

(HOMO)SEXUALIDADES FEMININAS E A GINECOLOGIA: uma reflexão sobre gênero, corpo e saúde¹

Ana Rita da Silva Rodrigues²

Resumo

Neste trabalho procuro refletir sobre a temática da homossexualidade feminina no campo da saúde, do corpo, de gênero e sexualidade. Realizo, para isso, uma breve reflexão sobre as políticas públicas voltada para este público na área da saúde ginecológica, além de revisão bibliográfica aliada a trabalho de campo com entrevistas qualitativas semiestruturadas.

Palavras-chave: gênero, lesbianidade, ginecologia,

Introdução

Segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, é dever do Estado assegurar, nas suas ações e serviços, a saúde de seus cidadãos e cidadãs de forma universal, integral e igualitária. Contudo, quando se fala em integralidade e equidade na promoção de saúde de lésbicas, bissexuais e todas as mulheres que perpassam suas práticas sexuais pelo homoerotismo, verifica-se que tais preceitos não vem sendo cumpridos, levando a uma violação grave de alguns dos direitos humanos básicos: o acesso, promoção, recuperação e proteção à saúde.

Para dar conta de tal problemática, procuro entender, primeiramente, como a lesbianidade tem sido invisibilizada e como esta invisibilização é causa de sofrimento social. Posteriormente trabalho com esta invisibilidade na área da saúde. Além disso, associo esta invisibilização à epidemia de AIDS e suas consequências, além de noções de corpo e gênero. Por fim, analiso mais diretamente mulheres que tem ou tiveram relações homoeróticas e suas relações com a ginecologia, baseada em revisão bibliográfica sobre o tema, bem como meu curto trabalho de campo realizado entre setembro e novembro de 2011 durante a disciplina de Antropologia do Corpo e da Saúde.

1 Reflexão gerada na disciplina de Antropologia do Corpo e da Saúde, ministrada pela professora Ceres Victora.

2 Graduada em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; anadasilva87@gmail.com

Lesbianidade como sofrimento social

A figura da mulher lésbica pouco aparece na história, embora a relação afetivo-sexual entre mulheres exista desde a Antiguidade Clássica³. O termo homossexualidade como concebemos hoje teve origem no contexto dos estudos sexológicos, ocorridos na segunda metade do século XIX, com um caráter profundamente médico e patológico, em um sentido de inversão sexual⁴.

Surgiu, então, na ciência uma categoria nova: o homossexual. Isso originou disputas científicas para a explicação deste “fenômeno”: biológicas, psicológicas, hormonais, ambientais, que forneceu uma norma ao redor da qual as pessoas assim definidas eram constrangidas a viver suas vidas:

(...)ou seja, homens e mulheres deveriam seguir a heterossexualidade, e ainda estar de acordo com os padrões de masculinidade e feminilidade – homens masculinos, mulheres femininas. Além disso, os atributos masculinos, sempre reconhecidos como do homem, eram em geral mais nobres e/ou superiores aos femininos (atividade x passividade, força x fragilidade, racionalidade x sentimentalidade etc). (TOLEDO, 2007)

Assim, num contexto heterocentrado, falocentrado e machista, onde está prevista a dominação masculina, no qual existem modelos de homem, mulher, criança, família etc, que são apresentados como verdades naturais e superiores às outras formas de subjetivação, o que foge a esses padrões é estigmatizado, portanto, inferiorizado, e muitas vezes, violentado (WELZER-LANG, 2001).

Podemos dizer, assim, que existe no caso da homossexualidade feminina um duplo caráter de minoria (MEINERZ, 2005): por se tratar de mulheres, há a questão da desigualdade de gênero somada ao fato de se tratar de uma minoria sexual⁵. Tal fato pode acarretar um sentimento de não pertencimento a uma história e de exclusão social que as colocariam em uma posição de vulnerabilidade ao sofrimento físico e psíquico, assim como à impossibilidade de acesso à direitos, logo, de serem cidadãs.

Tal sofrimento não tem visibilidade; ele se inscreve no interior das subjetividades sem,

3 Estas mulheres eram designadas de diversas formas: safistas, sáficas, lesbianas, tríbades. (TORRÃO FILHO, 2000, p. 28).

