



## REPERTÓRIOS SOBRE SAÚDE LÉSBICA: RESPONSABILIDADE E GOVERNAMENTALIDADE EM PUBLICAÇÕES DO MEDLINE

Fernanda Calderaro da Silva<sup>1</sup>

O presente trabalho pretende discutir algumas questões sobre responsabilidade individual na promoção/prevenção em saúde através dos conceitos de risco e estilo de vida. Tais conceitos foram escolhidos pelo caráter moralizante, com vista a um controle de comportamento, no que se refere à saúde de mulheres lésbicas.

Para auxiliar nas discussões traremos os repertórios dos artigos sobre saúde lésbica/lesbianidade do Medline, mostrando, inicialmente, a evolução cronológica e temática do assunto e por fim, as associações dos descritores com risco e posteriormente com estilo de vida, as quais sugerem possíveis repertórios sobre o tema.

### *Sobre a responsabilidade individual*

Neste trabalho utilizaremos alguns dos conceitos abordados por Luis David Castiel e Carlos Alvarez-Dardet Diaz em seu livro “A saúde persecutória: os limites da responsabilidade”. A escolha por esse aporte teórico se deu por acreditarmos que esses autores fazem uma leitura crítica da noção de responsabilidade imbricada com saúde, considerando a plasticidade e a aridez desse campo e ao mesmo tempo, não esquecendo dos fatores sociais, culturais, políticos e econômicos que o constitui.

Primeiramente, é importante ressaltar a relevância de uma responsabilidade individual que respeite a autonomia das pessoas para a organização de coletivos, a conquista de direitos e cumprimento dos deveres.

A noção de responsabilidade é de difícil definição. Segundo Castiel e Diaz (2007, p. 462-463), o termo “responsabilidade” traz a idéia de “obrigação de indivíduos e/ou instituições de responder a instâncias de vigilância e controle por determinadas ações e relativas a objetos que por sua vez pode estar sob a confiança de alguém”. Está também diretamente relacionada com a noção de culpa, principalmente quando as obrigações não se cumprem.

No campo da saúde, os discursos sobre responsabilidade individual estão presentes, principalmente na saúde promocional, tendo como alvo a mudança de comportamento. Esses discursos são contemporâneos ao ambiente individualista e moralista das sociedades pós-modernas

---

<sup>1</sup> Mestranda em Psicologia Social pela PUC/SP. Endereço para contato: fernanda\_calderaro@hotmail.com



e das crises fiscais-econômicas dos sistemas de bem-estar social de muitas nações (CASTIEL; DARDET, 2007).

Os excessos de responsabilidade individual no campo da saúde promocional e preventiva, têm nos levado a um estado quase obsessivo de busca pela saúde, onde o conhecimento do futuro permite ações de prevenção às ameaças que nos cercam, com o objetivo de prolongamento da vida.

Essa idéia de predição foi abarcada pelas ciências, principalmente pela economia e pela epidemiologia e posteriormente endossada por outras ciências da saúde que têm como centralidade as evidências. Assim, as decisões sobre saúde devem se embasar nas evidências, geralmente obtidas por meios de dados epidemiológicos, que ganham o status de enunciadores de verdades (CASTIEL; DARDET, 2007; CASTIEL; DIAZ, 2007).

A noção de risco surge como grande aliada à necessidade de predição, produção de evidências e responsabilização de pessoas. Mas a noção de risco herda, de sua longa história, uma ambivalência: o gerenciamento dos riscos e a ousadia/aventura (SPINK, 2000). Esta última, raramente trabalhada no campo da saúde.

Os riscos são passíveis de serem gerenciáveis mesmo envolvendo múltiplos elementos e variáveis. Esse gerenciamento não se dá no âmbito das populações e sim em âmbito individual, de autogerenciamento de seus comportamentos em busca da saúde plena (SPINK, 2000; CASTIEL; DARDET, 2007).

Trazendo à discussão a noção de governamentalidade, desenvolvida por Michel Foucault (1986), o aspecto que mais nos interessa refere-se a capacidade de autoregulação de indivíduos autônomos e como isto se vincula a dimensões políticas e sociais.

