

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE AMBIENTAL

ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS E
BISSEXUAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA

Julia Martins de Souza

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Coordenação do Curso de Gestão em Saúde
Ambiental, da Universidade Federal de
Uberlândia, para a obtenção do grau de
Bacharel em Gestão em Saúde Ambiental.

Uberlândia – MG

Junho – 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE AMBIENTAL

ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS E
BISSEXUAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA

Julia Martins de Souza

Prof. Dra. Mariana Hasse

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Coordenação do Curso de Gestão em Saúde
Ambiental, da Universidade Federal de
Uberlândia, para a obtenção do grau de
Bacharel em Gestão em Saúde Ambiental.

Uberlândia – MG

Junho – 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE AMBIENTAL

ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS E
BISSEXUAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA

Julia Martins de Souza

Prof. Dra. Mariana Hasse
Faculdade de Medicina - FAMED

Homologado pela coordenação do curso de
Gestão em Saúde Ambiental em ____/____/____.

Dr. Jean Ezequiel Limongi

Uberlândia – MG

Junho – 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE AMBIENTAL

ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE DE MULHERES LÉSBICAS E
BISSEXUAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA

Julia Martins de Souza

Aprovado pela Banca Examinadora em ____ / ____ / ____.

Nota: _____

Nome e assinatura do presidente da Banca Examinadora

Uberlândia, ____ de _____ de _____.

Artigo a ser submetido à Revista Saúde e Sociedade, elaborado de acordo com as normas para autores (Anexo 1). O artigo será submetido após realização das adequações sugeridas pela banca.

Acesso e qualidade da atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: uma revisão sistemática integrativa

Access and quality of health care for lesbian and bisexual women: An integrative systematic review

Julia Martins de Souza

Estudante na Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia, curso de Gestão em Saúde Ambiental. E-mail: jumartsouza@gmail.com

Mariana Hasse

Docente da Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina. E-mail: mhasse@ufu.br

RESUMO

Os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde, garantidos pela Lei Federal 8.080/1990 não são integralmente cumpridos na realidade dos serviços de saúde, principalmente quando se trata de populações vulneráveis. As mulheres lésbicas e bissexuais apresentam vulnerabilidades por serem mulheres e por não se enquadrarem no padrão heteronormativo e, a partir disso, têm seus direitos sexuais, reprodutivos e individuais desrespeitados no âmbito da saúde. Essa pesquisa apresenta uma revisão sistemática integrativa complementada com uma revisão documental com o objetivo de identificar quais são as principais dificuldades encontradas pelas mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde e o que tem sido feito para mudar o cenário de desigualdade. Conclui-se que as mulheres lésbicas e bissexuais têm seus direitos violados, acesso limitado aos serviços de saúde, falta de qualidade no atendimento e sofrem discriminações e violências que partem dos próprios profissionais de saúde dentro dos serviços. Além disso, mesmo com a instituição de políticas públicas como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis – LGBT e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), há pouco ou nenhum suporte governamental para mudança dessa conjuntura prática de preconceitos, violência e falta de acesso.

Palavras-chave: Mulheres lésbicas, Saúde, Política pública e Acesso.

ABSTRACT

The doctrinary principles of universality, integrality and equity of Sistema Único de Saúde (SUS) guaranteed by federal law 8.080/1990 are not completely fulfilled in the reality of health services, mostly when it refers to vulnerable people. Lesbians and bisexual women have vulnerabilities for being a woman and not fitting heteronormative pattern, based on that, they have their sexual, reproductive and individual rights breached on health context. This study is a integrative systematic review complemented with documental review. The objective was to identify through methodology process which are the main difficulties faced by lesbians and bisexual women in health services and what have been done to change inequality scenario. It concludes that lesbians and bisexual woman have their rights breached, limited access to health services, lack of quality in medical care and suffer discriminations and violence that depart from the health professionals themselves inside institutions. In addition, even with the institution of public health such as the Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis – LGBT and the Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, there is little or no governmental support to change the practical conjuncture of prejudices, violence and lack of access.

Keywords: Lesbians, Health, Public Politic; Access.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei Federal 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem entre seus princípios doutrinários a universalidade, integralidade e equidade em todas as esferas e níveis de saúde. Porém, o que se encontra na prática, muitas vezes, é o não cumprimento - ou cumprimento parcial - desses princípios, além de discriminação institucional, principalmente com populações socialmente vulneráveis (Mello et al., 2011). Isso gera situações de desigualdade no acesso e na qualidade de atendimento, o que torna a elaboração, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas que englobem tais populações extremamente necessária.

Lionço (2008) mostra que para analisar a falta de cuidados a saúde dessas populações, devem ser consideradas, além das questões epidemiológicas, as questões sociais que geram o preconceito que desencadeia as vulnerabilidades. Uma das populações mais vulneráveis atualmente são as mulheres lésbicas e bissexuais, visto que não se encaixam na identidade sexual heteronormativa e, por conta disso, sofrem discriminações e têm muito de seus direitos descumpridos (Cardoso e Ferro, 2012).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis – LGBT (2013) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (2004) são exemplos importantes da mobilização do poder público e da participação da sociedade civil para a preconização de ações e diretrizes visando melhor atender essa população, diminuindo a discriminação dentro dos serviços de saúde e garantindo melhor acesso (Brasil, 2013; Brasil, 2004).

Desenvolvida a partir de um processo que envolveu a participação social, tal como previsto na lei federal 8.142/1990 (Brasil, 1990), a Política LGBT tem como objetivo principal promover a equidade em saúde, garantindo atendimento de acordo com a necessidade de cada grupo, e redução das desigualdades, especialmente aquelas geradas por orientação sexual e questões de gênero. Por entender a discriminação a que pessoas LGBT estão expostas como uma das determinações sociais dos processos de saúde, adoecimento e cuidado que mais afeta suas vidas, apresenta um conjunto de princípios éticos e políticos que pautam o combate à homofobia, lesbofobia, transfobia e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

Já a PNAISM (2004) tem como objetivo central promover melhoria nas condições de vida, diminuir a mortalidade, morbidade e as discriminações contra as mulheres. Além disso, visa garantir atenção integral e atendimento humanizado a essa população. Apesar de não serem centrais na política, as mulheres lésbicas e bissexuais são englobadas na política com o intuito de garantir respeito aos seus direitos e acesso de qualidade aos serviços de saúde, considerando suas especificidades (Brasil, 2004).

Apesar de ambas as políticas reafirmarem o compromisso do SUS com a universalidade e a integralidade através de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular, de acordo com Mello et al. (2011), problemas ainda são encontrados na sua implementação. Falta de recursos destinada às ações estabelecidas, homofobia institucional, ausência da articulação entre os níveis de governo e a presunção da heterossexualidade são barreiras que ainda atrapalham e dificultam o acesso e a qualidade do cuidado oferecido às mulheres lésbicas e bissexuais (Mello et al., 2011).

As dificuldades ocorrem em todos os pontos de atenção à saúde - mesmo na atenção básica, porta de entrada preferencial do sistema e responsável pela coordenação do cuidado. Por atuar em uma perspectiva com base territorial, que visa garantir atenção integral e acompanhamento longitudinal, seria uma opção crucial para as ações e medidas preventivas, melhor acolhimento e atendimento horizontal e coletivo dessas mulheres (Brasil, 2011; Mendes, 2011).