4 Esta patologização da homossexualidade na época teve aspectos positivos, pois permitia que homossexuais não fossem mais vistos como criminosos ou pecadores sujeitos a punição, mas sim como doentes que necessitavam de tratamento médico. (TERTO JR, 1999)

5 Me refiro a minoria sexual como um subgrupo dentro de uma sociedade que não participa em igualdade de condições da vida social.

no entanto, ser compartilhado coletivamente. Podemos definir tal sentimento como um sofrimento social:

(...) participam de dinâmicas sociais que lhes depreciam e invalidam a importância de seus códigos sociais e culturais, desqualificando as experiências vividas. Esta lógica se apropria do mais profundo das subjetividades, fazendo com que os sujeitos se simbolizem como inadequados à sociedade. (...) As pessoas se sentem desvalorizadas e diminuídas e, raramente, compartilham tais sentimentos. (CARRETEIRO, 2003)

As consequências desse sofrimento são várias e vêm se construindo historicamente e resultam, além da discriminação, exclusão e marginalização, em atos de violência moral (“mulher não deve agir assim”), psicológica (“você é muito feminina para ser lésbica”), física (“vou te mostrar o que é ser macho”) e sexual (“vou te ensinar a ser mulher”), e, em casos mais extremos, porém não raros, em homicídios estimulados pela intersecção de valores culturais normativos com relações de poder desiguais (TOLEDO, 2007).

Portanto, há uma potencialização das vulnerabilidades das mulheres lésbicas em vários aspectos relevantes de sua vida afetivo-sexual, tais como: a relação com os cuidados de si, com seu prazer, com o amor, com o trabalho, enfim, com outros aspectos importantes de sua socialização primária (a família) e secundária (o campo social), bem como no campo político de acesso a direitos enquanto cidadãs. Contudo, centrar-me-ei nesse trabalho apenas no que diz respeito à saúde sexual dessas mulheres e suas relações com o sistema de saúde na área de ginecologia.

A invisibilidade da lesbianidade na área da saúde

Discussões sobre a sexualidade da mulher, incluindo aspectos da sua vida sexual e do prazer, para além da sua função reprodutiva são relativamente recentes. Nota-se, historicamente, um interesse diferenciado por parte da medicina no que diz respeito a homens e mulheres na passagem do século XIX para o XX. Nesse período há uma preocupação médica com a sexualidade e com a reprodução - nesse momento as fronteiras entre as especialidades médicas ou não existiam, ou ainda eram bastante indefinidas (ROHDEN, 2002).

A vida da mulher era descrita a partir das passagens que sofre em função da

preparação, exercício e perda da capacidade reprodutiva, criando uma especialidade médica para tal regulação, a ginecologia.

No Brasil, somente depois da década de 1980, com a reformulação do Programa Materno-Infantil (PMI), com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) 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 (RODRIGUES & SCHOR, 2010). 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.

Há também uma crítica à medicalização do corpo feminino. A mulher é assistida na, e a favor da, sua saúde. E, desta forma, 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.

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).

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 (AGUIAR, 2004).

A ideia 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.

Porém, para que as decisões reprodutivas e sexuais sejam tomadas de forma consciente, é necessário que existam certas condições de materiais e de infraestrutura, tais como transporte, creches, serviços de saúde acessíveis, humanizados e bem equipados. 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 (RODRIGUES e SCHOR, 2010).

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 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. 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).

AIDS, corpo e gênero

O grande paradoxo da experiência da doença é que ela é tanto a mais individual quanto a mais social das coisas. É também difícil discernir se saúde e doença pertencem ao domínio privado ou ao público. Os laços entre esses dois domínios não são imutáveis e, no

campo da saúde e da doença, passaram por transformações frequentes. No entanto, o corpo ainda pertence ao domínio privado (HERZLICH, 2004).

Embora a era em que as tradições religiosas faziam do corpo um tabu seja agora um passado distante, as sensações do corpo são ainda assuntos da intimidade, envolvendo até mesmo sigilo e rituais individuais cotidianos. Prestar atenção a estados corporais é uma atividade que diz respeito a relacionamentos fundamentais: é a família que ainda está profundamente implicada na preservação da saúde e em seus cuidados. Além disso, a saúde e a doença afetam vários aspectos da vida privada, em especial o amor e a sexualidade (HERZLICH, 2004).

Contudo, não podemos falar de doença, corpo e saúde sem também considerá-los fenômenos pertencentes a esfera pública. Dessa forma, na construção simbólica e discursiva, a doença – e consequentemente a saúde – reflete todo um contexto histórico, social e cultural.

