



## SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS

Julliana Luiz Rodrigues<sup>1</sup>  
Néia Schor<sup>2</sup>

Comportamentos relativos ao sexo podem ter os mais variados sentidos, dependendo do contexto cultural em que são produzidos e vivenciados. As práticas sexuais se diferenciam no interior de cada sociedade, variando de acordo com os referenciais dos diversos segmentos sociais que a compõem. Consequentemente, os atos sexuais não são necessariamente unívocos (Heilborn, 2006).

Os indivíduos são socializados para a entrada na vida sexual por meio da cultura, que orienta roteiros e comportamentos considerados aceitáveis para cada grupo social e, portanto, compartilhados pelo grupo. Concepções de certo e errado, puro e impuro, moral e amoral relativos à sexualidade são atravessadas por valores sociais (incluindo-se diferenças econômicas e de poder aquisitivo entre as classes sociais). A sexualidade se constitui num campo privilegiado para a análise do social, um microcosmo em que se atualizam identidades de gênero, pertencimentos de classe e trajetórias sociais (Leal & Knauth, 2006).

O tema das relações de gênero e as formas de prática sexual têm se mostrado relevantes para compreensão das diferenças que se evidenciam na prática sexual dos sujeitos. A sexualidade de homens e mulheres pode ser diferentemente vivenciada, pois a vida sexual é também atravessada por roteiros de gênero, culturalmente estabelecidos, onde os atributos de masculinidades e de feminilidades terão relação direta com os comportamentos, expectativas e escolhas amorosas de cada sujeito. Como salienta Heilborn:

O gênero é fundante no modo como a experiência sexual é vivenciada pelos sujeitos. As trajetórias masculinas e femininas são radicalmente distintas, não exatamente pelas diferenças estampadas em seus corpos, mas sobretudo em função da maneira como as expectativas e as aspirações em relação à experimentação sexual são marcadas pelo gênero<sup>3</sup>.

Quando homens e mulheres falam de sexo, não estão necessariamente falando de sexo no mesmo sentido ou maneira. No plano ocidental hegemônico, os discursos femininos ficam comumente centrados na contextualização romântico-afetiva e nas sensações; os discursos masculinos se referem ao desempenho, à prática do ato sexual em si (Leal, 2003).

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública – USP. Email: julliana@usp.br.

<sup>2</sup> Professora Titular do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública – USP.

<sup>3</sup> HEILBORN, M.L. Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: R. Giffoni, P. Goldenberg e M. H. Gomes (Orgs). *O clássico e o Novo*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003, p.207.



Se os significados que cercam a sexualidade são realidades simbólicas, efeito de concepções que se articulam num dado momento, também é igualmente verdadeiro que não se pode ignorar a interferência das concepções de masculinidades e feminilidades no cuidado com a saúde e conseqüentemente nos processo de saúde-doença. Assim, ao incluir o tema das relações de gênero no campo da saúde, abrem-se outros horizontes na percepção do binômio saúde-doença, uma vez que se considera as formas diferentes e singulares dos sujeitos viverem a masculinidade e a feminilidade (Heilborn, 2003).

Discussões sobre a sexualidade da mulher incluindo aspectos da sua vida sexual e do prazer, para além da sua função reprodutiva, é relativamente recente. Somente depois da década de 1980 com a reformulação do PMI (Programa Materno-Infantil), com a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) e com as Conferências de Cairo (1994) e Pequim (1995) que as dimensões da sexualidade e da reprodução começaram a ser problematizadas na qualidade de esferas individuais e autônomas, ressaltando que caberia à mulher tomar suas próprias decisões sobre as questões relativas à sua saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência.

O PAISM foi implementado no Brasil em 1983 pelo Ministério da Saúde numa tentativa de romper com a visão tradicional do sistema médico da mulher/mãe/reprodutora, tendo como objetivo oferecer uma assistência à mulher em todas as fases de sua vida. O programa é fruto da discussão sobre os direitos reprodutivos e sexuais a partir da atuação do movimento de mulheres e profissionais de saúde (Aguiar, 2004). Assim, iniciou-se no cenário brasileiro uma mudança conceitual no campo da saúde quanto à forma de apreender a mulher: da mulher-mãe, nos programas de saúde materno-infantil, à mulher-sujeito, mulher como individualidade própria, e assim, dotada de necessidades de saúde para além da tarefa de gerar filhos (Schraiber, 2008).