Porém, mesmo sendo essencial para garantir um olhar amplo, complexo e coletivo da saúde, as mulheres lésbicas e bissexuais raramente estão presentes nesses serviços. Elas são atendidas principalmente e quase que exclusivamente em ambulatorios de referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e nas unidades de urgência e emergência, especialmente quando vivenciam situações de agressão e violência (Mello et al., 2011). Ou seja, entende-se que elas só procuram o sistema de saúde quando já apresentam algum problema ou agravo identificado.

Devido à preconceitos, construções desiguais de gênero e heteronormatividade, mulheres lésbicas e bissexuais vivenciam situações que as expõem a riscos extras, como práticas sexuais que envolvem troca de fluidos corporais, principalmente em período

menstrual e compartilhamento de materiais eróticos, uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e o não acompanhamento ou falta de cuidados médicos.

Isso ocorre principalmente porque as mulheres lésbicas e bissexuais possuem dupla vulnerabilidade por conta de fatores culturais estabelecidos, ou seja, sofrem discriminações por conta de sua orientação sexual, que difere do padrão heteronormativo e são violentadas e excluídas por serem mulheres, já que vivemos em uma sociedade machista e repressora dos direitos igualitários de gênero (Silva, 2017; Santos et al., 2014). Nesse contexto, o princípio de equidade estabelecido nas políticas públicas, e principalmente na Política Nacional LGBT (2013), é descumprido por conta do contexto cultural de preconceitos enraizado na sociedade, inclusive dentro das instituições de saúde.

Considerando que o Brasil é um país com diversas desigualdades sociais, culturais, econômicas e regionais, políticas públicas são ferramentas importantes para tentar promover igualdade e diminuir as discriminações das minorias. Porém, existem pessoas que ainda ficam invisíveis e desassistidas por essas ações por conta da sua orientação sexual e identidade de gênero, como as mulheres lésbicas e bissexuais. Por isso, faz-se necessário o monitoramento e análise das políticas que envolvem tais pessoas através de estudos e o desenvolvimento de materiais e programas para educação permanente de profissionais de saúde. Para isso, é fundamental identificar as situações de sofrimento, discriminação e dificuldades de acesso e a qualidade de serviços oferecidos a essa população e buscar entender o quanto instituições e profissionais estão preparados para atender de forma adequada mulheres lésbicas e bissexuais que buscam pelos serviços de saúde.

Assim, o objetivo principal desse trabalho foi identificar as principais dificuldades encontradas pelas mulheres lésbicas e bissexuais em serviços de saúde. O objetivo específico foi sistematizar possíveis formas de qualificação dos profissionais e serviços para o atendimento equânime a tal população, considerando suas especificidades.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Sistemática Integrativa (RSI). Essa metodologia consiste em reunir sistematicamente artigos científicos, através da busca em base de dados e critérios pré-estabelecidos. Através da RSI é possível compilar e sintetizar dados levantados por diferentes autores e que são pertinentes ao tema pesquisado. Essa revisão deve ser utilizada quando o objetivo é obter evidências científicas sobre determinado assunto ou informações que possam

corroborar e contribuir para a tomada de decisões (Marini et al. 2017; Grupo Anima Educação, 2014).

A revisão foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (Lilacs) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os descritores "homossexualidade e saúde", "LGBT e saúde" e "lésbicas e práticas sexuais", integrados de forma simples pelo operador AND. O termo "práticas sexuais" foi incluído nos descritores para contemplar especificamente e detalhadamente sexo seguro e práticas de risco, visto que sem o seu uso, os temas não são abordados ou são apresentados de forma geral. Além disso, o uso do descritor "bissexualidade" foi utilizado, mas não foram encontrados resultados, ou seja, não estão presentes nos artigos, o que mostra que a invisibilidade desse grupo também está presente no meio acadêmico. A busca também contemplou os termos integrados traduzidos para o inglês "homosexuality and health" e "lesbians and sexual practices". A seleção dos descritores considerou a variedade dos termos e conceitos destinados às mulheres lésbicas e bissexuais utilizadas no contexto brasileiro e estrangeiro.

Os critérios de inclusão foram artigos escritos nas línguas portuguesa e inglesa, publicados no período de 2003 a 2018, que apresentassem no título, resumo ou palavras-chave, ao menos uma vez, os termos "homossexualidade", "mulheres homossexuais", "LGBT" e "lésbicas" relacionados ao contexto da saúde e estivessem disponíveis para leitura na íntegra gratuitamente. O período de publicação foi escolhido porque a partir de 2003 houve a implementação da gestão participativa que inseriu a discussão oficial do tema no Estado e, além disso, contemplou datas anteriores e posteriores à elaboração e implementação das principais políticas públicas analisadas: o PNAISM (2004) e a Política Nacional LGBT (2013).

A primeira etapa de seleção foi feita através da leitura dos títulos, resumos ou palavras-chave, sendo excluídos os artigos que não apresentavam os termos pré-determinados para inclusão. A segunda aplicação de filtros gerou exclusão pela duplicidade de artigos entre as bases de dados, idiomas e períodos de publicação. Por último, realizou-se a leitura dos resumos e, se necessário, dos artigos completos, excluindo os que não se adequavam aos objetivos dessa pesquisa, apresentavam recortes para idades específicas ou fossem artigos de revisão.

Para melhor adequação aos objetivos foi necessário realizar uma análise documental (Sá-Silva et al., 2009) através da procura por materiais, documentos, pesquisas, normativas, legislação e materiais de cursos de capacitação para profissionais de saúde voltados para as especificidades das mulheres lésbicas e bissexuais. Foram pesquisados os sites do Ministério da Saúde, UNA-SUS, associações, secretarias de estados, prefeituras municipais, entre outros.

Os critérios para seleção dos documentos foram que englobassem mulheres lésbicas e bissexuais ou a população LGBT e que tivessem como foco a garantia do cuidado integral a saúde ou ao estabelecimento ou cumprimento de seus direitos com intuito de diminuir as situações de falta de acesso, discriminações, vulnerabilidades e violência. Foram incluídos políticas públicas, programas governamentais, legislações vigentes, vídeos educativos, cursos de capacitação para profissionais de saúde, boletins, pesquisas, documentos e relatórios de encontros científicos.

RESULTADOS

A partir da revisão sistemática realizada, inicialmente, foram encontrados 581 artigos, que passaram pelo processo de análise de critérios de inclusão adotados (Figura 1). A seleção resultou em 16 artigos para a revisão (Tabela 1).

Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos para revisão

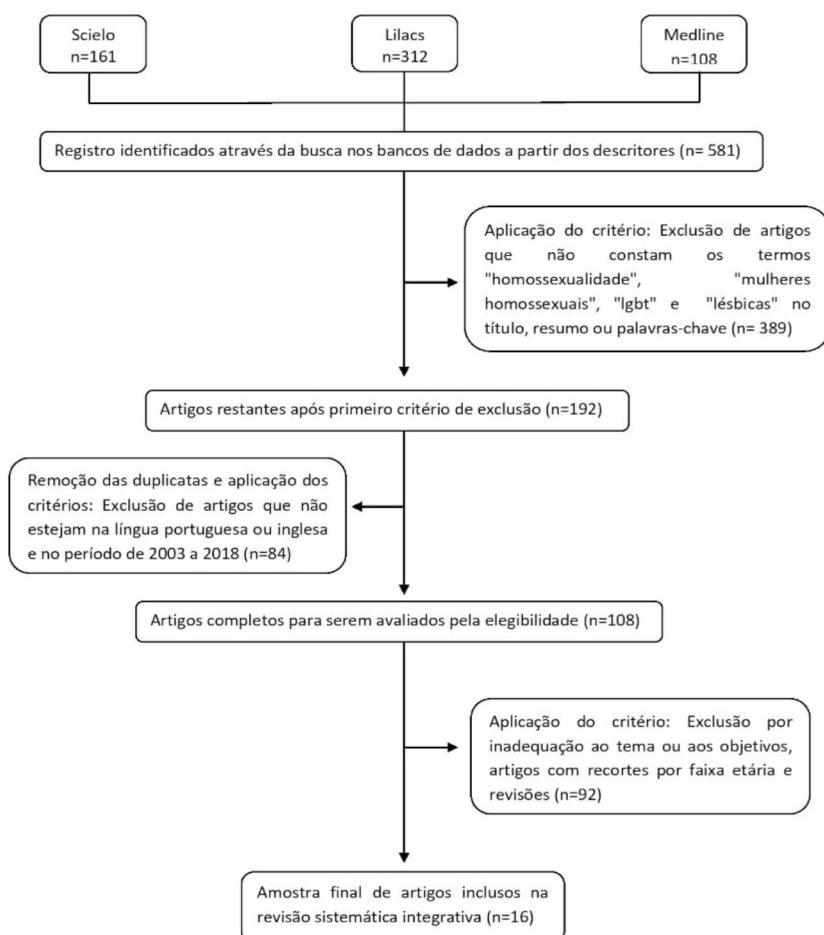


Tabela 1: Artigos encontrados a partir da revisão bibliográfica

Autor	Nome do periódico	Qualis Capes -Saúde Coletiva (quadriênio 2013-2016)
Albuquerque et al. (2018)	Revista de APS	B3
Almeida (2009)	Physis	B1
Araújo et al. (2006)	Escola Anna Nery	B1
Barbosa e Facchini (2009)	Cadernos de Saúde Pública	A2
Carvalho e Philippi (2013)	Universitas: Ciências da Saúde	B4
Carvalho et al. (2013)	Online Brazilian Journal of Nursing	B3
Corrêa (2012)	(Dissertação- Doutorado)	-
Fishman e Anderson (2003)	Journal of the association of nurses in aids care	-
Lionço (2008)	Saúde e Sociedade	B1
Marques et al. (2014)	Health Care for Women International	-
Matebeni et al. (2009)	Physis	B1
Melo (2010)	(Dissertação - Mestrado)	-
Pinto et al. (2005)	Aids	A1
Qureshi et al. (2017)	Journal of homosexuality	B1
Rufino et al. (2018)	Epidemiologia e Serviços de Saúde	B2
Santos et al. (2014)	Bagoas: Revista de Estudos Gays	B5

A partir da revisão documental, foram encontrados 16 documentos que estão listados e resumidos na Tabela 2. Todos eles foram selecionados para pesquisa a partir dos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Tabela 2: Materiais encontrados a partir da revisão documental

Nome	Tipo de material	Conteúdo
Campanha sobre saúde de mulheres lésbicas e bissexuais(Brasil, 2015)	Material expositivo	Oferece informações para sensibilizar os profissionais de saúde sobre os direitos da saúde da mulher lésbica e bissexual e oferece subsídios para acolhimento e atendimento qualificado e humanizado.
Cartilha "Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social" (Brasil, 2013)	Cartilha	Material educativo e informativo para sensibilizar gestores e profissionais de saúde para acolhimento adequado à saúde das mulheres lésbicas
Cuál es la diferencia? (United Nations Population Fund, 2012)	Vídeo educativo	Vídeo elaborado pela UNFPA em Uruguai mostrando como que diferentes abordagens médicas, considerando a orientação sexual e identidade de gênero, podem gerar diferentes diagnósticos.

Curso de capacitação - UNASUS (2015, 2016 e 2017) (disponível em http://unasus.uerj.br/cursos-em-andamento/lgbt/)	Curso de capacitação	Qualificação profissional para contribuir na sua atuação equânime e acesso integral
Curso de extensão "Formação de Multiplicadores para Implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT" (disponível em http://observlgbt.unb.br/?p=461)	Curso de extensão	Qualificar pesquisadores/as, docentes e discentes dos cursos e programas de graduação e pós-graduação da UnB para se tornarem protagonistas nas ações de implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.
"Atenção à saúde da mulher lésbica"(Brasil, 2014)	Livreto	Levantar e aprofundar conteúdo para desenvolver materiais sobre promoção e atenção à saúde integral da mulher lésbica
Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (Brasil, 2009)	Relatório crítico sobre propostas da Conferência Nacional GLBT	Orientar a construção de políticas públicas de inclusão social e combate às desigualdades
Brasil Sem Homofobia (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004)	Programa governamental	Programa de combate a violência e à discriminação contra GLTB
Projeto "Unidade Básica Amiga da Saúde LGBT" (Salvador, 2014)	Relatório de projeto	Objetivo de garantir a ampliação do acesso e assistência qualificada à população LGBT, com a capacitação dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, através da Estratégia de Educação Permanente.
Portaria nº 426, de 22 de março de 2005 (Brasil, 2005)	Ato normativo	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004)	Política pública	Implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013)	Política pública	Ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde
Pesquisa 9º Parada do Orgulho GLBT- São Paulo 2005 (Carrara et al., 2006)	Relatório de pesquisa	Objetivo principal é mapear os padrões de violência e discriminação que atingem gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais.
Resolução nº 2.013 de 16 de abril de 2013(Conselho Federal de Medicina, 2013)	Norma jurídica	Estabelece normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida
Resolução nº 2.121 de 16 de julho de 2015 (Conselho Federal de Medicina, 2014)	Norma jurídica	Atualiza as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida
Boletim do Instituto de Saúde: Vigilância de violências (Leal, 2018)	Editorial	Considerações sobre as informações relativas às violências perpetradas contra a população LGBT no município de São Paulo

A partir da leitura dos artigos selecionados e dos documentos levantados, foram identificados cinco temas prioritários relacionados às dificuldades no cuidado à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: comunicação com profissionais, invisibilidade das vulnerabilidades à IST/AIDS, sexo seguro, planejamento reprodutivo e violência sexual e estupro corretivo. Cada um deles está apresentado e discutido abaixo:

1) Comunicação com profissionais

Nessa categoria discutimos aspectos relacionados à comunicação entre profissionais de saúde e mulheres lésbicas e bissexuais, tanto no que se refere às dificuldades encontradas por elas, quanto às diretrizes existentes e possibilidades de melhoria.

De acordo com Rufino (2018), Marques et al. (2014) e Barbosa e Facchini (2009), os serviços de saúde podem ser discriminatórios com mulheres lésbicas e bissexuais em decorrência da presunção da heterossexualidade das usuárias pelos profissionais. Isso decorre tanto de sua falta de qualificação quanto de preconceitos que ocasionam uma menor procura ou menor acesso das mulheres lésbicas e bissexuais a esses serviços.

A partir da concepção de alguns profissionais de saúde, a homossexualidade feminina é vista como algo anormal, errado e que contradiz os aspectos naturais da vida e isso pode ser explicado principalmente pelas suas crenças culturais e religiosas. Muitos deles apresentam atitudes de rejeição e preconceitos em relação as mulheres lésbicas e bissexuais, além de acreditarem ser um fenômeno punitivo contra as famílias e contra elas mesmas por algum pecado que tenham cometido. Esse contexto faz com que essas mulheres não sejam atendidas adequadamente e se sintam excluídas e rejeitadas pelos serviços de saúde (Melo, 2010).