Portanto, é inegável que a ciência interfere na constituição da ideia de corpo do indivíduo, do que é normal e do que é patológico. Isto significa dizer que a produção de qualquer conhecimento dá-se sempre através de um processo que é coletivo, onde ciência, indivíduo e sociedade estão em constante articulação, numa construção e desconstrução mútuas (AGUIAR, 2004)

A AIDS por estar relacionada, no imaginário coletivo, à morte e às formas socialmente discriminadas de sexualidade, referidas a comportamentos sexuais simbolizados como desviantes, imorais e “promíscuos”, se tornou sinônimo de castigo e perversão (PARKER, 1994).

Porém, logo se percebeu que a doença não se limitava apenas a homossexuais masculinos. A epidemiologia passou, então, a designar as pessoas mais susceptíveis à infecção como aquelas que apresentavam comportamentos “não compatíveis com a saúde”, os ditos “comportamentos de risco”. Este novo conceito tentou universalizar a preocupação com o problema da epidemia e estimular o envolvimento individual. Entretanto, permaneceu uma clara tendência à culpabilização, e o resultado foi que a doença passou a ser vista como consequência de uma falha no comportamento do indivíduo. A maior responsabilização individual com a prevenção, portanto, fez novos culpados.

Dessa forma, as primeiras associações que o senso comum estabelece com a AIDS é a ideia de que esta é uma doença relacionada a uma sexualidade promíscua, com a consequente discriminação da pessoa infectada. A permanência da representação dicotômica entre mulher/mãe/esposa (moças “boas”) e mulher/prostituta (moças “más” e promíscuas) contribuiu significativamente para que as mulheres não fossem identificadas, de

imediatos, como vulneráveis à AIDS. Isto fez com que, no final da década de 80, o aumento da incidência da epidemia na população feminina ocidental se desse de forma rápida e silenciosa⁶.

Com isso, a ideia de que haveria grupos femininos específicos sob potencial risco para a infecção pelo HIV deixou marcas no imaginário social e as mulheres que não pertenciam ao grupo de profissionais do sexo, considerado como um desses "grupos de risco", continuaram ignorando a possibilidade de sua própria infecção, assim como seus parceiros. Essa dificuldade em reconhecer a vulnerabilidade das mulheres diante de uma epidemia revela o retrato de uma sociedade que reforça a desigualdade nas relações sociais de gênero, alimentando, entre outros aspectos, a perpetuação de uma "dupla moral" quanto ao comportamento sexual de homens e mulheres, na esfera pública e privada. O homem permanece culturalmente significado como um sujeito com uma sexualidade ativa que independe de relações afetivas ou reprodutivas e, à mulher, por sua vez, cabe ser o oposto, com uma sexualidade passiva voltada para a reprodução: a mulher/esposa/mãe, tal como definida pelo modelo biomédico (GIFFIN, 1999). E, associados a isto, estão barreiras psicológicas, sociais e culturais, como o desconhecimento da mulher de seu próprio corpo, o pudor no que se refere a este tipo de conhecimento e concepções religiosas de cunho ideologicamente patriarcal.

Portanto, mais que compreender uma enfermidade com base em suas representações sociais, é preciso compreender como essas representações são utilizadas, transformadas e construídas de acordo com o estoque de conhecimento que se tem acerca da doença e do adoecer. Logo, esta construção passa necessariamente pelos conceitos de saúde e doença, de normal e patológico que vigoram em nossa sociedade.

Mulheres com relações homoeróticas, ginecologia e formas de prevenção

Em estudos conduzidos na cidade de São Paulo, observa-se que 18% a 35% de população de mulheres que fazem sexo com mulheres nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou. (FACHINNI, 2009). Essas estimativas são maiores do que as encontradas para

⁶ O Boletim Epidemiológico nº 1, de 2002 revelou um crescimento da epidemia até 9 vezes maior entre as mulheres do que entre os homens, embora tenha havido uma desaceleração nas taxas de incidência de Aids no conjunto.

a população geral feminina residente na mesma cidade, 13,9%. Tais dados sinalizam que um contingente significativo de mulheres que fazem sexo com mulheres encontra-se excluído dos serviços de atenção/cuidado à saúde. Com isso podemos dizer que o princípio de universalidade quanto os de integralidade e equidade adotados pelo Sistema Único de Saúde estão sendo descumpridos, visto que há um contingente de mulheres excluída da assistência e que elas tendem a ser vistas de modo unidimensional e, muitas vezes, são discriminadas e desestimuladas a acessar serviços de saúde.

