



SERVIÇOS DE SAÚDE PARA LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRAVESTIS/TRANSEXUAIS

HEALTH SERVICES FOR LESBIANS, GAYS, BISEXUALS AND TRANVESTITES / TRANSEXUALS SERVICIOS DE SALUD PARA LÉSBICAS, GAYS, BISEXUALES Y TRAVESTIS / TRANSEXUALES

Geane Silva Oliveira¹, Jordana de Almeida Nogueira², Gilka Paiva Oliveira Costa³, Renata Livia Silva Fonseca Moreira de Medeiros⁴, Teógenes de Oliveira⁵, Sandra Aparecida de Almeida⁶

RESUMO

Objetivo: analisar, sob a ótica de profissionais da Equipe Saúde da Família, o acesso de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis/Transsexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família. **Método:** trata-se de estudo quantiquantitativo, de campo, exploratório e descritivo. Compôs-se a amostra pela técnica *snowball* com 54 profissionais, utilizando-se de questionário, roteiro de entrevista semiestruturada e a Técnica de Associação Livre de Palavras. Processaram-se os dados pelo *software* IRAMUTEQ®. **Resultados:** emergiram-se as classes geradas, determinadas de subcategorias << Igualdade no cuidado a pessoas LGBT >>, << Atitudes e comportamentos da população LGBT que dificultam a procura pelo serviço de saúde >>, << Preconceito e restrição no acesso da pessoa LGBT à saúde >> e << Direito ao acesso da pessoa LGBT ao serviço de saúde >>. **Conclusão:** mostrou-se que os profissionais percebem as pessoas LGBT como seres humanos merecedores de acesso igual nos espaços da ESF tanto que dispõem de acesso aos exames sorológicos, testes rápidos, consultas e insumos para a prevenção de IST's. **Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Serviços de Saúde; Saúde da Família; Minorias Sexuais, Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze, from the perspective of professionals of the Family Health Team, the access of Lesbian, Gay, Bisexual and Transvestite / Transsexual to the Basic Units of Family Health. **Method:** this is a quantitative, field, exploratory and descriptive study. The sample was composed by the snowball technique with 54 professionals, using a questionnaire, semi-structured interview script and the Free Word Association technique. The data was processed by IRAMUTEQ® software. **Results:** the classes generated, defined in subcategories << Equality in the care of LGBT people >>, << Attitudes and behaviors of the LGBT population that hinder the search for the health service >>, << Prejudice and restriction in the access of the LGBT person to health >> and << Right to LGBT access to health service >>. **Conclusion:** it was shown that professionals perceive LGBT people as human beings deserving of equal access in the spaces of the FHS so that they have access to serological tests, rapid tests, consultations and inputs for the prevention of STIs. **Descriptors:** Health Services Accessibility; Patient Care Team; Health Services; Family Health; Sexual Minorities; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar, bajo la óptica de profesionales del Equipo Salud de la Familia, el acceso de Lesbianas, Gays, Bissexuales y Travestis / Transsexuales a las Unidades Básicas de Salud de la Familia. **Método:** se trata de un estudio cuantitativo, de campo, exploratorio y descriptivo. Se compuso la muestra por la técnica *snowball* con 54 profesionales, utilizando cuestionario, guión de entrevista semiestruturada y la Técnica de Asociación Libre de Palabras. Se procesaron los datos por el *software* IRAMUTEQ®. **Resultados:** Se emergieron las clases generadas, determinadas de subcategorias << Igualdad en el cuidado a personas LGBT >>, << Actitudes y comportamientos de la población LGBT que dificultan la procura por el servicio de salud >> y << Derecho al acceso de la persona LGBT al servicio de salud >>. **Conclusión:** se mostró que los profesionales perciben las personas LGBT como seres humanos merecedores de acceso igual en los espacios de la ESF tanto que disponen de acceso a los exámenes serológicos, pruebas rápidas, consultas e insumos para la prevención de IST's. **Descriptores:** Accesibilidad a los Servicios de Salud; Grupo de Atención al Paciente; Servicios de Salud; Minorías Sexuales; Enfermería.