O PAISM se apóia em dois eixos principais: primeiro, a perspectiva de uma assistência à saúde da mulher que seja integral, ou seja, que abarque todas as fases da vida, considerando as características e necessidades de cada fase (Aguiar, 2004). A proposta de assistência integral, que inclui os diversos profissionais da saúde e não somente o médico, tenta resgatar a possibilidade de um lugar de transformação dos sujeitos na relação entre o serviço de saúde e suas usuárias. O processo educativo encontra seu espaço justamente no encontro entre o profissional de saúde e a usuária do serviço. Sob esta perspectiva, a instituição de saúde passa a ser um lugar de mudança privilegiado e não apenas um lugar de exercício da normatização médica (Aguiar, 1992; D'Oliveira e Schraiber, 1999).



O segundo eixo consiste numa crítica à medicalização do corpo feminino. A mulher é assistida na, e a favor da, sua saúde. E desta forma, como salienta Aguiar:

a saúde deixa de ser entendida como um consumo de serviços médicos. Neste sentido, o programa busca garantir às pacientes seus direitos, enquanto mulheres, no exercício pleno e consciente de sua sexualidade e não apenas na sua função reprodutiva<sup>4</sup>.

O conceito de assistência integral à saúde da mulher preconiza a troca democrática e complementar de conhecimentos entre os profissionais de saúde e as mulheres usuárias destes serviços. Isto envolve uma educação em saúde que objetiva instrumentalizar as mulheres sobre seu corpo e sua saúde para que elas próprias possam tomar suas decisões de acordo com as suas necessidades e baseadas em conhecimentos que estejam articulados com suas representações e práticas cotidianas (Aguiar, 2004).

Embora seja um programa vitorioso na ótica das políticas públicas de saúde, o PAISM encontra barreiras para sua concretização. Avaliações recentes demonstram que, contrário às suas bases conceituais, o Programa passou a prestar atenção quase que exclusiva à saúde reprodutiva e sexual, não indo além de umas poucas experiências isoladas e descontínuas (Aguiar, 2004). Apesar de sua proposta de “atenção integral”, que sugere uma articulação entre sexualidade e reprodução, o PAISM ainda não foi implantado e desenvolvido na plenitude de sua proposta; a saúde sexual não conseguiu ser tão desenvolvida quanto a reprodutiva (Schraiber, 2008).

Em 2003 teve início a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM), quando a equipe técnica de saúde da mulher avaliou os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior. Em maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a PNAISM, construída a partir da proposição do SUS – de equidade, universalidade e integralidade – ampliando as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, como o de mulheres lésbicas (Brasil, 2004).

A idéia de instrumentalização das mulheres sobre seus corpos e sua saúde para que elas possam tomar suas próprias decisões, inclusive acerca de sua sexualidade, mobilizou uma reivindicação pelo autodomínio do corpo. Tal postura colocou em evidência os diferentes tipos de expressão sexual e a decisão dos sujeitos sobre a escolha de suas práticas sexuais, levantando questionamentos sobre a heterossexualidade como único padrão fixo de sexualidade.

A partir dos anos 90, em parceria com os movimentos gays e lésbicos contra a discriminação e estigmatização de homens e mulheres com preferências homoeróticas, o campo da saúde englobou

---

<sup>4</sup> AGUIAR, J.M. *Mulher, aids e o serviço de saúde: interfaces*. 2004. 150p. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, p.19.



discussões sobre a liberdade de escolha das mulheres quanto ao exercício da sexualidade, incluindo relações homo ou heterossexuais nos direitos sexuais. A afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos, ao colocar, portanto, a esfera da sexualidade e da reprodução numa perspectiva de direitos, fez com que a heterossexualidade e a homossexualidade fossem reconhecidas como práticas igualmente livres (Ávila, 2003).

A conquista dos direitos sexuais pretende viabilizar e legitimar que

(...) as mulheres possam desfrutar do sexo, se assim o desejarem, independentemente de suas escolhas eróticas ou reprodutivas. Essa postura contrapõe-se à de subordinar a sexualidade à reprodução, de medicalizar a atividade sexual, tomando-a mais como um risco para aquisição de doenças, de gravidez indesejada, ou de normatizar o sexo com formulações sobre sexualidades “normais e “patológicas”. (...) Quanto aos homossexuais, os direitos sexuais vinculam-se inicialmente à luta contra discriminação e violência<sup>5</sup>.