Hoje a palavra governo nos remete às questões políticas, mas Lemke ressalta que a noção de governamentalidade surge do uso da palavra governo, até o século XVIII, que se refere a um “guia de conduta, desde a autocondução como a condução dos outros. Uma das estratégias atuais de autogoverno refere-se ao autocuidado, onde os indivíduos são “responsáveis em gerenciar os riscos socialmente gerados” (LEMKE, 2002 apud CASTIEL; DIAZ, 2007, p.61).

Mas para se autogerenciar é preciso conhecer os riscos que nos circundam. Este apelo à racionalidade se torna base para as ações de educação em saúde e ações de prevenção. A essa capacidade de agir racionalmente e fazer cálculos sobre os riscos e perigos para então “escolher” a atitude a ser tomada, é fundamental para as teorias sobre estilo de vida (SPINK, 2000, 2007).

Segundo Castiel e Diaz (2007, p.84) “um estilo de vida pode ser entendido como um conjunto relativamente integrado de práticas individuais que estão voltadas para necessidades



utilitárias e que conformam narrativas identitárias próprias. Além, de ‘como agir’ refere-se a ‘quem ser’”. Na área da saúde, estilo de vida remete às escolhas e comportamentos que por sua vez refletem nos padrões e no adoecimento das pessoas.

O médico irlandês Petr Skrabanek afirma que as propostas dominantes em promoção da saúde individualista a partir dos “salutismo”, não são necessidades das pessoas e sim, partes de uma doutrina de Estado e “estilismo de vida”. Ainda de acordo com Skrabanek, esta é uma ideologia sustentada pela biomedicina que atribui grande parte da enfermidade aos comportamentos não saudáveis (CASTIEL; DARDET, 2007). Dessa forma, o aparecimento de uma enfermidade significa que o gerenciamento dos riscos, ou melhor, o autogerenciamento dos riscos, foi falho e a culpa pela doença é do próprio doente.

Ainda no campo da responsabilidade, da culpa e da governamentalidade, vale ressaltar que de acordo como código de conduta do cristianismo foram estabelecidas formas de revelação da verdade - principalmente quando as verdades enunciadas são de si – assim como, as falhas que podem ocorrer no processo. Assim, dizer a verdade indica reconhecimento dos fatos, confessar, assumir a culpa e a penitência, é a avaliação, por um outro, da relação entre pensamento, verdade e realidade.

Há duas formas de auto-revelação: pela renúncia da vontade e outra pela renúncia de si próprio, que pode se dar pela mortificação do corpo e a obrigação de enunciar a verdade a um outro ao qual se está sujeito. Dessa forma, para a enunciação da verdade faz-se necessário o sacrifício de si mesmo.

Mas Castiel e Diaz (2007) nos alerta que essas formas de auto-revelação ou revelação da verdade sobre si são constitutivas do início do cristianismo e que a transposição para os dias atuais requer alguns cuidados e sinalizando que a verdade de si deve ser plástica para possibilitar as adaptações contingentes e transitórias de nosso tempo.

### *Lesbianidade e saúde no Medline*

Para verificar como a responsabilidade individual tem se apresentado nos discursos sobre saúde e lésbica/lesbianidade realizamos um levantamento dos artigos publicados no Medline.

O Medline é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, que contém mais de 15 milhões de registros, cobre mais de 4.800 jornais e revistas e 70 países. Esta base de dados criada em 1966 é parte do PubMed, projeto desenvolvido pelo National Center for



Biotechnology Information, situado na National Library of Medicine que pertence ao National Institutes of Health em Washington, EUA (Spink, 2007; UFMT, 2009; Medline, s/d).

Para o levantamento dos artigos realizamos uma pesquisa utilizando as palavras Lesb\$<sup>2</sup> Health no título, tendo como resultado 201 artigos<sup>3</sup>, sendo o primeiro artigo publicado em 1981, ou seja, somente 15 anos após a criação do Medline. Embora o número de publicações sobre lesb\$ health tenha aumentado ano a ano, o crescimento é ínfimo quando comparado ao crescimento total do banco de dados, mostrando que o interesse pelo tema ainda é baixo, conforme observamos na Tabela 1.