¹Mestre, Faculdade Santa Maria. Cajazeiras/FSM, Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: geane1.silva@hotmail.com; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9500-2863>; ²Doutora, Universidade Federal da Paraíba/UFPB, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: jalnogueira31@gmail.com; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2673-0285>; ³Doutora, Universidade Federal da Paraíba/UFPB, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: gilkapaiva@yahoo.com.br; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8990-5644>; ⁴Mestre, Faculdade Santa Maria. Cajazeiras/FSM, Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: renaliviamooreira@hotmail.com; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9913-4863>; ⁵Enfermeiro, Acadêmico de Medicina, Faculdade Santa Maria. Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: teogenesoliveira@gmail.com; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6723-9142>; ⁶Doutora, Universidade Federal da Paraíba/UFPB, João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: sandraalmeida124@gmail.com; ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2183-6769>

INTRODUÇÃO

Proporciona-se, ao abordar questões referentes à saúde e à sexualidade da população LGBT nos serviços primários da saúde, uma reflexão de como os profissionais da Equipe Saúde da Família (EQSF) enxergam essa população, suas necessidades de saúde, como ocorre o acesso na busca dessas necessidades e se todos esses fatores influenciam na assistência e no atendimento prestados.

Influencia-se, por meio dos fatores culturais advindos do padrão heterossexual, de modo subjetivo, o atendimento dos profissionais da saúde a essa população. Considera-se nesse sentido, que as transformações das redes de saúde para o melhor atendimento dessa população também dependem das transformações no modo de pensar e de agir desses profissionais.¹

Objetiva-se, pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), assegurar a saúde, sem discriminação ou preconceito institucional, a fim de favorecer a redução das desigualdades sociais e de saúde, aumentando o acesso dessa população aos serviços primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde (SUS) e gerando respeito, prestação da assistência com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades de saúde.²

Embasa-se, portanto, esta proposta de estudo, na perspectiva de fortalecer a saúde da população em geral, mas, principalmente, a de grupos específicos como a população LGBT, no âmbito da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), local onde a assistência à saúde dever-se-á apresentar alicerçada nos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, estando pautada e acreditada no modelo integral e equânime condizente com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Destaca-se, desse modo, que essa elucidação sobre as reais necessidades de saúde do grupo LGBT pode nortear medidas de planejamento da saúde nas ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura orientadas por meio de instrumentos normativos que garantam o respaldo e a responsabilidade do profissional de saúde, perante o cliente assistido, que possibilita uma assistência mais qualificada contemplando a proposta de um acesso universal à saúde sem distinções.

Pretende-se, diante disso, que este estudo responda à seguinte questão norteadora:

como ocorre o acesso da população LGBT aos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família na ótica dos profissionais da equipe saúde da família?

OBJETIVO

- Analisar, sob a ótica de profissionais da Equipe Saúde da Família, o acesso de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis/Transexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família

MÉTODO

Realizou-se estudo quantiquantitativo, de campo, exploratório e descritivo, nas Unidades Básicas de Saúde da Família da zona urbana da cidade de Cajazeiras, no Estado da Paraíba. Compôs-se a amostra a partir da base populacional de 14 profissionais que integram uma Equipe Saúde da Família composta por médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal e agentes comunitários de saúde, devidamente registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, e se deu pela técnica bola de neve (*snowball sampling*), do tipo não probabilístico, em que um participante indica mais um possível participante até a repetição de indicações e o esgotamento das possibilidades de participações.³ Após a aplicação desse procedimento e sua saturação, chegou-se a um quantitativo de 54 profissionais.

Utilizaram-se os seguintes instrumentos para a coleta de dados: questionário semiestruturado, roteiro de entrevista e a Técnica de Associação Livre de Palavras, realizada no período de março a junho de 2016, mediante agendamento. Para a Técnica de Associação Livre de Palavras, cada participante expressou-se livremente quando mencionada a seguinte frase: quando eu digo acesso aos serviços das Unidades Básicas de Saúde da Família para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais, diga-me cinco coisas que imediatamente vêm à sua cabeça.