Pude observar nas entrevistas⁷ feitas por mim na disciplina de Antropologia do Corpo e da Saúde, durante o segundo semestre de 2011, alguns aspectos mencionados em trabalhos semelhantes com mulheres que tem ou tiveram relações homoeróticas.

Um desses fatores observáveis foi a relação da primeira ida ao ginecologista com a primeira experiência sexual, essa sendo heterossexual. Tal fato revela 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 (FACHINNI, 2009).

A ginecologia, sendo o ramo da medicina que historicamente tem tratado basicamente da saúde reprodutiva de pessoas socialmente assignadas como pertencentes ao gênero feminino, tem dificuldades de conceber como relação sexual toda e qualquer relação que não envolva falo e penetração e, dessa forma, que esteja ligada a reprodução. E tal visão, reproduzida na Medicina através da ginecologia – e todo o status social que tal ciência herdou através dos anos – legitima a falsa noção que o sexo entre mulheres está isento de risco de transmissão de DST's e outras complicações.

Outro aspecto relacionado à frequência a serviços ginecológicos levantado por Facchini diz respeito aos atributos e posturas corporais. Todas as mulheres, independentemente de suas inserções socioeconômicas, que se referiram como “mais masculinizadas” ou “mais masculinas” 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 trejeitos 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 complexa e difícil.

7 Realizei duas entrevistas semiestruturadas com total de 40 minutos e 27 segundos de áudio gravadas entre setembro e novembro de 2011.

Outro fator que destaco é o relato da orientação sexual para o/a profissional de saúde. Tal fato parece estar relacionado, para aquelas mulheres que frequentam periodicamente o ginecologista, como uma forma de direcionar a consulta à sua experiência, evitando perguntas desnecessárias ou que não fazem sentido a sua vivência. Uma das mulheres que entrevistei caracterizou este fato como “encheção (sic) de saco”, ocorrida geralmente durante a coleta da história clínica da paciente com perguntas que pressupõe a heterossexualidade:

A: e tu já te sentiu constrangida numa consulta ginecológica? Com as perguntas ...

I: não...

A: acha que é tranquilo?

I: é...é tranquilo. É que eu já falo.

A: antes de iniciar tu já fala, então?

I: é...já falo que me relaciono com mulher e aquela coisa toda. É que eu sempre vou no mesmo, né? Então eu não tenho mais esse tipo de encheção de saco. (Ísis, 29 anos, ensino superior completo).

Embora não tenha registrado tais relatos, a literatura sobre o tema relata vários episódios de tratamento inadequado relacionados ao relato da orientação sexual. Os episódios envolviam mudança de atitude por parte do/a profissional, comentários preconceituosos, ausência de oferta de exames clínicos, de mamas ou Papanicolaou. A queixa mais comum refere-se ao fato de o/a profissional, após o relato, agir como se não tivesse recebido a informação ou como se não tivesse nada a comentar ou orientar a respeito (FACHINNI, 2009).

Pude observar também, assim como na literatura (FACHINNI, 2009), a inviabilidade da utilização de métodos preventivos⁸ no cotidiano das relações homoeróticas femininas:

A: e....tu acredita que pode transmitir DST's numa relação...

I: pode...a chance é menor, né? Mas pode.

A: aham.

I: é que mulher é mais complicado. Tu vai pensar em como, entendeu? É mais complicado. Não tem muito o que fazer.

A: então...tu acha que não tem informação sobre prevenção de DST's entre mulheres?

I: ter até eu acho que tem, mas os métodos são meio....eu jamais usaria.

A: não te imagina usando?

I: não, não.

A: e tu poderia citar alguns métodos que tu conhece?

I: (risos). Ai, sei lá...se tu for fazer sexo oral dá pra por nela aquele papel...como é o nome daquela merda mesmo?

A: (risos) papel filme?

I: então, eu não me imagino fazendo isso, entendeu?

A: aham.....Tu acha, então, que não é prático?

8 Considero métodos preventivos, além da camisinha masculina em ocasião de penetração com algum acessório, a utilização de luvas cirúrgicas, camisinha de dedo, camisinha de língua e papel filme em caso de sexo oral.

I: aham, aham.

A: ao menos que tu saiba não existe métodos que tu julgue que tu poderia usar?