O terreno dos direitos sexuais e reprodutivos pensados em termos de poder (poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, saúde ginecológica, atividade sexual e etc.) e recurso (recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura) exige que se considere o contexto social na qual esse poder e recurso são disponibilizados. Como os corpos existem em um universo socialmente mediado e em relações com filhos, parceiros sexuais, comunidade, etc., o discurso de direitos deve ser construído de forma a poder especificar diferenças de gênero, classe, cultura e outras, e reconhecer as necessidades sociais (Corrêa e Petchesky, 1996).

Decisões reprodutivas e sexuais das mulheres raramente refletem estritamente decisões pessoais; informações sociológicas e antropológicas demonstram, ao contrário, que tais decisões são geralmente tomadas sob enormes pressões da família, da comunidade, da sociedade – que reforçam as normas reprodutivas e sexuais vigentes – assim como comportamentos “adequados” para se agir diante dos outros (Corrêa e Petchesky, 1996). Além disso, para que as decisões reprodutivas e sexuais sejam realmente “livres” é necessário que existam certas condições de materiais e de infraestrutura, tais como transporte, creches, serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados (Corrêa e Petchesky, 1996). Portanto, não basta existir um conjunto de direitos que defendam a integridade e autonomia dos corpos das mulheres, é necessário construir uma rede de infraestrutura, com intervenções sociais, que possibilite que tais direitos sejam de fato usufruídos.

Se discutir a autonomia das mulheres sobre seus corpos implica em considerar outros fatores também relevantes e não raro, produtores de desigualdades, como classe social e relações de gênero, isso se torna ainda mais complexo nas reflexões sobre lésbicas, porque entra em cena a

---

<sup>5</sup> VILLELA, W.V. e ARILHA, M. (2003). Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: E. Berquó (Organizador). *Sexo & Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003, p.137.



questão da homossexualidade. Além de serem mulheres, lésbicas e bissexuais colocam em evidência uma sexualidade que não obedece aos padrões hegemônicos de comportamento sexual definido pela heterossexualidade.

O comportamento homossexual feminino, de forma ainda mais acentuada que a sexualidade feminina heterossexual, tendeu historicamente à invisibilidade no discurso médico-ginecológico e no campo acadêmico (Almeida, 2009). A ênfase que a epidemia da AIDS deu nos anos de 1980 às práticas homossexuais masculinas como alvo de transmissão do vírus HIV contribuiu para a crença de que mulheres lésbicas seriam o único corpo inofensivo à infecção pela via sexual (Almeida, 2009).

O fenômeno de feminilização da Aids, observada nos últimos anos, veio denunciar um despreparo dos serviços públicos de saúde e, conseqüentemente, de seus profissionais, no que diz respeito à atenção à saúde das mulheres, com a idéia equivocada, num primeiro momento, de que elas não seriam passíveis de ficar doentes. E num segundo momento com uma abordagem enviesada da promiscuidade feminina (Heilborn, 2003). Se tal invisibilização das mulheres ocorreu entre as que tinham práticas sexuais com homens, isso foi ainda mais acentuado entre mulheres com práticas homoeróticas.

Mesmo sendo baixa a transmissão do HIV entre mulheres, os profissionais da saúde não devem assumir que mulheres que fazem sexo com mulheres têm automaticamente baixo risco de adquirir quaisquer DST e que essas mulheres jamais fazem sexo com homens (Pinto, 2004). A compreensão da dinâmica de que as mulheres transitam pelas diferentes experiências é crucial nos estudos sobre saúde e homossexualidade, ficando evidente que a categoria “mulheres exclusivamente homossexuais” praticamente não existe (Barbosa e Koyama, 2006).

A literatura aponta dados relevantes quanto à consulta ginecológica e à realização de exames, e aqui se destaca o Papanicolau, já que ambas as condutas se constituem universalmente recomendadas às mulheres. No estudo conduzido por Pinto (2004) em São Paulo, onde 145 mulheres foram entrevistadas, observou-se que metade delas tem dificuldade de revelar sua orientação sexual para o médico, principalmente devido a algum desconforto causado pelo profissional de saúde, durante a consulta, como a insistência por parte do médico com perguntas heterossexistas (uso da palavra “parceiro”, “camisinha”, perguntas sobre métodos contraceptivos).