Elaborou-se, a partir das evocações livres, o dicionário lexicográfico encaminhado a dois *experts* para a determinação da palavra-raiz e suas palavras derivadas. Após a devolutiva dos *experts*, foram feitas as substituições de palavras derivadas pelas palavras-raiz.

Iniciou-se, com os resultados das 54 entrevistas transcritas na íntegra e do dicionário lexicográfico advindo da Técnica de Associação Livre de Palavras, a elaboração do banco de dados para o processamento no *software* Iramuteq®. Realizou-se a análise dos dados empíricos (qualitativos) por meio da

Técnica de Análise de Conteúdo.⁴ Acresceu-se o dicionário lexicográfico após a leitura flutuante e a seleção do material, validado por dois *experts*, processando-se os dados pelo *software* Iramuteq® emergindo-se as classes geradas, determinadas de subcategorias.

Incluíram-se, no *corpus*, as variáveis: faixa etária id_1 - idade entre 25-36 anos; id_2 - idade entre 37-48 anos; id_3 - idade acima de 49 anos; sexo sex_1 - feminino; sex_2 - masculino. A classificação das faixas etárias foi feita a partir da menor e da maior idade dos sujeitos do estudo.

RESULTADOS

Tabela 1. Caracterização dos profissionais da Equipe Saúde da Família. Cajazeiras (PB), Brasil, 2017.

		Profissionais		
		n	%	Média (DP)
Sexo				
	Mulher	43	79,60	
	Homem	11	20,40	
Gênero				
	Feminino	41	75,93	
	Masculino	13	24,07	
Orientação sexual				
	Homossexual	6	11,10	
	Heterossexual	48	88,90	
Faixa etária				
	25-36	24	44,40	40,07 (10,16)
	37-48	18	33,30	
	49 acima	12	22,20	
Renda				
	4 a 7 salários SM	41	75,93	
	Acima de 7 SM	7	12,95	
Escolaridade				
	Médio completo	20	37,10	
	Superior Incompleto	8	14,80	
	Superior completo	26	48,10	
Raça				
	Branca	15	27,75	
	Parda	35	64,75	
	Negra	2	3,70	
	Amarela	2	3,70	
Tempo de trabalho na UBSF				
	6 meses a 3 anos	19	35,15	
	4 a 10 anos	15	27,75	
	Mais de 10 anos	20	37,10	
Capacitação LGBT				
	Sim	35	64,75	
	Não	19	35,15	
Capacitação Sexualidade				
	Sim	30	55,50	
	Não	24	44,50	

Vê-se, após a caracterização dos profissionais da equipe saúde da família, a análise das entrevistas com as palavras exortadas na TALP, que foram processadas pelo *software* IRAMUTEQ® e apresentadas pela figura 1 a seguir. Dispuseram-se da seguinte forma, as classes geradas a *posteriori*, determinadas de subcategorias: Subcategoria 1 - Igualdade no cuidado a

Representou-se, pelas categorias geradas, o ambiente de sentido das palavras: acesso ou exclusão de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais aos serviços das Unidades Básicas de Saúde da Família na ótica da equipe de saúde. Elencou-se a letra P para relacioná-la às falas dos profissionais nos segmentos de falas descritos.

Respeitaram-se as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais de pesquisas envolvendo seres humanos.

pessoas LGBT; Subcategoria 2 - Atitudes e comportamentos da população LGBT que dificultam a procura pelo serviço de saúde; Subcategoria 3 - Direito ao acesso da pessoa LGBT ao serviço de saúde e Subcategoria 4 - Preconceito e restrição no acesso da pessoa LGBT à saúde.

