

# Problematizações acerca do uso de métodos de proteção às DST entre lésbicas/bissexuais sob a perspectiva de gênero<sup>1</sup>

**Problematizations about the use of methods of protection against STD among lesbians / bisexuals under the gender perspective**

Julliana Luiz Rodrigues<sup>II</sup>

## Resumo

A visibilidade de mulheres lésbicas tem suscitado questões pertinentes à saúde desse grupo. A literatura aponta que valores hegemônicos de masculinidade e feminilidade atravessam discursos e interferem nas ações de cuidado. A saúde sexual, compreendida como direito, deve ser pensada incluindo-se aspectos socioculturais como determinantes para a qualidade da atenção dispensada. Este artigo tem por objetivo discutir como a inserção de métodos de proteção às DST é problematizada na relação e as estratégias preventivas que são efetivadas na parceria lésbica. Pautada em vertente qualitativa, utilizou-se entrevistas semiestruturadas e anotações em diário de campo para obtenção dos relatos. Entrevistou-se nove mulheres lésbicas ou bissexuais entre 19 e 46 anos, residentes na cidade de São Paulo, no ano de 2011. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Os resultados vislumbram a relação entre construções de gênero e o cuidado dispensado à saúde sexual. Valores relativos à feminilidade hegemônica podem operar vulnerabilizando mulheres quanto à exposição às doenças sexualmente transmissíveis. Discursos sobre sexo seguro entre lésbicas são praticamente inexistentes, dificultando o uso de quaisquer métodos de proteção na cena sexual. A vulnerabilidade ao adoecimento sexual, remete à estrutura de organização dos serviços de saúde, que reiteram expectativas de gênero e às lacunas programáticas.

**Palavras-chave:** Saúde sexual; Gênero; Homossexualidade feminina.

## Abstract

The visibility of lesbian women has raised issues relating to the health of this group. The literature suggests that hegemonic values of masculinity and femininity go through speeches and interfere with the care actions. Sexual health, understood as a right, should be considered including in socio-cultural aspects as critical to the quality of attention. This article aims to discuss how the inclusion of the STD protection methods is problematized in the relationship and the preventive strategies that are effective in lesbian partnership. Guided by qualitative aspect, we used semi-structured interviews and notes in field diary to obtain the reports. nine lesbian women interviewed or bisexual between 19 and 46 years, residents in the city of São Paulo, in 2011. The interviews were recorded, transcribed and analyzed. The results envision the relationship between gender constructions and the care given to sexual health. Amounts related to hegemonic femininity can operate vulnerabilizando women and exposure to sexually transmitted diseases. Discourses on safe sex between lesbians are virtually non-existent, making it difficult to use any protection methods in sexual scene. Vulnerability to sexual illness, refers to the organizational structure of health services which reiterate gender expectations and programmatic gaps.

**Keywords:** Sexual health; Gender; Lesbian.

<sup>I</sup> O artigo apresentado é parte dos resultados da dissertação de mestrado realizada na Faculdade de Saúde Pública-USP (2011) intitulada "Estereótipos de gênero e o cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais"

<sup>II</sup> Julliana Luiz Rodrigues (jullianalrodrigues@gmail.com) é psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.



### Introdução

O crescimento dos movimentos sociais relacionados à temática da lesbianidade e a afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos têm favorecido a visibilidade de lésbicas/bissexuais e promovido importantes debates no campo da saúde. Porém, ações que promovam efetivamente o cuidado em saúde sexual dessas mulheres ainda são incipientes.

Estudos, a maioria disponível na literatura internacional<sup>1,7,8</sup>, trazem dados preocupantes relativos à saúde sexual e reprodutiva das lésbicas: menor solicitação por parte dos profissionais da saúde de exames Papanicolaou e de prevenção ao câncer de mama, acesso à consulta ginecológica sem regularidade ou somente quando surgem maiores agravos à saúde, além do uso pouco frequente de métodos de proteção às doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Comportamentos de prevenção às DST raramente são considerados e efetivados entre as

parceiras, como apontam pesquisas realizadas no Brasil. No estudo conduzido na cidade de São Paulo por Barbosa e Facchini<sup>5</sup>, os relatos especificamente acerca da percepção de riscos e de necessidades de cuidados associados às DST/aids remetem ao contato sexual com homens, colocando as relações com mulheres como mais seguras. O uso de preservativo nos acessórios compartilhados entre mulheres e para a prática de sexo oral raramente é feito<sup>18,19</sup>.