<b>Período</b>	<b>Total de publicações no Medline</b>	<b>Total de publicações sobre Lesb\$ Health</b>
1966 - 1969	175.083	0
1970 - 1974	1.112.306	0
1975 - 1979	1.290.360	0
1980 - 1984	1.427.204	4
1985 - 1989	1.747.007	10
1990 - 1994	1.980.273	27
1995 - 1999	2.191.054	37
2000 - 2004	2.735.454	65
2005 - 2009	3.167.952	58
<b>TOTAL</b>	<b>15.826.693</b>	<b>201</b>

Tabela 1: Comparativo de publicações no Medline com as publicações que contenham Lesb\$ Health no título, desde a criação do banco de dados em 1966 até outubro de 2009.

De posse dessas informações, realizaremos dois tipos de análises: 1) refere-se a análise cronológica e temática das publicações sobre lesb\$ health, separadas em três décadas 1980, 1990, 2000; 2) a partir dos descritores<sup>4</sup> risco e estilo de vida verificaremos as associações entre outros descritores e como estes podem remeter à responsabilidade individual

### *1) Análise cronológica e temática*

Para iniciarmos a análise cronológica e temática dos artigos, ressaltamos que dos 201 artigos levantados, 195 estão no idioma inglês, 2 artigos em francês, 2 em norueguês, 1 em espanhol e 1 em português.

<sup>2</sup> O cifrão indica a inclusão de qualquer palavra que tenha lesb na raiz como por exemplo: lesbian e lesbianism.

<sup>3</sup> Pesquisa realizada em outubro de 2009.

<sup>4</sup> Descritor é o nome dado a cada palavra contida no campo palavras-chaves, em referencia ao (s) assunto(s) abordado(s) na publicação.



Embora a Tabela 1 demonstre um crescimento regular das publicações, se analisarmos ano a ano verificamos que esse crescimento é irregular, tendo os anos de 2001 e 2006 os maiores números de artigos publicados, 23 e 19 respectivamente.

Na década de 1980, os assuntos abordados nos artigos, em geral, tratavam dos serviços de saúde, dos acessos aos serviços e dos profissionais de saúde. É nessa década que assuntos como *Auto-Imagem* (1986) e *Estilo de Vida* (1987) aparecem pela primeira vez nas publicações sobre saúde e lésbica/lesbianidade.

Alguns descritores relacionados à saúde mental aparecem pela primeira vez no início das publicações, ainda na década de 1980. São eles: *Centros Comunitários em Saúde Mental* (1981), *Saúde Mental* (1982), *Consumo de Bebidas Alcoólicas* (1986), *Transtorno Depressivo* (1986), *Adaptação Psicológica* (1987), *Preconceito* (1988) e *Desenvolvimento Psicossocial* (1988).

A década de 1990 é mais próspera quantitativamente para as publicações sobre saúde e lesbianidade comparada com a década anterior. Em 1992, as publicações, pela primeira vez, ultrapassam uma dezena.

O período em questão, década de 1990, é marcado pelas grandes conferências internacionais promovidas pela ONU (Organização das Nações Unidas). Em 1993, em Viena acontece a Conferência de Direitos Humanos; em 1994, a Conferência sobre População e Desenvolvimento em Cairo; e em 1995, é realizada em Beijim a Conferência sobre a Mulher.

Essas Conferências são marcadas pela diversidade e a inclusão de novos temas e atores desde os eventos preparatórios que antecederam ao evento que geralmente começam três anos antes. É no período que antecede as Conferências que aparece pela primeira vez os descritores *Direitos Humanos* e *Direitos da Mulher*, ambos em 1992.

Em 1992, provavelmente sob a influência dos estudos e publicações sobre a Aids, o termo *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* é usado pela primeira vez em publicações sobre saúde e lésbica/lesbianidade. Em 1996, o termo *Parceiros Sexuais* é mencionado e dois anos depois, 1998, a aparece nas publicações o termo *Infecção por HIV*.

Associada à homossexualidade feminina, temos uma extensa lista de patologias e transtornos, acrescida ano a ano. Em 1990 aparece como parte do repertório das publicações o termo *Alcoolismo*, nos anos seguintes, *Estress Psicológico* (1991), *Transtorno Mental* (1992), *Tentativa de Suicídio* (1992), *Suicídio* (1993), *Neoplasia do Colo do Útero* (1994), *Transtornos Fóbicos* (1995), *Neoplasia Intra-Epitelial Cervical* (1996), *Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias* (1997) e por fim, em 1999 o termo *Transexualismo*.