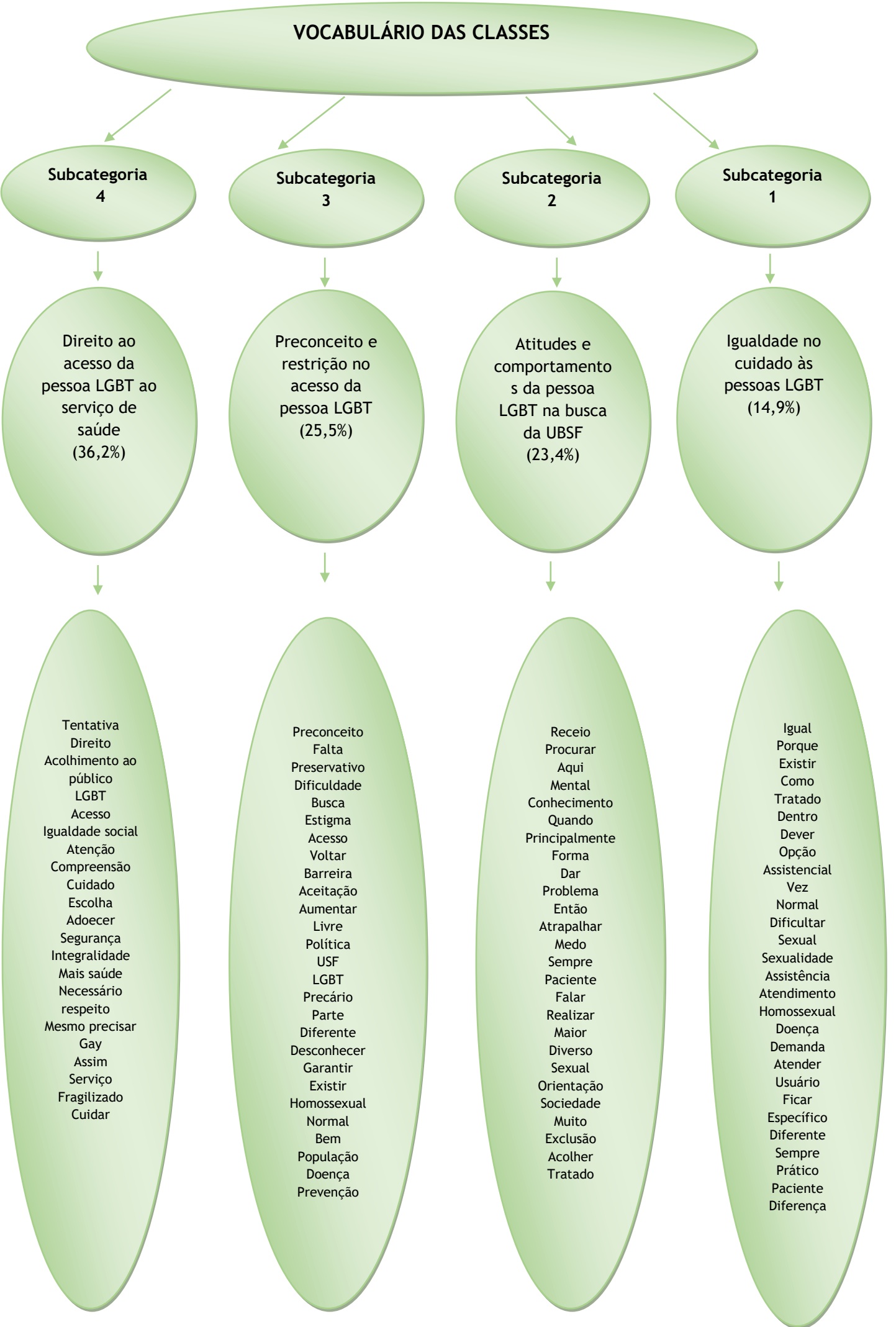


Figura 1. Mostra a distribuição do vocabulário das classes, segundo a classificação hierárquica descendente, correspondente aos profissionais da Equipe Saúde da Família. Cajazeiras (PB), Brasil, 2017.

Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO et al.

♦ **Subcategoria 1** - Igualdade no cuidado a pessoas LGBT

Detalha-se que a subcategoria 1 representa 14,9% do *corpus* e foi composta por profissionais da saúde, do gênero e sexo feminino, com idade predominante entre 25 a 48 anos. Mesmo carregando culturalmente características como cuidadora, submissa e servidora e realizado capacitação sobre a política LGBT e sexualidades (Tabela 1), ainda se mostram como replicadoras de padrões culturais pré-estabelecidos dentro dos espaços da Unidade Básica de Saúde da Família.