Outro estudo, com 10 mulheres de camadas médias de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) demonstrou que, apesar de se declararem conscientes da possibilidade de transmissão de doenças pela via sexual, as mulheres lésbicas diziam que se expunham a elas por considerar que eram de fácil tratamento<sup>17</sup>.

Mesmo sendo baixa a transmissão de DST/aids entre mulheres lésbicas, os profissionais da saúde não deveriam pressupor que estas mulheres têm automaticamente baixo risco de adquirir

quaisquer DST<sup>18,19</sup>. A transmissão do HIV entre mulheres lésbicas sempre foi presumida, na ausência de fatores de risco mais específicos<sup>18,19</sup>.

Com relação à baixa procura pelos serviços de saúde, a literatura aponta possível existência de discriminação nesses locais, despreparo dos profissionais para lidar com as “especificidades” desse grupo populacional e dificuldades das mulheres para conversar com o profissional sobre sua homo ou bissexualidade<sup>4,5,17,18</sup>.

Neste artigo, a adoção de métodos de proteção às DST entre lésbicas é analisada, considerando que comportamentos relacionados à prática sexual estão em constante diálogo com valores hegemônicos que permeiam a sexualidade e suas moralidades.

### **Método**

Os dados obtidos são provenientes de parte dos resultados de pesquisa de Mestrado intitulada “Estereótipos de Gênero e o Cuidado em Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” realizada na cidade de São Paulo nos anos de 2010 e 2011. Foram entrevistadas em profundidade nove mulheres lésbicas/bissexuais com idades entre 19 e 46 anos, todas residindo na capital paulistana. A seleção das informantes se deu de forma a contatar participantes com idade, condição afetiva (estar em relacionamento estável ou não) e nível socioeconômico o mais variado possível.

A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro, previamente elaborado. No tema sobre práticas sexuais, procuramos compreender mais detalhadamente como se dava a inserção de métodos de proteção às DST/aids. Os cuidados éticos na investigação respeitaram a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 1996, através do oferecimento de Termo de Consentimento Livre Esclarecido para as entrevistadas

que quisessem participar do estudo e garantia de anonimato de suas informações; os nomes constantes nos resultados são fictícios.

A análise foi realizada após leitura exaustiva da transcrição das entrevistas. Num primeiro momento, o material obtido foi organizado em cinco categorias temáticas, uma delas referia-se especificamente sobre a inserção de métodos de proteção às DST nas relações sexuais. Posteriormente, analisamos as diferentes respostas das participantes acerca de um mesmo tema, buscando correlacionar com as diversas condições quanto à idade, nível socioeconômico e situação conjugal.

### **Resultados**

Das entrevistadas, quatro delas eram moradoras de bairros periféricos, pertenciam a camadas populares e utilizavam a Unidade Básica de Saúde (UBS) para cuidados em saúde. As 5 demais tinham uma condição socioeconômica mais elevada e utilizavam médicos de convênios particulares. Entre o total de nove participantes, cinco estavam solteiras na ocasião de nossa entrevista; uma estava namorando um rapaz e três moravam na mesma residência com sua respectiva parceira.

Diante da pergunta sobre se utilizavam algum recurso que as protegessem de doenças sexualmente transmissíveis, todas apontaram que era importante utilizar algum método de proteção às DSTs/aids numa relação sexual com outra mulher, mas nenhuma verbalizou fazer uso de quaisquer recursos:

*Não, não uso. Na verdade, é um assunto que eu não conheço muito. Eu acho que pode ter riscos de doenças, mas, enfim... não sei (Cíntia).*

*Não, nunca usei. Mas eu acho que seria importante usar, eu acho que seria importante ter maiores informações para usar (Flora).*

*Com mulher, não. Mas eu acho que seria necessário, seria bacana (Gisele).*

As explicações oferecidas pelas participantes sobre o não uso foram atribuídas ao fato de desconhecerem os métodos disponíveis, ou por conta da indisponibilidade de recursos viáveis, ou, ainda, devido ao estranhamento que inserir um método de proteção na cena sexual poderia causar à parceira. Na tentativa de promover uma discussão mais consistente, discutiremos, a seguir, sobre os diferentes discursos que surgiram.