Os relatos dessas mulheres sobre suas experiências em serviços de saúde, especialmente em atendimentos com médicos ginecologistas, mostram que a primeira consulta remete sempre a perguntas voltadas para o uso de contraceptivos ou questões sobre possibilidade de maternidade e início da vida sexual, presumindo que elas têm relações heterossexuais. Por isso, mulheres que nunca tiveram relações sexuais com homens ou tiveram poucas, acabam por acessar menos os cuidados ou tratamentos ginecológicos, já que as consultas são difíceis, geram desconforto e medo de discriminação (Barbosa e Facchini, 2009).

Araújo et al. (2006) e Carvalho et al. (2013) enfatizam que, durante consultas ginecológicas, grande parte das mulheres lésbicas e bissexuais não se sentem confortáveis para expor sua orientação sexual, seja por não existir abertura, por medo de julgamento e preconceito e/ou por conta das percepções limitadas ao contexto biológico pelo profissional de saúde. Tais limitações podem gerar prescrições e diagnósticos descontextualizados que terão pouco ou nenhum efeito para garantir saúde e qualidade de vida para as pacientes.

Quando a vivência da homossexualidade é relatada pelas usuárias, usualmente há uma mudança de comportamento dos profissionais que passam dos discursos normativos a uma falta de capacidade para orientação apropriada, falas preconceituosas e ausência de condutas adequadas (Qureshi et al., 2017; Marques et al., 2014; Barbosa e Facchini, 2009).

Barbosa e Facchini (2009) afirmam por exemplo, que em relação a IST/AIDS, muitas mulheres lésbicas e bissexuais revelam que, mesmo quando apresentaram algum relato referente a essas doenças, não tiveram acesso a informações suficientes, especialmente sobre prevenção quando mantiveram relações sexuais com mulheres.

Esse dado relaciona-se à falta de conhecimento e capacidade dos profissionais de saúde de orientar sobre relações sexuais homossexuais e bissexuais, seja porque não consideram que esses vínculos existam, seja por não considerarem que possam gerar situações de risco, transmissão de doenças e mesmo a necessidade de realização de exames preventivos. É uma situação que pode ser observada no estudo de Melo (2010) que afirma que alguns profissionais de saúde que não acreditam que relações sexuais homoafetivas entre mulheres possam colocá-las em risco de infecção pelas IST/AIDS porque “*não há penetração*”.

Esses problemas também são relatados em outras pesquisas (Carvalho e Philippi, 2013), que afirmam que as principais queixas de usuários da população LGBT relacionadas aos serviços de saúde se referem a atendimentos ginecológicos discriminatórios, falta de capacitação dos profissionais e espanto ao saber da homossexualidade.

Os princípios e diretrizes preconizados nos documentos analisados englobam a universalidade, integralidade, garantia de direitos das mulheres lésbicas e bissexuais a serviços de qualidade, igualdade de gênero, capacitação de profissionais de saúde para atendimento e cuidado adequado e combate a violência e discriminação institucional (Brasil, 2014; Brasil, 2013; Brasil, 2009; Brasil, 2004). Os materiais também mostram que, para o cuidado integral das mulheres lésbicas e bissexuais, é essencial a qualificação profissional ao

longo de sua formação visando garantir um atendimento bom e humanizado, a partir do estabelecimento de vínculo (Brasil 2015; Brasil, 2013).

Porém, como os artigos analisados mostram, a prática dos serviços de saúde é muitas vezes contraditória a esses princípios e diretrizes, apresentando um cenário de exclusão, preconceitos e violência institucional perpetrada pelos profissionais de saúde, que desconsideram as especificidades das mulheres lésbicas e bissexuais (Brasil, 2015; Salvador, 2014; Brasil, 2013).

Dentre os materiais de apoio encontrados, o vídeo "Cual és la diferencia" (United NationsPopulationFund, 2012) mostra-se bastante relevante para a qualificação profissional, especialmente no que se refere a capacidade de comunicação. Ele apresenta diferentes possibilidades de comunicação em consultas médicas com usuários LGBT. As primeiras cenas sempre apresentam situações inadequadas, que geram desconforto aos usuários, demonstram o despreparo dos profissionais, inadequações de orientações e invisibilidade de vulnerabilidades. Posteriormente, as cenas são reapresentadas de uma forma adequada para garantir equidade e integralidade, ou seja, melhores acolhimentos, abertura para o diálogo, confiabilidade, segurança e vínculo, mostrando que uma boa comunicação é fundamental para garantir melhores diagnóstico, tratamento e orientações efetivas ao cuidado.

Além do vídeo, o projeto realizado em Salvador “Unidade Básica Amiga da Saúde LGBT”, que se propôs a realizar ações de identificação dos principais problemas de barreira de acesso e atenção não qualificada, implementa medidas que envolvem a capacitação de profissionais através de Educação Permanente em diversas etapas para mudar o contexto de violência, inacessibilidade e qualidade da atenção (Salvador, 2014). Para isso, desenvolvem rodas de conversa nas unidades sobre diversidade sexual e de gênero, nome social e acolhimento adequado, além de realizar a capacitação das equipes para garantir atendimento integrado e romper crenças e preconceitos estabelecidos pelos profissionais de saúde.

2) Invisibilidade das vulnerabilidades à IST/AIDS

Nessa categoria são apresentados e discutidos aspectos relacionados às vulnerabilidades das mulheres lésbicas e bissexuais, especialmente à IST/AIDS, bem como um breve histórico e panorama atual sobre a invisibilidade dessa questão entre profissionais de saúde.

A invisibilidade das vulnerabilidades da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais está representada pela carência na realização de exames ginecológicos de rotina para prevenção dos cânceres de mama e colo de útero, além da falta de percepção de risco nas relações homoafetivas para contração de doenças como HPV, AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis (Araújo et al., 2006).

As mulheres lésbicas e bissexuais apresentam riscos a contração de doenças que não são, em sua maioria, identificados nas consultas ginecológicas, impedindo o acesso integral a saúde e prevenção de doenças. Mesmo após a epidemia da AIDS, as relações homossexuais femininas foram, durante muitos anos, desconsideradas dos grupos de risco para contração do HIV e categorizadas como imunes à doença. Porém, a partir da identificação de alguns casos soropositivos em mulheres que mantinham relações estritamente com mulheres, foram desenvolvidas pesquisas que possibilitaram o entendimento de que essas mulheres também apresentavam vulnerabilidades e especificidades em relação a contração de IST (Almeida, 2009).

Os primeiros argumentos para enquadrar as mulheres lésbicas como vulneráveis às IST foi por possuírem um órgão sexual feminino, ou seja, por serem iguais a mulheres heterossexuais e, por isso, estarem expostas aos mesmos riscos. Porém, essa justificativa não foi aceita, pois para muitos profissionais de saúde, mulheres homossexuais são descaracterizadas como mulheres por não terem relações sexuais com homens e acabam desacolhidas pelo protocolo de exames rotineiros (Almeida, 2009).

Foi a identificação de comportamentos e práticas nas relações homossexuais femininas que explicou a vulnerabilidade das lésbicas em relação a IST/AIDS, visto que essas mantinham contato com fluidos corporais umas das outras, como secreções, sangue menstrual, lubrificantes, além do uso compartilhado de acessórios sem preservativo, esfoladuras durante o ato sexual e a prática de sexo oral (Almeida, 2009).

