não

De que tipo?

Verbal Físico Sexual Psicológico

39) Você conhece em sua cidade, algum órgão ou serviço de defesa dos direitos humanos (disque-denúncia, por exemplo), onde você possa receber atendimento diferenciado em caso de alguma agressão?

Sim não Se sim, qual: _____

40) Você tem namorada ou Companheira?

Sim não Se sim, há quanto tempo: _____

41) Você já foi impedida de doar sangue por causa da sua homossexualidade?

Sim não

ESPAÇO LIVRE PARA VOCÊ ESCREVER OPINIÕES, IDÉIAS, SUGESTÕES, ETC.