Em outro estudo também realizado na cidade de São Paulo com vinte mulheres de estratos populares e dez de estratos médios, com idades variando de 18 e 45 anos, entrevistadas entre 2003 e 2006 (Barbosa e Facchini, 2009), metade das participantes relatou acesso à consulta ginecológica



com regularidade anual. Para o restante das entrevistadas, o acesso aconteceu apenas esporadicamente, motivadas por demandas pontuais, ou nunca procuraram o ginecologista.

Os relatos sobre a primeira ida ao ginecologista reforçam a importância de fatores associados a convenções de gênero, pois as primeiras vias de acesso estão ligadas principalmente ao início da vida heterossexual e a maternidade (Barbosa e Facchini, 2009).

Outro aspecto relacionado à frequência a serviços ginecológicos levantado por Barbosa e Facchini (2009) diz respeito aos atributos e posturas corporais. Todas as mulheres, independentemente de suas inserções sócio-econômicas, que se referiram como “mais masculinizadas” ou “mais masculina” estão entre aquelas que tiveram frequência baixa e irregular de realização de exames ginecológicos e de Papanicolau, ou nunca os realizaram.

A ida ao ginecologista pode ser compreendida como uma afirmação de necessidades femininas, e, portanto, uma conduta para as mulheres lésbicas que se percebem como femininas. Para as mulheres que possuem atributos e posturas corporais “masculinizadas”, a consulta adquire um significado de explicitar os traços desviantes, que somado às representações de que o envolvimento lésbico não oferece riscos nem requer ações específicas com a saúde, tornam a busca por cuidados ginecológicos especialmente complexo e difícil (Barbosa e Facchini, 2009).

Assim, os dados disponíveis na literatura (Coelho, 2001; Granado, 1998; Pinto et al, 2005 e Barbosa e Facchini, 2009) sugerem que uma parcela considerável de mulheres lésbicas e bissexuais não acessa serviços médicos de ginecologia anualmente; as que vão à consulta, o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde. Quanto à realização do exame de Papanicolau, para prevenção de câncer de colo uterino, entre mulheres com práticas homossexuais também se verifica menor proporção.

Nos discursos dessas mulheres, as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo-se o HIV/Aids, aparecem associadas a homens (Barbosa e Facchini, 2009). É presente uma idéia de “contaminação” ou “poluição” no contato sexual com homens, colocando-o num patamar de desqualificação moral e de responsável pelas infecções decorrentes da atividade sexual. Assim, o relacionamento sexual entre mulheres é apontado por algumas delas como fator de proteção em si.

Coincidentemente, as representações acerca do ginecologista, por parte dessas mulheres que tiveram poucas ou nenhuma consulta, têm por referência um profissional que trata de DSTs enquanto proveniente do sexo com homens, do qual, portanto, prescindem (Barbosa e Facchini, 2009).



Assim, como algumas mulheres em relações homoeróticas relacionam às DSTs ao envolvimento sexual com homens - estes associados à idéia de promiscuidade e traição - a prática sexual exclusiva entre mulheres pode ser vista como um fator de proteção, e, portanto, não demanda cuidados específicos (Barbosa e Facchini, 2009 e Facchini, 2004). Tal noção é mais freqüente entre mulheres mais velhas, nas que tem parceira fixa (independentemente da idade) e nas que mantém relacionamentos somente lésbicos. Entre essas mulheres também é freqüente a idéia de que o envolvimento sexual lésbico não transmite Aids (Barbosa e Facchini, 2009).

Como ocorre em outras populações (casais heterossexuais, por exemplo), a confiança e a intimidade conquistada na relação são percebidas como elementos que dispensam comportamento de proteção às DSTs, pois conforme as expectativas de fidelidade aumentam, menos se faz necessário utilizar métodos de prevenção (Barbosa e Facchini, 2009). Entre casais heterossexuais, verifica-se que frequentemente o uso do preservativo tem mais lugar nas relações extra-conjugais, já que com a esposa a proteção se dá pela confiança no amor e companheirismo (Silva, 2002). Assim, adoção de métodos de proteção esbarra em definições cristalizadas de “pureza/poluição” dos parceiros, fazendo com que a idéia de pessoa conhecida (lê-se “que a princípio, compartilha o mesmo universo de valores”) recaia fora do campo de um possível agente de contaminação (Heilborn, 2003).