I: não tem. Tem, tipo, pro pinto que tu põe nela. Dai tem camisinha. Tem como proteger, entendeu? Que nessa hora tem que ter proteção, quando vai trocar, né? Daí tem que ter proteção nessa hora ali. Mas na relação de sexo oral não tem como. Eu não iria usar esse troço, jamais. Não ia rolar nada. Eu ia começar a rir, eu acho. (Ísis, 29 anos, ensino superior completo).

Nesse contexto, marcado por falta de informação e/ou por informações cuja aplicabilidade cotidiana não é tida como viável, é recorrente o relato de práticas que remetem à noção de higiene, tais como a verificação do asseio e cuidados com a aparência, o ato de cheirar e/ou observar as genitais da parceira, como forma de prevenção:

M: assim, eu sempre me preveni.

A: mas como tu te preveniu?

M: com mulher, assim, eu tenho higiene (risos). Mas as minhas parceiras não faziam tudo que eu fazia não. Não tinham esse cuidado.

A: então tu te prevenia através da higiene?

M: exatamente, da higiene. (M., 33 anos, ensino superior incompleto)

Por fim, chamo a atenção para as diversas formas de homossexualidade feminina e das experiências homoeróticas. Dessa forma, não podemos considerar que uma mulher que tenha identidade sexual lésbica nunca tenha tido uma relação heterossexual ou que nunca mais a terá. Da mesma forma que uma mulher que tenha identidade sexual heterossexual nunca tenha tido uma experiência homossexual ou que nunca venha a ter. Assim, a categoria “mulher exclusivamente homossexual – ou heterossexual” desaparece dando lugar a um cenário mais dinâmico onde mulheres transitam por diferentes experiências afetivo-sexuais.

Conclusões

A partir das questões exploradas no decorrer deste texto, podemos afirmar que, com a emergência da epidemia de AIDS, observou-se uma crescente preocupação com a sexualidade, particularmente questões referentes à homossexualidade masculina. O tema da homossexualidade feminina e sua relação com a saúde mantiveram-se marginais a todo esse processo.

Notou-se uma escassa produção científica abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil, uma grande precariedade de políticas de saúde

consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população, o parco conhecimento sobre suas demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde adequadas – aliados à persistência de prenoções e preconceitos – convertem-se, no âmbito da saúde pública, em desperdício de recursos, em constrangimento durante o atendimento e em assistências e prescrições inadequadas, como a pouca literatura sobre o tema e as entrevistas realizadas sugerem.

Referências

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.

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.

BARBOSA, Maria Regina. **Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil.** In: Cad. Saúde Pública, vol 22, n 7, Rio de Janeiro, 2006.

COELHO, Leila Machado. **A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologistas do Ponto de Vista das Mulheres Lésbicas e Bissexuais.** In: Revista Tesseract, ISSN 1519-2415, edição 4, 2001.

CARRETEIRO, Teresa Cristina. **Sofrimentos sociais em debate.** Psicologia USP, 2003.

FACHINNI, Regina. **Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social.** In: Homossexualidade : produção cultural, cidadania e saúde/ organizadores Luís Felipe Rios... [et al.]. - Rio de Janeiro : ABIA, 2004.

_____. **Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil.** In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S291-S300, 2009.

GIFFIN, K., 1999. **Poder e Prazer: considerações sobre o gênero e a sexualidade feminina.** In: Ribeiro, M. O Prazer e o Pensar. Cores/Editora Gente.

HERZLICH, C. **Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública.** In: Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2004.

MEINERZ, Nádia Elisa. **Entre mulheres: estudo etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica feminina em segmentos médios na cidade de Porto Alegre-RS.** Porto Alegre, 2005.

PARKER, R. & GALVÃO, J. (org.) **Quebrando o Silêncio: Mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA:IMS, UERJ, 1994.

RODRIGUES, Juliana & SCHOR, Néia. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais**. In: Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 2010.

ROHDEN, Fabíola. **Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX**. Horizontes Antropológicos. Ano8, n17. p101-125, 2002.

TERTO JR. Veriano. **No escurinho do cinema...sociabilidade orgiástica nas tardes cariocas**. Dissertação (mestrado em Psicologia) Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1989.

TOLEDO, Livia. **Considerações narrativas sobre as vivências afetivo-sexuais entre lésbicas e suas relações com os mitos e estereótipos a respeito da lesbianidade**. São Paulo, 2007.

TORRÃO FILHO, Amílcar. (2000). **Tríades galantes, fanhonos militantes: homossexuais que fizeram história**. São Paulo: Summus.

WELZER-LANG, Daniel. **A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia**, 2001.