O acesso à saúde é igual para toda pessoa, não existe a oferta de programa específico para o LGBT (...) Independentemente da opção sexual (...) todo mundo é igual dentro do serviço devendo ser tratado de forma humanizada (...) o acesso ao cuidado deveria ser igual para todo mundo (...) por estas pessoas precisarem mais por causa das condições de vulnerabilidade de viver no mundo promíscuo e correr vários riscos de saúde (...) no atendimento, trato como pessoas normais e sempre respeito (...). (P40, P43, P47)

♦ **Subcategoria 2** - Atitudes e comportamentos da população LGBT que dificultam a procura pelo serviço de saúde

Esclarece-se que a subcategoria 2 representa 23,4% do *corpus* e foi composta por integrantes da Equipe Saúde da Família, de ambos os sexos, com idade entre 37 a 61 anos. Essa subcategoria aponta que a Equipe Saúde da Família percebe que algumas atitudes e comportamentos das pessoas LGBT's dificultam o acesso na procura pelo serviço de saúde.

A grande maioria das pessoas LGBT's são recolhidos, tímidos, não falam diretamente seus problemas de saúde sexual, parecem que estão com medo da forma como vão ser tratados, acolhidos e possivelmente desrespeitados (...) é nítido o receio e a vergonha da população (...) eles deveriam ter uma saúde específica, principalmente para o acompanhamento mental e psicológico, por namorarem um homem hoje e amanhã com uma mulher. (P04, P05, P13, P27)

♦ **Subcategoria 3** - Direito ao acesso da pessoa LGBT ao serviço de saúde

Demonstra-se que a subcategoria 3 representa a maior parte do *corpus*, com 36,2%, sendo majoritariamente composta de profissionais da saúde do sexo feminino, com idade entre 25 a 37 anos. A ótica dos profissionais mostra a tentativa no direito ao acesso da pessoa LGBT ao serviço de saúde. Os fragmentos de falas abaixo mostram esse pensamento.

Hoje, o direito ao acesso da pessoa LGBT à Unidade Básica de Saúde da Família é bem

Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais...

maior. Eles têm o direito ao nome social na hora da consulta (...), acesso ao banheiro feminino se for travesti. A população vem ganhando espaço, (...) um travesti pode usar o nome que quiser, é uma forma de promover saúde (...) a assistência acontece de acordo com a demanda física ou psicológica. Procuramos atender igualmente mesmo nunca tendo recebido orientação sobre a temática. (P09, P10, P26)

♦ **Subcategoria 4** - Preconceito e restrição no acesso da pessoa LGBT à saúde

Explica-se que a subcategoria 4 representa 25,5% do *corpus*, foi composta de profissionais da Equipe Saúde da Família majoritariamente do sexo feminino e com idade entre 25 a 48 anos. Observam-se, nessa subcategoria, a menção, a restrição e o preconceito da pessoa LGBT ao acesso à saúde, como observado no fragmento de fala abaixo.

Não existe acesso de verdade para o homossexual aos serviços de saúde(...) a busca é restrita para consultas já com agravos do processo de adoecimento(...) a população sofre preconceito, resistência assistencial por parte dos profissionais, o acesso deveria estar mais voltado para a redução destes conflitos (...) já existe uma nova lei para diminuir o preconceito à pessoa LGBT na Unidade Básica de Saúde da Família (...) eles têm uma certa prioridade na questão da prevenção, do acesso aos exames e, principalmente, as sorologias para pegar preservativo porque eles são categorizados nos grupos de vulnerabilidade e risco (...), quase não tem exames específicos direcionados à população LGBT na Unidade Saúde da Família. (P28, P33, P50, P51)

DISCUSSÃO

Observa-se, neste estudo, a predominância de participantes do sexo feminino evidenciando a feminização dos participantes. Relaciona-se o processo gradual da feminização aos papéis femininos tradicionais em que a mulher está vinculada ao cuidar, ao educar e ao servir, situação muito semelhante ao que acontece na saúde.⁵

Podem-se perceber, a respeito da orientação sexual e idade, adultos jovens atuantes nos espaços da atenção primária em saúde que responderam ter uma orientação heterossexual. Sabe-se que, com as políticas públicas voltadas à população LGBT, sua visibilidade vem aumentando, ainda que timidamente.