O descritor *Risco* surge pela primeira vez em 1990 trazendo outros termos utilizados na linguagem do risco, como: *Conduta de Saúde, Aceitação pelo Paciente dos Cuidados de Saúde, Auto-Revelação, Comportamento Sexual, Revelação da Verdade, Promoção da Saúde e Educação em Saúde e Educação Sexual* (1992). Em 1994, o termo *Identificação Social* é utilizado pela primeira vez, seguidos dos termos *Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde* (1994), *Nível de Saúde* (1996), *Indicadores Básicos de Saúde* (1997) e *Levantamento Epidemiológico* (1999).

A década 2000 é responsável por 61% das publicações sobre o tema saúde lésbica/lesbianidade e os repertórios apresentados nesse período não diferem muito da década de 1990. Porém, é neste período que há menções ao prazer com a utilização dos termos: *Libido* (2001) e *Orgasmo* (2008).

Podemos supor que estas menções são influências das Conferências de Cairo e de Beijim que colocam a sexualidade no campo do direito, reconhecendo os Direitos Reprodutivos e os Direitos Sexuais, termos esses criados pelo movimento feminista e movimento homossexual. O termo *Sexualidade* foi utilizado pela primeira vez, dentro os artigos levantados, em 2000. Os termos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos nunca foram utilizados.

Questões relacionadas à reprodução e a formação de famílias são mencionadas através dos descritores *Casamento* (2001), *Assistência Perinatal* (2005), *Parto* (2006), *Cônjuges* (2008), *Serviço de Saúde Materna* (2008) e *Bem Estar Materno* (2009). O descritor *Gravidez* é utilizado pela primeira vez nas publicações analisadas em 1989.

Como na década anterior, há aumento no repertório relacionado às patologias, com menções à: *Tabagismo* (2001), *Depressão* (2003), *Transtorno de Humor* (2003), *Transtorno Relacionado ao Uso de Álcool* (2004), *Hepatite C* (2005) e *Disfunções Sexuais Psicogênicas* (2008).

Outros descritores usados na década em questão são: *Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde* (2000), *Serviços Preventivos de Saúde* (2000), seguidos por *Qualidade de Vida* (2003), *Comportamento Social* (2003), *Auto-Exame da Mama* (2005) e *Hábito de Fumar Maconha* (2006).

## 2) Análise das relações entre descritores

Depois de uma breve passagem pelos temas abordados nas publicações sobre saúde e lésbica/lesbianidade, passaremos à próxima etapa da análise que consiste em levantar as relações estabelecidas por alguns descritores emblemáticos nas discussões sobre responsabilidade individual e promoção/prevenção em saúde.



Para isso, escolhemos os seguintes descritores: risco e estilo de vida. O levantamento feito consistiu em verificar quais outros descritores contidos no campo assunto<sup>5</sup> dos artigos, apareciam juntamente com risco e estilo de vida.

As relações mais utilizadas com o descritor **Risco** são *Homossexualidade*, *Homossexualidade Feminina* e *Bissexualidade*. Lembrando que somente em 1994 é que se começa a utilizar o termo homossexualidade feminina.

Outro descritor associado a risco é *Adolescente*, isso pode indicar uma possível visão da adolescência, também muito compartilhada por diversas áreas, na qual esta seria uma etapa da vida que ocorrem diversas mudanças físicas e psicológicas e de vivências de experimentações. Todas essas circunstâncias seriam vinculadas à noção de riscos.

A próxima palavra nessa matriz associativa é *Apoio Social*, que se refere aos “sistemas de suporte que proporcionam assistência e encorajamento para os indivíduos com inaptidão física ou emocional para que eles possam melhor superá-la...” (DeCs<sup>6</sup>). É possível supor que o risco se refere à falta ou ao baixo apoio social que manteria em um estado de inaptidão física ou emocional. Se por um lado o termo parece abordar questões sociais ligadas ao risco, por outro o coloca como uma “ferramenta” de encorajamento que atuaria na animação da pessoa para que ela vá a busca da superação. Dessa forma, seria responsabilidade da pessoa superar ou não a inaptidão.

Outros descritores que aparecem na relação com o risco e que remetem à responsabilidade individual são: *Estilo de Vida*, onde os riscos estariam associados aos hábitos, as formas de ser e de agir; *Revelação da Verdade* e *Auto-Revelação*, de fundo culpabilizante.