O estranhamento referido pelas participantes ao propor o uso de camisinha nas práticas sexuais com mulheres remete aos valores construídos em torno deste material: possibilidade de serem julgadas tendo uma atitude masculina ou a algum elemento não desejável:

*Numa relação heterossexual é normal o cara parar na farmácia e comprar camisinha, agora entre mulheres eu não imagino isso acontecendo. Já tem essa dificuldade, o que a menina vai pensar? Estou louca! (Gisele).*

*Ela vai achar estranho, vai me dizer: “Pô, por que usar a camisinha comigo, se geralmente ninguém usa?” (Mara).*

Outra dificuldade em inserir o preservativo foi atribuída por ser um insumo indicado para a prática sexual com homens, não com mulheres:

*(...) quando a gente estava no momento “vamos que vamos”, eu falei para ele pegar a camisinha e ele me falou que não tinha camisinha. Sabe o que eu fiz? Falei “olha, meu filho, sinto muito, não dá”. Vesti a roupa, peguei um ônibus e voltei para minha casa. A camisinha era condição.*

*[E se fosse uma menina?]*

*Vixe, eu nem ia pensar nisso! (Patrícia).*

*Eu usava a camisinha com homens, mas usava para não engravidar. O problema era pegar barriga. (Anita).*

Finalmente, o não uso de métodos de proteção no sexo foi justificado pelas participantes devido ao desconhecimento sobre o tema e/ou indisponibilidade de recursos viáveis.

Todas reconheciam a importância de utilizar algum recurso no sexo com mulheres. Listaram algumas possibilidades, mas evidenciaram quanto o assunto não é discutido e, portanto, não sabiam da efetividade dos materiais existentes, se eram realmente necessários e úteis para as diversas práticas sexuais realizadas, tampouco onde adquiri-los:

*(...) eu acho bem mais difícil [me prevenir com uma mulher] do que com um cara, bem mais difícil. Não é divulgado, ninguém fala nisso, na verdade, eu fico na dúvida (Cíntia).*

*Com o homem é fácil, bota uma camisinha no pênis e resolveu a história, com a mulher como é que você faz? (...) Não sei. Eu não sei como seria... (Diana).*

Interessantemente, mesmo estando cientes acerca dos riscos de transmissão de doenças, elas relataram a sensação de inadequação ao lançar mão de métodos de proteção na cena homossexual. A estranheza que poderia causar à parceira era suficiente para que optassem por prescindir de tal cuidado.

Assim, falta de informações sobre sexo seguro na parceria lésbica foi apontada como grande entrave para prevenção. A camisinha feminina foi referida como “aceitável” na relação sexual entre duas mulheres, contudo, as participantes não sabiam se, de fato, era viável para oferecer proteção às DST. Ainda assim, o preço elevado deste insumo foi pontuado como importante empecilho.

A condição afetiva das participantes também se mostrou relevante: menor preocupação

com a prevenção esteve presente nas mulheres com relacionamentos estáveis, pois afirmaram que o uso de métodos de proteção de DST era dispensável a partir da fidelidade acordada.

As relações estáveis foram referidas como mais seguras, pois com a intimidade conquistada é possível conhecer comportamentos da parceira, permitindo que outras/novas práticas sexuais sejam incluídas:

*Com o namoro é possível incluir outras práticas (...). Eu acho que só analisando o comportamento, você já vê quanto ela é solta na cama, se tem o perfil de quem nunca se cuidou, nunca se preveniu, ou se ela tem alguma consciência, entendeu? (Gisele, solteira).*

Já que nenhuma participante fez uso de quaisquer recursos para prevenção de DST, perguntamos a elas se recorriam a algumas estratégias para diminuir os riscos. As mulheres afirmaram que a principal estratégia consistia em conhecer “com quem se vai para a cama”.