Destaca-se dentre as IST, o HPV, vírus precursor de câncer de colo de útero, além de vaginoses bacterianas, comumente presente em mulheres lésbicas e que podem estabelecer uma ponte de oportunidade para possíveis infecções e doenças sexualmente transmissíveis (Almeida, 2009).

Apesar dos dados sobre as especificidades e consequentes vulnerabilidades das mulheres lésbicas, a realidade dentro dos serviços de saúde são completamente excludentes e

ainda prevalece a visão de que essas apresentam riscos mínimos à IST em decorrência de suas práticas sexuais. Por isso, muitas vezes exames rotineiros para detecção e prevenção de doenças, como o Papanicolau, não são realizados (Rufino, 2018; Melo, 2010).

As pesquisas de Melo (2010) e Carvalho et al. (2013) mostram que muitos profissionais ainda relacionam a possibilidade de contração de doenças sexualmente transmissíveis ao sexo com homens e que, por isso as mulheres homossexuais estariam protegidas. Seguindo essa linha de pensamento, tais profissionais acreditam que mulheres bissexuais apresentariam um risco maior, visto que mantêm relações sexuais com homens e, portanto, a única forma de expor mulheres lésbicas a riscos é se essas mantiverem relações com mulheres bissexuais.

Outro ponto importante na percepção dos profissionais de saúde e tido como fator de proteção por eles, seria que mulheres lésbicas seriam mais fiéis em suas relações amorosas. Essa crença gera um contrassenso já que, quando alguma IST é diagnosticada, cria-se uma ideia de que a usuária, ou sua parceira, estão sendo infiéis (Melo, 2010).

É importante ressaltar que mesmo aqueles profissionais de saúde que entendem que o sexo entre mulheres tem riscos no que se refere à contração de IST, desconhecem as formas de proteção e prevenção para orientação adequada das usuárias (Melo, 2010).

Nos documentos analisados, foram raros aqueles que abordaram a vulnerabilidade das mulheres lésbicas e bissexuais às IST. Os que discutem tal questão, mostram a importância de fazer exames preventivos, afirmam que as práticas sexuais entre mulheres lésbicas e bissexuais as expõe a certos riscos e enfatizam que, por isso, os profissionais de saúde devem estar aptos e preparados para o diálogo e orientação sobre as situações que tornam essas mulheres vulneráveis. Apesar dessas recomendações, tais documentos não deixam claro como os profissionais podem ser capacitados ou como adequar os cuidados e orientações para proteger as mulheres de tais vulnerabilidades (Brasil, 2014; Brasil, 2013).

A implementação de condições para realizar estudos sobre os indicadores de saúde da população LGBT está prevista no Programa Brasil Sem Homofobia e seria de extrema importância para determinar as reais demandas em saúde de acordo com suas vulnerabilidades (Brasil, 2004). Apesar de constar no programa desde 2004, ainda existe no Brasil uma escassez de estudos e pesquisas sobre as necessidades, riscos e carências das mulheres lésbicas e bissexuais, principal barreira para a identificação das demandas específicas em

saúde. Segundo Barbosa e Koyama (2006) a maioria dos estudos encontrados sobre o tema são estrangeiros e, ainda assim, não conseguem constatar, em sua totalidade, essas vulnerabilidades.

3) *Sexo seguro*

Esse tema abrange as percepções das próprias mulheres lésbicas e bissexuais e dos profissionais de saúde em relação as práticas preventivas e sexo seguro, quais as medidas disponíveis e se essas mulheres conseguem acessá-las.

A partir da revisão realizada, percebe-se que, principalmente no Brasil, as práticas sexuais das mulheres lésbicas e bissexuais não são muito discutidas na literatura, tampouco as formas de proteção, barreiras e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis para garantir sexo seguro entre essas mulheres. Foram encontrados alguns estudos estrangeiros (Matebeni et al., 2009; Pinto et al., 2005; Fishman e Anderson, 2003) e brasileiros (Rufino et al., 2018; Carvalho et al., 2013; Almeida, 2009) que analisaram a percepção de práticas sexuais seguras pelas mulheres lésbicas, porém não discutiram possibilidades de barreiras, sua adequação e efetividade.

Fishman e Anderson (2003) acreditam que isso ocorra porque, como mulheres lésbicas ainda se caracterizam – entre elas mesmas e entre profissionais de saúde -como um grupo de risco baixo para a contração de IST, a procura por práticas sexuais mais seguras são mínimas e os benefícios, pouco percebidos.

Pesquisas brasileiras mostram que o uso de preservativos ou outras barreiras de proteção na prática do sexo oral entre mulheres, raramente acontece (Rufino et al., 2018; Pinto et al., 2005). Isso ocorre porque elas não vêem necessidade do uso, não sabem que devem utilizar proteção ou tem confiança em suas parceiras.

Já o estudo de Matebeni et al. (2009), realizado na África do sul, mostra que, quando praticam sexo seguro, a maior parte das mulheres lésbicas utilizam camisinha e/ou barreira dental, que são materiais de látex adaptados da camisinha ou de produtos odontológicos. Da mesma forma que as mulheres brasileiras, as africanas que praticam relações sexuais sem proteção, explicam-na pelo desconhecimento de locais para obter as informações necessárias, desacreditam que podem ser infectadas ou porque possuem confiança na parceira.

Além disso, algumas mulheres entrevistadas acreditam não existir recursos para o sexo seguro entre lésbicas, sendo necessário o improvisado nas relações sexuais. As opções disponíveis para a proteção sexual acabam sendo inviáveis, visto que não são atraentes, estragam o momento, seu uso é dificultado e, apesar de serem eficazes do ponto de vista clínico, ou seja, são funcionais como barreira sexual, não foram desenvolvidas para a realidade dessas mulheres (Matebeni et al., 2009).

De fato, diversos artigos revisados (Rufino et al., 2018; Carvalho et al., 2013; Almeida, 2009; Pinto et al., 2005; Fishman e Anderson, 2003) apontam que os profissionais de saúde estão despreparados para orientar sobre sexo seguro entre mulheres, seja por não considerarem que suas práticas sexuais apresentam riscos, seja por não conhecerem estratégias viáveis, ou mesmo por sentirem-se desconfortáveis em abordar esse tema.

No estudo de Fishman e Anderson (2003), 85% das mulheres entrevistadas relataram que os profissionais de saúde que as atenderam sabiam sobre sua orientação sexual, porém apenas 15% discutiram práticas de sexo seguro. A principal forma de obtenção de informações sobre relações sexuais seguras pelas mulheres lésbicas acaba sendo a mídia, workshops, amigos ou as próprias parceiras. Apenas 6% delas receberam essas informações através de serviços de saúde (Rufino et al., 2018; Fishman e Anderson, 2003).

Pela diversidade de práticas sexuais entre mulheres lésbicas, a orientação do uso de camisinha mostra-se insuficiente. Houve tentativas de oferta pelo Ministério da Saúde de kits de materiais preventivos, adaptados de materiais já existentes, como plástico utilizado na cozinha, luvas cirúrgicas e películas de látex odontológicas. Mas o problema não foi solucionado já que inserir esses objetos em relações sexuais, muitas vezes é inviável e nada romântico. Além disso, como são materiais grandes, havia dificuldade no transporte e ocultação, se fosse necessário esconder de amigos e familiares (Carvalho et al., 2013; Almeida, 2009).