A *Adaptação Psicológica* é um “estado de harmonia entre as necessidades internas e as exigências externas, e os processos usados na conquista desta condição” (DeCS). Está relacionada com o risco pela possibilidade ou não de se obter a “harmonia interna”, vista como um estado de equilíbrio a ser alcançado de acordo com algumas normas estabelecidas. Mas como obter esse equilíbrio interno com as exigências externas em um mundo onde estamos constantemente expostos aos bens de consumo? Por exemplo: manter-se magra tendo refrigerantes de 3 litros e fast-food a cada esquina.

Na impossibilidade de resistir a todas as tentações, o sentimento de culpa é despertado como um sinal da sua fraqueza, ou melhor, da sua incapacidade de autogerenciamento.

<sup>5</sup> No Medline, o campo assunto equivale ao campo palavras-chaves de algumas outras bases de dados.

<sup>6</sup> Descritores em Ciências da Saúde foi desenvolvido pela Bireme a partir do MeSH - Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine (NLM) com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum para pesquisa em três idiomas, português, espanhol e inglês.



A educação é uma das estratégias utilizadas para mudança de comportamento, partindo da lógica de que a informação é uma forma de evidenciar os fatores de riscos para que as posteriormente mudem seus comportamentos levando a eliminação do risco. O descritor *Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde*, em sua definição, ilustra esse mecanismo, sendo “conhecimento, atitudes e comportamentos associados, que fazem parte dos tópicos relacionados com a saúde, como doenças e processos patológicos, sua prevenção e tratamento. Este termo refere-se a trabalhadores da área da saúde ou não” (DeCS).

Nessa relação com risco, várias patologias ou transtornos aparecem, são elas: *Transtornos Mentais, Tabagismo, Consumo de Bebidas Alcoólicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Alcoolismo, Neoplasias, Tentativa de Suicídio, Transsexualismo, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Estresse Psicológico, Hepatite C, Infecção por HIV, Suicídio, Transtorno Depressivo e Transtorno Relacionado ao Uso de Álcool*.

Também figuram nessa relação os descritores *Preconceito e Comportamento Sexual*.

Mais dois descritores com enfoque na responsabilidade individual e relacionado com risco são *Conduta de Saúde e Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde*. O primeiro descritor refere-se aos “comportamentos através dos quais os indivíduos protegem, mantêm e promovem o próprio estado de saúde” e o segundo descritor remete à busca e a aceitação pelos serviços de saúde indicando que o estado de saúde de uma pessoa dependesse apenas de suas ações pessoais (DeCS).

O mesmo levantamento descrito acima foi feito com o descritor *Estilo de Vida*. Existe um estilo de vida lésbico? Com o propósito de responder à pergunta verificaremos quais as possíveis associações entre saúde, lésbica/lesbianidade e ao estilo de vida. Os resultados obtidos não diferenciaram dos relacionados ao risco, embora a quantidade de descritores associados ao estilo de vida (n=39) fosse menor em relação ao risco (n=76).

Os descritores *Práticas em Saúde, Cuidado em Saúde, Tabagismo, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Neoplasias, Suicídio, Tentativa de Suicídio, Infecção por HIV e Transtorno Relacionado ao Uso de Álcool* foram associados à risco, porém não foram associados ao estilo de vida.

A não associação de algumas patologias a estilo de vida pode se dar pelo fato de que a patologia é o sinal da incapacidade da pessoa de gerenciar ou de se autogerenciar frente aos riscos, logo a culpa pela doença é do doente.

Dessa forma, o enfoque do estilo de vida é sobre os comportamentos que se repetem - a ponto de se tornarem hábitos - e que devem ser mudados para atender às normas da “boa saúde”.





Por outro lado, a associação de patologias e transtornos ao estilo de vida remete, de forma simplificada, não somente a como agem esse grupo, mas também quem são as lésbicas.

Retomando, de forma breve, que um estilo de vida, segundo Castiel e Diaz (2007), remete não somente a como agir, mas também quem se é, as ausências dos descritores *Práticas em Saúde e Cuidado em Saúde* podem indicar que esses comportamentos não fazem parte do estilo de vida lésbico, sendo assim, necessitam de ações que possibilitem que tais comportamentos se desenvolvam para que tenham saúde.