Grande parte dos estudos indica que as mulheres mais vulneráveis às DSTs pertenciam ao grupo de mulheres em relações estáveis (Carreno e Costa, 2006) e que iniquidades nas relações de poder são os fatores que mais influenciam neste comportamento (Higgins e Hirsch, 2008). Estes estudos reafirmam questões importantes de diferenças de poder relacionadas ao gênero, mas ao mesmo tempo, podem vir a mascarar algumas questões importantes relacionadas ao feminino. As mulheres são colocadas ainda como vítimas; com desvantagens sociais, fiéis e sem suspeita de possíveis traições do parceiro(a). Esse quadro reforça a falsa crença de que os homens são os responsáveis pela transmissão de DSTs e nega a possibilidade de infidelidade por parte das mulheres, reforçando um padrão hegemônico do feminino.

Além das dificuldades encontradas nos serviços de saúde, as mulheres com práticas homoeróticas relatam mais frequentemente experiências de discriminação por familiares ou por amigos/vizinhos, apontando para dinâmicas mais silenciosas de discriminação feminina. As mulheres são menos vítimas da homofobia que os homens, mas as modalidades de discriminação nas quais são submetidas têm menos visibilidade, por ocorrerem dentro da esfera privada (Carrara e Ramos, 2005).



Os temores relacionados ao preconceito, seus efeitos na vida cotidiana e nas relações sociais, a discriminação e o mistério que ainda estão associados às relações afetivo-sexuais entre mulheres, contribuem para o silêncio e restrições que podem impactar negativamente a vivência amorosa. Assim, lésbicas e bissexuais podem sofrer menos agressões físicas que os homens homossexuais, mas a invisibilidade que ronda a prática homoerótica entre mulheres é maior (Facchini e Barbosa, 2006).

O preconceito disseminado socialmente pode produzir agravos à saúde, na medida em que, tanto a manutenção de estratégias de ocultação social de suas práticas e desejos quanto o constante enfrentamento social pela estratégia de “sair do armário<sup>6</sup>”, poderiam se ver associados ao estresse e ao isolamento. O encobrimento de desejos e práticas privaria essas mulheres de suportes sociais importantes, como de familiares, amigos ou mesmo de serviços de saúde (Facchini e Barbosa, 2006).

### *Considerações Finais*

Incluir a perspectiva de gênero nas pesquisas sobre mulheres que se relacionam com mulheres pode contribuir para que as intervenções em saúde sejam mais ajustadas a uma dinâmica social (Heilborn, 2003) em que as diferenças entre masculinidades e feminilidades são decisivas e se combinam com outras formas de classificação, como raça, etnia e classe social. Assim, reflexões de gênero são úteis para compreender como roteiros sexuais socialmente estabelecidos a homens e mulheres se articulam nas relações homossexuais e acabam dialogando com o cuidado em saúde. Entretanto, reconhecemos que o sentido binário de comportamento sexual – masculino e feminino – não dá conta de explicar as diversas manifestações da sexualidade, tendo em vista que o sentir-se “homem” ou “mulher” não é estável, estanque e sim, experienciado diferentemente em casa situação e contexto.

A problematização acerca da saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais exige que elas “saiam” da invisibilidade sustentada pela crença de que o corpo lésbico seria o único protegido à infecção pela via sexual, recebendo tratamento e cuidados adequados e coerentes com a proposta de integralidade do PNAISM. Requer também que se reconheçam as necessidades dessas mulheres, de modo a garantir o acesso não apenas aos serviços de atendimento, mas também à saúde de modo mais amplo – a suposta sensação de bem-estar e satisfação que deriva do sentir-se acolhido e respeitado (Villela, 2009). Como disposto no PNAISM é preciso que os serviços de saúde

---

<sup>6</sup> Expressão informal que se refere ao processo de afirmar e assumir a homossexualidade.





disponham de profissionais capacitados para o atendimento, considerando a possibilidade de parte das usuárias serem compostas por mulheres que fazem com mulheres (Brasil, 2004), com trajetórias afetivo-sexuais singulares assim como as demais mulheres que buscam o serviço. Isso será viabilizado quando práticas sexuais não hegemônicas deixarem de ter um caráter depreciativo ou discriminatório e forem consideradas como um direito de autonomia dos sujeitos em vivenciarem saudavelmente suas sexualidades.