Os documentos analisados discutem a importância das práticas sexuais seguras entre mulheres (Brasil, 2013), garantem que o Programa DST/Aids realize campanhas sobre sexo seguro para essa população (Brasil, 2009), apresentam quais são as práticas sexuais que colocam as mulheres lésbicas e bissexuais em risco e enfatizam a necessidade de estratégias para mudança dessas práticas (Brasil, 2014). Porém, nenhum deles discute práticas seguras viáveis e eficientes.

As mulheres lésbicas e bissexuais identificam a necessidade do desenvolvimento de materiais mais adequados às suas práticas sexuais e construídos a partir da discussão sobre as especificidades da sexualidade para que sejam efetivos, tanto na prevenção de doenças, quanto na adequação deles à realidade, tornando seu uso viável (Almeida, 2009).

4) *Planejamento reprodutivo*

Como já dito, nessa pesquisa foram encontrados poucos artigos científicos e documentos sobre mulheres lésbicas e bissexuais e quando a análise se voltou para o tema de planejamento reprodutivo, as informações ficaram ainda mais escassas. Nessa categoria discutimos a perspectiva das mulheres lésbicas em relação ao planejamento reprodutivo, quais são as possibilidades existentes e como os serviços de saúde atuam nesse sentido. Além disso, as políticas públicas e legislação vigente foram consultadas para identificar os direitos garantidos à essa população no que se refere a essa questão.

No estudo de Melo (2010), profissionais de saúde de uma unidade com Estratégia de Saúde da Família foram entrevistados e questionados sobre os programas e as ações voltadas para o planejamento familiar entre mulheres lésbicas. Inicialmente, o estudo pretendia analisar a assistência voltada para mulheres lésbicas e bissexuais, porém, percebeu-se que visão dos profissionais e suas ações estão voltadas exclusivamente para mulheres heterossexuais e se restringiam basicamente à entrega e orientação sobre uso de pílulas anticoncepcionais e contraceptivos injetáveis.

Durante o planejamento familiar, os profissionais entrevistados já predizem orientações para mulheres heterossexuais, excluindo relações homoafetivas e a possibilidade desses casais desejarem se reproduzir. Um dos entrevistados relata que, mesmo existindo tecnologias para reprodução entre mulheres lésbicas e a possibilidade de adoção, o preconceito é um grande impasse para garantir o acesso a maternidade entre mulheres lésbicas (Melo, 2010).

De acordo com Lionço (2008) e Albuquerque et al. (2018), a Estratégia de Saúde da Família, principal forma de acesso aos serviços de saúde, requer conscientização dos profissionais sobre as diversas possibilidades da composição familiar para evitar a naturalização das formações heterossexuais e a exclusão das relações homoafetivas. Porém, como foi visto no estudo de Melo (2010) e Albuquerque et al. (2018), esses profissionais pensam e desenvolvem ações quase que exclusivas para as mulheres e casais heterossexuais

com abordagens contraceptivas voltadas para esse público, descartando as demais orientações sexuais.

A pesquisa de Corrêa (2012) constatou através de entrevistas com mulheres lésbicas que muitas acreditavam que, ao assumir sua homossexualidade estavam, automaticamente, abrindo mão da possibilidade da maternidade. Elas afirmam que essa crença era compartilhada pelos seus familiares e que foi através de informações, geralmente veiculadas pela mídia, que mudaram de ideia e desvincularam sua orientação sexual da impossibilidade da maternidade. A partir disso, pode concluir-se que aquelas mulheres lésbicas que desconhecem essas informações, podem acabar descartando a possibilidade da maternidade e ter acesso restrito aos seus direitos.

A possibilidade de maternidade para as mulheres lésbicas e bissexuais se dá, principalmente, através do processo de adoção, ajuda de amigos ou familiares que se disponibilizam para relações sexuais que tem a gestação como intuito exclusivo, inseminação caseira, procura por clínicas de reprodução assistida e bancos de espermatozoides para a inseminação artificial ou fertilização *in vitro*. A técnica escolhida depende de diversos fatores como o desejo do casal de passar pelo processo de gestação e parto, questões biológicas, condições financeiras e sociais e mesmo da disponibilidade de ter relações heterossexuais para fins reprodutivos (Corrêa, 2012).

A prática da inseminação caseira se caracteriza por ocorrer fora das instituições de saúde e consiste no controle do ciclo menstrual para identificar o período fértil e, através de uma seringa, inserir sêmen no corpo da mulher que deseja engravidar. O sêmen pode ser doado por conhecidos, amigos ou familiares que estiverem de acordo em participar desse processo, ou através da compra em sites clandestinos (Corrêa, 2012).

As desvantagens de práticas como a inseminação caseira e as relações heterossexuais com fim de reprodução são a possibilidade de contração de doenças e dificuldades de abrangência legislativa, visto que as leis brasileiras garantem direitos apenas para os genitores biológicos, ou seja, a mãe não-biológica acaba em desvantagem. Situações como essa são relatadas por uma das entrevistadas, que afirma que nas questões legais do processo de geração de seu filho sua participação era completamente descartada, mesmo que a maternidade tenha sido uma escolha dela e de sua parceira (Corrêa, 2012).

Como são poucos os hospitais públicos brasileiros que realizam e ofertam serviços de reprodução assistida, muitos ainda restringem o tratamento para casais heterossexuais e exigem documentos comprobatórios da união. Esse processo faz com que as mulheres lésbicas e bissexuais tenham que procurar serviços e clínicas privadas para realizar os procedimentos e isso gera uma restrição de acesso, principalmente econômico. Além do que, muitas mulheres lésbicas relataram sofrer preconceitos durante as consultas médicas e até a recusa para realização dos procedimentos por conta de crenças homofóbicas dos profissionais (Corrêa, 2012).

Além das dificuldades do processo de reprodução entre essas mulheres, o preconceito social e institucional ainda ocorre quando o filho nasce. Os custos para garantir os direitos legais para a criança que possui dupla maternidade são altos, desgastantes e ainda podem ser negados, além de possíveis situações de discriminação na escola e outros ambientes de socialização (Corrêa, 2012).

No âmbito de políticas públicas, resoluções e ações voltadas para garantir os direitos das mulheres lésbicas e bissexuais ao planejamento reprodutivo, especificamente aos processos de reprodução assistida, há diversas demandas e carências, com uma pequena melhora nos últimos anos.

A Portaria nº 426/GM de 22 de março de 2005 que instituiu, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana assistida, não contempla as relações homoafetivas, sendo considerados apenas casais heterossexuais inférteis (Brasil, 2005).

Somente a resolução nº 2.013/2013 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que determina as normas éticas para a utilização da reprodução assistida, incluiu o direito da realização dessas técnicas pelos casais homoafetivos inférteis (Conselho Federal de Medicina, 2013). Essa resolução foi revogada em 2015 pela resolução nº 2.168/2015 também do CFM, que garante o direito do uso das técnicas de reprodução assistida mesmo quando não há infertilidade comprovada, mantendo o acesso a casais homoafetivos e estabelecendo o direito da gestação compartilhada para união homoafetiva feminina (Conselho Federal de Medicina, 2015).

5) *Violências e estupro corretivo*

Nessa categoria buscamos identificar, mensurar e caracterizar os tipos de violência contra mulheres lésbicas e bissexuais e quais amparos legais estão disponíveis para elas. A partir da revisão realizada, foi possível constatar que a violência contra mulheres lésbicas e bissexuais também é raramente abordada. Foram encontradas informações sobre a população LGBT de uma maneira geral, sendo que poucos dados são específicos sobre essas mulheres. Por conta disso, as especificidades desses grupos são ignoradas ou mescladas a outros tipos de violência.