Alguns outros descritores foram associados ao estilo de vida como *Necessidade e Demandas de Serviços de Saúde, Auto-exame de Mama e Qualidade de Vida*. Continuando as inferências, é possível supor que o estilo de vida de lésbicas necessite e demande serviços de saúde ou ao não. Da mesma forma que auto-exame da mama pode fazer parte ou não das ações deste grupo assim como a qualidade de vida.

Este último descritor, qualidade de vida, é o nome dado ao estilo de vida saudável, que consiste em uma escolha consciente de comportamentos equilibrados visando prevenção/promoção em saúde e a longevidade. Mas será que é apenas uma escolha em querer viver mais e melhor?

#### *Anotações finais*

Reconhecemos a importância das ações em promoção/prevenção em saúde e não estamos nos posicionando contra essas estratégias. O que estamos propondo é uma crítica a proposta de uma saúde hegemônica centrada nas evidências científicas, visando o controle de comportamentos e tendo como responsáveis, tanto pela saúde como pelas doenças, apenas as ações individuais sem relacioná-las aos fatores socioculturais, políticos e econômicos. A essa proposta em saúde, Castiel e Diaz (2007) denominam de saúde persecutória.

Não foi objetivo de aprofundarmos aqui as discussões sobre responsabilidade individual e suas múltiplas facetas no campo da saúde, mas, é importante colocar no campo das discussões sobre responsabilidade e nessa proposta hegemônica em saúde, outras dimensões da responsabilidade como a coletiva, governamentais e privadas.

Um dos objetivos desse trabalho foi mostrar - através da descrição do levantamento realizado, considerando suas limitações - como a ciência, ou algumas formas de suas manifestações, faz este papel de evidenciar “verdades” e ao mesmo não dá conta das complexidades que envolvem a vida. Dessa forma, acabam por culpabilizar as vítimas pelas suas supostas limitações.



Mesmo não podendo afirmar que os descritores utilizados nos artigos produzem discursos preconceituosos, moralizantes e de controle de comportamentos, sua utilização produz e legitima discursos e ações nas formas de lidar com a saúde lésbica.

Haveria interesses por de trás da captura desse campo temático - saúde lésbica/lesbianidade - que vem ano a ano “conquistando” visibilidade?

Sem a pretensão de responder a pergunta, Castiel e Diaz (2007) nos chamam a atenção que para entender os discursos sobre saúde é preciso situá-los em determinados momentos históricos e saber as razões por que se legitimam ao acompanharem a ordem econômica, política e social onde são gerados, sustentados e replicados e as razões de se ajustarem à ordem.

“Na saúde persecutória, vive-se sob o primado paradoxal da sentença e da condenação culposa sem delito como estratégia de afastamento dos riscos à sobrevivência, que, para ser mantida sob esta forma, passa a ser achatada aos limites somáticos ao preço da negação do mais humano que há na vida” (CASTIEL; DIAZ, 2007, p.125).

E por que mulheres que escaparam à heteronormatividade aceitariam a normatização da saúde persecutória em detrimento ao que há de mais humano na vida? Há como escapar?

São indagações como essas que nos inquietam e nos impelem nesse acompanhamento que estamos realizando e buscando parcerias nesse diálogo que está só começando.

### *Bibliografia*

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CASTIEL, L. D.; DARDET, C. A. La salud persecutoria. In: **Revista Saúde Pública**, vol 41, nº3, p. 461- 466, 2007.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 277 – 293.

MEDLINE.< <http://regional.bvsalud.org/bvs/P/helpbd/bdmdlp.htm>.> Acesso em 17 de junho de 2010.

SPINK, M. J. P. Contornos do risco na modernidade reflexiva: contribuições da psicologia social. In: **Psicologia & Sociedade**, vol 12, nº 1/2, p. 156 – 173, 2000.

SPINK, M. J. P. Sobre a promoção da saúde: tensões entre risco na modalidade de aventura e as estratégias contemporânea de biocontrole. In: **Diálogos em Psicologia Social**. 2007. p. 345 – 360.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO. **Pesquisando no PubMed**. Jul/2009.< <http://cpd1.ufmt.br/propg/periodicosnaufmt/blog/?p=115>.> Acesso em 17 de julho de 2010.