Assim, a construção da saúde sexual de cada sujeito está atrelada a dois processos diferentes, no entanto, completamente imbricados: o recebimento de informações referentes aos direitos que cada pessoa tem enquanto cidadã (por exemplo, direito de ser homossexual e receber tratamento médico de qualidade, sem que sua orientação sexual prejudique a qualidade do atendimento) e ao profissional em garantir a execução desses direitos, considerando que as desigualdades de gênero, a homofobia, o machismo, a discriminação são esferas que constituem o cotidiano do sujeito sexual, e por isso não podem ser ignoradas nas tecnologias de prevenção e aconselhamento.

### *Bibliografia*

AGUIAR, J.M. *Mulher, aids e o serviço de saúde: interfaces*. 2004. 150p. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

AGUIAR, A.C. de *Assistência Integral à Saúde da Mulher no Distrito Sanitário Centro-Sul: a ótica dos profissionais de saúde*. 1992. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

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

ÁVILA, M.B. *Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19 (sup.2), 2003, p.465-69.

BARBOSA, R.M. e FACCHINI, R. *Acesso a cuidados relativos à saúde entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil*. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25, Sup 2, 2009, p.S291-S300.

BARBOSA, R.M. e KOYAMA, M.A.H. *Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.22, n.7, 2006, p.1511-1514.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher – Princípios e Diretrizes*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Brasília, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).



- CARRARA, S. e RAMOS, S. *Política, Direito, Violência e homossexualidade*. Pesquisa 9ª Parada do Orgulho GLBT- Rio. 2004. Rio de Janeiro, CEPECS, 2005.
- CARRENO, I. e COSTA, J.S.D. da. *Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.40, n.4, 2006, p. 720-726. ISSN 0034-8910.
- COELHO, L.M. *A Representação Social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais*. Revista Tesseract, 2001. ISSN 1519-2415. Site: <http://tesseract.sites.uol.com.br/textoleilacoelho.htm>, acesso em 20/06/2010.
- CORRÊA, S. e PETCHESKY, R. *Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista*. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.6 (1/2), 1996, p.147-177.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L e SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços. In: K. Giffin e S.H. Costa, *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. P. 337-356.
- FACCHINI, R. Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social. In: L.F. Rios, R. Parker, C. Pimenta, V. Tertio Junior (Editores). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004, p.34-43.
- FACCHINI R., BARBOSA, RM. *Dossiê Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2006.
- GRANADO, L. *Mitos sobre a relação entre mulheres e a transmissão de DST/HIV*. Boletim Ousar Viver, 4:4-6, 1998.
- HEILBORN, M.L. *Entre as tramas da sexualidade brasileira*. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v.14, n.1, jan/abr, 2006.
- HEILBORN, M.L. Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: R. Giffoni, P. Goldenberg e M. H. Gomes (Orgs). *O clássico e o Novo*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.
- HIGGINS, J.A.,HIRSCH, J.S. *Pleasure, Power, and Inequality: Incorporating Sexuality Into Research on Contraceptive Use*. Am J Public Health, v.98, n.10, 2008, p.1803-1813.
- LEAL, A.F. e KNAUTH, D.R. *A relação sexual como técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(7), jul, 2006, p.1375-1384.
- LEAL, AF. *Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade*. 2003. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- PINTO, V.M. *Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres*. 2004. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública - USP, São Paulo.
- PINTO, V.M. *et al. Sexually transmitted disease / HIV risk behaviour among women who have sex with women*. AIDS, v.19, Suppl 4, 2005, p.S64-S69.



SCHRAIBER, L.B. Saúde de Homens... e Mulheres: Questões de gênero na saúde coletiva. In: R. Gomes, *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.7-18.

SILVA, C.G.M., *O significado da fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados*. Rev Saúde Pública; 36 (4 Supl), 2002, p.40-9.

VILLELA, W.V. e ARILHA, M. (2003). Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: E. Berquó (Organizador). *Sexo & Vida. Panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003, p. 85-150.

VILLELA, W.V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. In: *BIS – Boletim do Instituto de Saúde, Formação dos trabalhadores para o SUS*. N 48, Novembro de 2009. ISSN 1518-1812.