Santos et al. (2014) analisaram a aplicação da Lei Maria da Penha para mulheres lésbicas e bissexuais. A Lei Maria da Penha extrapola a punição e caracterização apenas da violência sexual e física, englobando também a violência psicológica, moral e patrimonial.

Destaca-se na violência sexual, o estupro corretivo, que consiste no estupro realizado por um ou vários homens, normalmente membros da família, que acreditam que poderão “corrigir” a homossexualidade das mulheres (Silva, 2017; Santos et. al, 2014). Esse tipo de violência também pode ocorrer em cultos religiosos que, através de um ritual, crêem que essas mulheres estarão curadas (Santos et al., 2014).

O estupro corretivo é possivelmente um dado subnotificado, mais do que qualquer outra violência contra mulheres lésbicas e bissexuais, devido às dificuldades e barreiras de denúncia como dependência econômica e emocional, por se tratar de agressores próximos e culpabilização das vítimas (Santos et al., 2014).

Apesar do reconhecimento das relações homoafetivas, lesbofobia e caracterização da agressão e violência contra a mulher independente de sua orientação sexual, as campanhas oficiais da Lei Maria da Penha estão quase sempre voltadas para a violência conjugal heterossexual. Isso gera a falta de conhecimento da disponibilidade desse suporte pelas mulheres, sendo necessária a articulação dos movimentos feministas e das campanhas de publicidade para conscientizar sobre as possibilidades que ela oferece para combater a lesbofobia e sobre os direitos das mulheres lésbicas e bissexuais de ter uma vida sem violência (Santos et al., 2014).

Ademais, de acordo com Silva (2017) é necessário que o Estado se posicione contra a cultura atual de violência e lesbofobia e garanta punição dos agressores, estabelecendo uma

legislação específica para os casos de estupro corretivo para garantir os direitos e respaldo jurídico para as mulheres lésbicas e bissexuais. A sociedade também deve fazer parte desse processo, visto que não devem tolerar esse tipo de violência e devem impedir coletivamente que os agressores continuem agindo (Silva, 2017).

De acordo com Leal et al. (2018), a partir da pesquisa de dados de violência contra a população LGBT no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), constatou-se que a porcentagem de casos de violência contra homossexuais e a homofobia como motivação da violência foram baixas - 1,76% e 0,33%, respectivamente. Porém, sabe-se que esses dados não retratam a realidade, visto que o número de preenchimentos no campo "ignorado" (36,56%) ou "em branco" (0,06%), quando somados, correspondem a porcentagens muito significativas. Além disso, quando analisados os dados integrados, esses valores não se equivalem. Isso pode mostrar o despreparo dos profissionais para preencher as notificações, tanto por confusão nos conceitos de orientação sexual, quanto pelo próprio processo de preenchimento, gerando um cenário de subnotificação.

Nos documentos revisados, o material publicado sobre a pesquisa "Política, Direito, Violência e Homossexualidade em Paradas do Orgulho LGBT", com dados coletados durante a Parada de Orgulho LGBT em São Paulo de 2005 mostra que 72,1% dos entrevistados já vivenciaram discriminações e 65,7% sofreram agressões por conta da sua sexualidade. Os principais locais em que essas discriminações ocorreram foram entre amigos e vizinhos (34%), na escola ou faculdade (32,6%) e ambiente familiar (24,8%) (Carrara et al. 2006).

Essa pesquisa mostrou a relação dos locais em que ocorreram as discriminações de acordo com a orientação sexual dos entrevistados, sendo que 32,9% das mulheres homossexuais sofreram discriminações entre amigos e vizinhos, comparado com 19,1% das mulheres bissexuais. Já nas escolas ou faculdades, seja por professores ou colegas, esse cenário se inverte, ou seja, as mulheres bissexuais (26,1%) sofrem mais discriminações do que as mulheres lésbicas (22,7%). Esses dados podem refletir preconceitos de acordo com os estereótipos de gênero relacionados à homossexualidade (mulheres masculinizadas) ou porque a bissexualidade é dividida com os colegas de classe mais do que com outras pessoas (Carrara et al., 2006).

De acordo com Carrara et al. (2006), as discriminações que ocorrem no ambiente familiar são relatadas mais frequentemente por mulheres lésbicas (30,4%), o que mostra um

caráter silencioso da violência contra essas mulheres, mostrando que elas não são menos vítimas da homofobia que os homens, mas que a visibilidade desses abusos é menor por ocorrer em um contexto privado.

As mulheres lésbicas e bissexuais são as que mais relatam agressões dentro de casa (27,4% e 22,2% respectivamente), o que mostra que a violência doméstica e familiar é mais comum entre elas. Essas agressões que envolvem pessoas próximas, ou seja, familiares ou parceiros, são muito significativas para as vítimas, visto que aparecem em destaque na pesquisa como autores das agressões mais graves ou mais significativas. Além disso, as agressões verbais ou ameaças de agressões são relatos muito comuns da homossexualidade. Essas ofensas fazem parte das vivências das mulheres lésbicas (51,7%) e bissexuais (40,4%), mesmo que elas tenham sido os grupos com menos relatos (Carrara et al., 2006).

Além dos dados sobre relatos de violência, a pesquisa buscou identificar se os entrevistados denunciaram as discriminações. O resultado foi que 40,3% dos entrevistados não relataram a agressão. Os amigos (41,6%), familiares (15,6%) e polícia, delegacia ou disque 190 (13,7%) são aqueles que foram mais frequentemente avisados da agressão. Isso mostra que, oficialmente, as denúncias e dados sobre homofobia são baixos quando comparados com a alta incidência de violência. A partir desses dados, não foi possível caracterizar o perfil de relatos específicos das mulheres lésbicas e bissexuais, visto que foi uma informação geral de todos os entrevistados (Carrara et al., 2006).

O Programa Brasil sem Homofobia (Brasil, 2004) preconiza diretrizes e ações para diminuir e acabar com a homofobia no país, garantindo para a população LGBT direitos à segurança, trabalho, educação, saúde e cultura e afirma o exercício da cidadania dessa população. Porém, a partir dos resultados das pesquisas, é possível perceber que mesmo com a instituição do programa, a realidade mensurada e constatada pelos entrevistados ao longo dos anos (2006 e 2018) não melhorou o cenário de violência e discriminações, ou seja, as mulheres lésbicas e bissexuais ainda têm seus direitos violados e sofrem preconceitos mesmo com a preconização de programas e políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise bibliográfica e documental, conclui-se que apesar do estabelecimento de políticas públicas e diversas mobilizações governamentais e sociais visando mudanças no cenário de vulnerabilidades e violência a que mulheres lésbicas e bissexuais estão expostas, na prática, ainda encontramos um contexto repleto de lesbofobia, discriminações institucionais, descumprimento de direitos e falta de cuidado e assistência à saúde dessas mulheres.

Ainda que existam poucos estudos sobre o tema, todos eles apresentam um caráter expositivo, ou seja, apontam os diversos problemas que são encontrados no cotidiano das mulheres lésbicas e bissexuais, porém não estabelecem propostas de intervenções, materiais ou medidas que modifiquem esse cenário. Isso não descarta a necessidade da elaboração de mais pesquisas na área.