O conhecer a parceira foi descrito por atitudes de evitar o contato com mulheres que tivessem número elevado de parceiras(os) e, também, a partir de observações cuidadosas sobre sua vida pessoal:

*É preciso conhecer a menina para viver algo sexual com ela. (...) O cuidado que eu tinha era observar se ela era limpinha, sabe, se ela se cuidava. (Josi).*

*Depois de uma conversa, depois que você vê quanto que a menina é asseada, quanto ela cuida dela mesma, daí você sabe se vale a pena ou não.*

*(...) a gente conversando com a pessoa, sabendo um pouco do passado dela, (...) por exemplo, observar a pessoa tomando banho, você já sabe quanto de higiene ela tem. (Mara)*

Como estratégias de prevenção no sexo entre mulheres, além da observação da vida pessoal como acima referido, também eram estabelecidas hierarquias de parcerias, na qual as bissexuais eram classificadas como “grupos de risco” e as que mantinham envolvimento exclusivamente lésbicos, as que ofereciam menores riscos ou risco zero de contaminação.

### **Discussão/recomendação**

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que todas as participantes se preocupavam com o tema da prevenção de doenças na prática sexual entre mulheres, consideravam-no importante, mas nenhuma fez uso de quaisquer materiais. Tais dados foram semelhantes a outros estudos realizados com mulheres lésbicas na cidade de Porto Alegre<sup>17</sup> e São Paulo<sup>5</sup>.

Ao pensarmos em prevenção de DST, a camisinha masculina é o primeiro material acionado. No entanto, o uso deste insumo nas relações sexuais merece algumas reflexões. A ligação que o preservativo faz com a sexualidade feminina parece ocorrer prioritariamente para evitar a gravidez e menos pela via da sexualidade. O que torna compreensível seu uso estar relacionado ao contato sexual com homens e não com mulheres, conforme os relatos obtidos na pesquisa.

Partindo das reflexões de Villela<sup>21</sup>, de que o comportamento de autoproteção poderia ser compreendido como herança de delegar à mulher a prevenção em não engravidar, a inserção de métodos por iniciativa de mulheres parece estar relacionada prioritariamente à prevenção de gravidez. Assim, a função contraceptiva atribuída ao preservativo, mais do que sua função de proteção às DST, pode fazer com que seu uso, no contexto de parceria lésbica, fique sem sentido.

Apesar do preservativo masculino ter sido verbalizado entre as participantes como a principal maneira de se proteger, ele é dispensável

num contexto de relação sexual na qual o risco de engravidar é zero.

Além disso, ao propor ou carregar preservativos, a mulher é vista como sexualmente ativa ou à procura de sexo – percepção que talvez contradiga as normas socialmente aceitas de sua passividade<sup>12</sup>.

A dificuldade em solicitar ou propor o uso de métodos de proteção às DST/aids, também foi pontuada pela possibilidade de incitar dúvida quanto ao cuidado que a parceira dedicava à saúde sexual. Heilborn e Gouveia<sup>16</sup>, em estudo sobre sexualidade de mulheres (heterossexuais) de camadas populares do Rio de Janeiro, encontraram que o simples pedido vindo delas para usar preservativo poderia levantar algum tipo de desconfiança do parceiro.

Não encontramos estudos no Brasil que discutissem possíveis incômodos gerados no casal lésbico, mas os relatos das nossas participantes sugerem significados semelhantes ao apontado por Heilborn e Gouveia<sup>16</sup>, localizando o pedido do preservativo como questionamento da conduta da parceira.

A solicitação da camisinha por parte da mulher numa relação heterossexual parece ser sustentada pelo pressuposto de que o homem tem (ou teve) várias parceiras sexuais, daí a necessidade de se prevenir (além do risco de gravidez). Isso é esperado socialmente, uma vez que a masculinidade é reforçada quando o sujeito do sexo masculino é associado à atividade sexual, onde desempenho e quantidade de parceiras reiteram noções de virilidade.

Na direção oposta, propor o uso de métodos de proteção na relação sexual entre mulheres pode adquirir o sentido de questionar e sugerir que a companheira tem elevado número de parceiras sexuais.

Dados semelhantes de que o relacionamento estável sugere exclusividade sexual a partir de acordos de fidelidade e, portanto, oferece menor

risco de transmissão de DST foram encontrados no estudo de Barbosa e Facchini<sup>5</sup>. Uso pouco frequente de métodos de proteção também são recorrentes entre casais heterossexuais que estão em situação conjugal<sup>3,6,20</sup>.