Existem poucos estudos que analisam especificamente serviços de atenção básica e sua eficiência na garantia de acesso e qualidade de atendimento às mulheres lésbicas e bissexuais. Quando existem, mostram que não consegue garantir atenção integral para essas mulheres já que o que se encontra é uma atenção fragmentada, desorganizada e desigual, que conta com profissionais que diagnosticam e atendem com olhar individual, biológico, restritivo e que, exclui e discrimina a partir de suas crenças sociais e religiosas (Melo, 2010; Assis, 2003).

Entretanto, mesmo com a proposta de desenvolvimento do material, os desafios na reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS sob a perspectiva de superação do preconceito e da discriminação requer, de cada sujeito, dos coletivos sociais e das instituições, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças, o que ainda se constitui uma lacuna.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A.; BELÉM, G. M.; NUNES, J. F. C.; LEITE, M. F.; QUIRINO, G. S. Planejamento reprodutivo em casais homossexuais na estratégia da saúde da família. *Revista APS*, v.21, n. 1, p. 104-111, jan./mar. 2018.

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, p. 301-331, 2009.

ARAÚJO, M. A. L.; GALVÃO, M. T. G.; SARAIVA, M. M. M.; ALBUQUERQUE, A. D. Relação usuário-profissional de saúde: Experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. *Esc Anna Nery R Enferm*, v.10, n. 2, p. 323-327, ago. 2006.

ASSIS, M.M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n.3, p. 815-823, 2003.

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

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

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF, 8 p., 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, DF, 3 p., 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz Bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil. Brasília: Ministério da saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 426, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa. Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social. Brasília: Ministério da saúde, 32 p., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília : Ministério da Saúde, 32 p., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para Mulheres. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Brasília: Ministério da saúde, 123 p., 2014.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Brasília, 45 p., 2009.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.32 n.3,p. 552-563, 2012.-

CARRARA, S.; RAMOS, S.; SIMÕES, J.A.; FACCHINNI, R. Política, Direitos, Violência e Homossexualidade. Pesquisa 9º Parada do Orgulho GLBT- São Paulo 2005. São Paulo: CEPESC, 2006.

CARVALHO, L. S.; PHILIPPI, M. M. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 11, n. 2, p. 83-92, jul./dez. 2013.

CARVALHO, P.M.G.; NÓBREGA, B. S. M.; RODRIGUES, J. L.; ALMEIDA, R. O.; ABDALLA, F. T. M.; NICHIIATA, L. Y. I. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis por mulheres homossexuais e bissexuais: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v.12, n. 4, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.013 de 16 de abril de 2013. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, anexas à presente resolução, como dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos. Brasília, DF, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.121 de 16 de julho de 2015. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros. Brasília, DF, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CORRÊA, M. E. C. Duas mães? Mulheres lésbicas na maternidade. 2012. 218f. Dissertação (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FISHMAN S. J.; ANDERSON E. H. Perception of HIV and safer sexual behaviors among lesbians. *Journal of the association of nurses in aids care*, v. 14, n. 6, p. 48-55, November/December 2003.

GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO. Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação; 2014.

LEAL, C. H. S; SCALCO, M. L. A.; NUNES, R. P. D.; CONSORTI, E. R.; KITAGAWA, B. Y. Vigilância de violências: considerações sobre as informações relativas às violências perpetradas contra a população LGBT no município de São Paulo. *Boletim do Instituto de Saúde*, v.19, n.2, p. 55-61, dez. 2018.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. *Saúde Soc. São Paulo*, v.17, n.2, p.11-21, 2008.

MARINI, B. P. R.; LOURENÇO, M. C.; BARBA, P. C. S. D. Revisão Sistemática Integrativa da literatura sobre modelos e práticas de intervenção precoce no Brasil. *Rev Paul Pediatr*. v. 35, n. 4, p. 456-463, 2017.

MARQUES, A. M.; NOGUEIRA, C.; DE OLIVEIRA, J. M. Lesbians on Medical Encounters: Tales of Heteronormativity, Deception, and Expectations. *Health Care for Women International*, v. 36, n. 9, p. 988–1006, 2014.

MATEBENI, Z.; CAMARGO, T. M. C. R.; CAMARGO JR, K. R.; DIAS, L. F. AllSexedUp: a resposta de mulheres lésbicas negras jovens ao sexo (mais) seguro em Johannesburg, África do Sul. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 333-348, 2009.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A.; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n.9, p.7-28, dez. 2011.

MELO, A. P. L. "Mulher mulher" e "outras Mulheres": gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. 2010. 151f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p., 2011.

PINTO, V. M.; TANCREDI, M. V.; TANCREDI NETO, A.; BUCHALLA, C. M. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS*, v. 19, p. 64-69, 2005.

QURESHI, R. I.; ZHA, P.; KIM, S.; HINDIN, P.; NAQVI, Z.; HOLLY, C.; RITCH, W. Health Care Needs and Care Utilization Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations in New Jersey. *Journal of Homosexuality*, v. 65, n. 2, p. 167–180, 2017.

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A.; TRINIDAD, A.; SANTOS, R.; FREITAS, I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, v. 27, n.4, 2018.

SALVADOR. Secretaria Municipal da Saúde de Salvador. Unidade Básica Amiga da Saúde LGBT. Salvador: Secretaria da saúde, 36p., 2014.

SANTOS, T. N.; ARAUJO, B. P.; RABELLO, L. R. Percepções de lésbicas e não-lésbicas sobre a possibilidade de aplicação da Lei Maria da Penha em casos de lesbofobia intrafamiliar e doméstica. *Bagoas*, Universidade Federal Rio Grande do Norte, n. 11, p.101-119, 2014.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, p. 1-15, 2009.

SILVA, E. A. S. O estupro corretivo, dupla vulnerabilidade das mulheres LBT's e a urgência de tipificação legal. 2017. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Direito, Caruaru, 2017.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A.M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia*, v. 8, n.3, p. 515-523, 2003.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. Cuál es la diferencia? UNFPA enUruguay. 2012. Disponível em: <<https://uruguay.unfpa.org/es/video/%C2%BFcu%C3%A1l-es-la-diferencia-0>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

ANEXO 1- NORMAS DO PERÍODICO



Submissões online

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matérias inéditas de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;
- f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;
- g) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área, definidos pelo Conselho Editorial;
- h) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse definidos pelo Conselho Editorial; e
- i) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares:

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todo texto enviado para publicação é submetido a uma pré-avaliação, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, é encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores), cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores. O material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores e neles deverá constar a informação de que o texto foi publicado anteriormente na revista *Saúde e Sociedade*, indicando o volume, número e ano de publicação.

A ocorrência de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, os gráficos e tabelas também devem estar inseridos no texto original.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em escala de cinza, em arquivos separados do texto. Além disso, todas as imagens também devem estar inseridas no texto original.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de três autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “et al.”. Exemplo: Martins et al. (2014) ou (Martins et al., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

- **Livro**

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

- **Capítulo de Livro**

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

- **Artigo de Periódico**

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

- **Tese**

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

- **Documento on-line**

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010.

Geneva: WHO, 2010. Disponível em:

<http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf

>. Acesso em: 7 mar. 2011.

- **Legislação (Lei, Portaria etc.)**

- Versão impressa

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2007.

- **Artigo ou matéria de jornal**

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

- **Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)**

- Versão impressa

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- Versão eletrônica

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.

Open Access

A *Saúde e Sociedade* utiliza o modelo *Open Access* de publicação, portanto seu conteúdo é livre para leitura e download, favorecendo a disseminação do conhecimento.

Taxas

A *Saúde e Sociedade* não cobra taxas de submissão, avaliação ou publicação de artigos.

Envio do material

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>