A ideia de que preservativo não combina com casamento<sup>10,12,13,14</sup> também se fez presente nos relacionamentos lésbicos, pelo sentido que a fidelidade adquire na relação conjugal. Acrescido da noção de que a mulher é *naturalmente mais fiel*, dificulta-se o trabalho da prevenção em contexto de parceria homossexual feminina.

O método de proteção explicitado na frase “conhecer a pessoa com quem se vai para a cama” verbalizado pelas participantes deste estudo, aproximou-se dos achados obtidos por Meinerz<sup>17</sup> e assemelhou-se às respostas de homens e mulheres (heterossexuais) encontradas na pesquisa de Gogna e Ramos<sup>12</sup>.

Observações sobre a vida pessoal são permeadas por valores de gênero, fazendo com que mulheres classificadas como mais “soltas” ou “desinibidas” manifestassem maiores riscos de transmitir doenças pela via sexual, visto a proximidade que tinham com comportamentos promíscuos.

De acordo com Heilborn<sup>15</sup>, a adoção de métodos de proteção “esbarra em definições cristalizadas de ‘pureza/poluição’ dos parceiros, fazendo com que a ideia de ‘pessoa conhecida’ – leia-se aquela que, em princípio, compartilha o mesmo universo de valores – recaia fora do campo de um possível agente de contaminação” (p.203). Assim, problematizar o uso de métodos de proteção no sexo requer discussões sobre os níveis de pureza ou poluição que são atribuídos aos parceiros sexuais, níveis esses que dependem, entre outras coisas, da proximidade da pessoa e dos julgamentos estabelecidos diferentemente a homens e mulheres, de acordo com valores hegemônicos de masculinidade e feminilidade.

Reconhecemos alguns esforços que têm sido feitos para que os primeiros passos sejam dados na produção de discursos a respeito da prevenção de DST na parceria lésbica. Entretanto, os relatos das entrevistas nos mostram que as recomendações ainda permanecem distantes do cotidiano das mulheres.

Supomos que os entraves sobre a adoção de práticas preventivas nos comportamentos sexuais são inúmeros e complexos. Além da pequena divulgação dos materiais produzidos, percebemos outras dificuldades que merecem reflexões. Uma delas diz respeito às construções de gênero e as moralidades em torno da sexualidade.

O imaginário “ser cuidadosa e atenta à saúde” adquire uma dinâmica especialmente importante nas práticas sexuais entre mulheres: parece contribuir para que elas fiquem menos preocupadas em lançar mão de ações de cuidado com a saúde. Os valores associados à sexualidade feminina dispensam uso de métodos de proteção de DST, ou, pelo menos, diminuem a necessidade de inseri-lo na cena homossexual, devido à menor possibilidade de transmissão de doenças, se comparada ao contato com homens. As representações de que as DST/aids se pegam no contato sexual com homens, somadas à suposição de que mulheres são mais atentas ao seu estado de saúde, e, por isso, se cuidam mais, favorece a vivência de experiências sexuais desprotegidas na relação homossexual feminina.

Assim, as discussões oriundas dos nossos dados apontam para uma importante relação entre feminilidade e exposição às DST: prática sexual associada à expressão do afeto, na sexualidade feminina, opera vulnerabilizando as mulheres lésbicas, na medida em que, ao se propor o uso de quaisquer métodos de proteção, tal atitude pode ser interpretada como questionamento sobre o sentimento da parceira ou insinuar desconfiança quanto à possibilidade de múltiplas parcerias.

Outra dificuldade na adoção de comportamentos preventivos na parceria lésbica é a associação historicamente produzida da camisinha para prevenção do HIV entre casais gays ou de seu uso como recurso contraceptivo nos envoltos heterossexuais. Em ambos os contextos, os discursos em torno do preservativo não incluem mulheres lésbicas.

O comportamento homossexual feminino, de forma ainda mais acentuada que a sexualidade feminina heterossexual, tende, historicamente, à invisibilidade no discurso médico-ginecológico e no campo acadêmico<sup>2</sup>. A ausência de discursos sobre sexo seguro na parceria lésbica exprime a estreita relação que cuidado com saúde teve e ainda tem com a reprodução, ficando a sexualidade em segundo plano.

Encontramos poucos estudos que dialogassem com as construções de feminilidade e masculinidade, deixando esse tema especialmente difícil de ser discutido com a literatura nacional.

### **Considerações finais**

Serviços de saúde organizados, prioritariamente, para necessidades reprodutivas, divulgação precária de materiais informativos sobre os riscos de doenças no sexo entre mulheres e o despreparo dos profissionais denunciam a vulnerabilidade programática a que a prevenção de DST/HIV/aids entre lésbicas está submetida.

Intervenções na área da saúde a respeito da homossexualidade feminina reclamam por, pelo menos, duas medidas. Primeiro, que a possibilidade de transmissão de doenças via sexual seja incluída como preocupação nas políticas públicas nacionais e, segundo, a construção de novos sentidos de masculinidade e feminilidade, que, certamente, não depende apenas da produção de discursos e práticas de saúde, mas não pode prescindir deles, do mesmo modo que não

pode prescindir da incorporação imediata de tais discursos e práticas transformadoras em ações e posturas rotineiras no interior do serviço de saúde.

A dimensão romântica do sexo dificulta a possibilidade de diálogo sobre a transmissão de doenças; assim nos parece que tal dimensão deveria ser problematizada nas discussões sobre sexualidade também entre lésbicas homo e bissexuais.

Reconhecemos as raízes históricas para tal escassez e a partir de estudos que denunciem silêncios e lacunas é que podemos avançar na construção de políticas públicas de saúde que deem visibilidade às mulheres lésbicas e bissexuais.

### Referências

1. Aaron DJ, Markovic N, Honnold JA, Janosky JE, Schmidt NJ. Behavioral risk factors for disease and preventive health practises among lesbians. *Am J Public Health*. 2001; 9(6):972-975.
2. Almeida GES. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis*. 2009; 19 (2):301-331.
3. Barbosa RM. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/São Paulo: Editora 34; 1999. p.73-88.
4. Barbosa RM, Koyama MAH. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(7):1511-1514.
5. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(2):291-300.
6. Berquó E, organizadora. *Comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/aids*. Brasília (DF)/São Paulo: Ministério da Saúde/CEBRAP; 2000.
7. Denenberg R. Report on lesbian health. *Women Health Issues*. 1995; 5(2):81-91.
8. Diamant AL, Schuster MA, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med*. 2000a; 19(3):141-148.
9. Diamant AL, Wold C, Spritzer K, Gelberg L. Health behaviours, health status, and access to and use of health care: a population-based study of lesbian, bisexual and heterosexual women. *Arch Fam Med*. 2000b; 9(10):1043-1051.
10. Giffin K. *Homens, heterossexualidades e reprodução no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP; 1997.
11. Gogna M. Contribuições para repensar a prevenção das DST. In: 2º Seminário, Saúde Reprodutiva em Tempos de aids; mar 13-15. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ; 1997. p.55-60.
12. Gogna R, Ramos S. Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs. In: Barbosa, RM, Parker, R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/São Paulo: Editora 34; 1999. p.229-248.
13. Guimarães CD. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, organizadores. *A aids no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p.217-230. (Série História Social da Aids, vol. 2).
14. Guimarães CD. Mas eu conheço ele! Um método de prevenção do HIV/aids. In: Parker R, Galvão J, organizadores. *Quebrando o silêncio: mulheres*. Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 169-180. (Série História Social da Aids, vol.7)
15. Heilborn ML. Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: Marsiglia RMG, Goldenberg P, Gomes MHA, organizadoras. *O clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.197-208.
16. Heilborn ML, Gouveia PF. “Marido é tudo igual”: mulheres populares e sexualidade no contexto da aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/São Paulo: Editora 34; 1999, p.175-198.
17. Meinerz NE. *Entre mulheres – estudo etnográfico sobre a constituição da parceria homoerótica na cidade de Porto Alegre [dissertação de mestrado]*. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul; 2005.
18. Pinto VM. *Aspectos epidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres [dissertação de mestrado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.
19. Pinto VM, Tancredi MV, Tancredi Neto A, Buchalla CM. Sexually transmitted disease / HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*. 2005; 19(4):64-69.
20. Silva CGM. O significado da fidelidade e as estratégias para prevenção da aids entre homens casados. *Rev Saúde Públ*. 2002; 36(4):40-49.
21. Villela WV. Prevenção do HIV/aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ/São Paulo: Editora 34; 1999. p.199-214.