Considera-se, no que concerne à renda dos profissionais, o valor como razoável, respeitado o custo de vida da região Nordeste e, com relação à raça/cor, a maioria dos trabalhadores se considera parda. Vê-se que esses dados são condizentes com o censo

Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO et al.

demográfico brasileiro que mostra a maioria da população da região Nordeste autodeclarada parda.⁶

Revela-se, quando abordado o tempo de exercício profissional na Estratégia Saúde da Família, que os profissionais possuem mais de dez anos de experiência laboral na ESF. Enfoca-se pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a necessidade de melhorias no serviço prestado à população pelos profissionais de saúde tendo como base a capacitação e o aprimoramento de seu desempenho levando-se em consideração o tempo de experiência profissional.⁷

Acentua-se que é importante focar que conhecimentos adquiridos, por meio de capacitações, poderão auxiliar, em parte, no aperfeiçoamento técnico de ações pontuais no processo de trabalho dos profissionais da Equipe Saúde da Família seja com poucos ou com largos anos de atuação no âmbito da saúde, porém, no que diz respeito à mudança de padrões de pensamentos culturais e de ações advindas desses pensamentos, capacitar, no intuito de apenas reproduzir conhecimento, provavelmente não irá ressignificar a assistência em saúde.

Torna-se claro essa afirmativa uma vez entendendo que a cultura permeia um conjunto de elementos que medeiam e qualificam atitudes, hábitos e ações físicas ou mentais, não biologicamente determinados, sendo compartilhada por atores sociais que constroem significados sociais concretos e temporais sustentando padrões sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos, e a cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas.⁸

Questiona-se, nesse sentido: será que a materialização da visão dos profissionais de saúde acerca do acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, dentro da UBSF, poderá estar associada à reprodução cultural do profissional ou à falta de capacitações?

Nota-se, nos fragmentos de fala da subcategoria 1, que há tentativa para a oferta igual no cuidado à saúde das pessoas LGBT, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, a partir do momento que o profissional percebe a pessoa LGBT como todo e qualquer ser humano que precisa de cuidados em saúde classificando-o como normal e merecedor do cuidado igualitário no Sistema Único de Saúde.

Precisa-se, no entanto, que haja equidade e não igualdade, uma vez que as demandas são específicas e ainda possuem características dentro dos serviços de saúde

Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais...

que poderiam afastar a pessoa LGBT ou não a inserir.

Tece-se uma reflexão a respeito observando a visão das trabalhadoras quanto à necessidade de equidade gerada a partir de uma vulnerabilidade que se encontra ligada à promiscuidade com sexo desprotegido e à multiplicidade de parceiros como conduta desenvolvida pela população em questão. Considera-se que essa conduta também poderá ser vista em indivíduos heterossexuais, porém, quando mencionados que homossexuais (...) precisam mais por causa das condições de vulnerabilidade de viver no mundo promíscuo e correr vários riscos de saúde (...), percebe-se a representação de desigualdade mediante a associação da escolha de viver uma sexualidade reversa da heteronormatizada mostrando lacunas sobre o entendimento dos reais acontecimentos que geram as verdadeiras vulnerabilidades ao LGBT.

Infere-se que esse entendimento poderá estar intrinsecamente atrelado ao preconceito e/ou ao estigma destas trabalhadoras, sendo mais confortável ofertar conscientemente, para as pessoas LGBT, práticas de saúde de acordo com as necessidades heteronormativas deixando de investigar a real necessidade daquele indivíduo e tornando a assistência desigual.⁹ Uma prova dessa prática enraizada de preconceitos está contida na Tabela 1 quando se observou que a maioria dos trabalhadores já fez capacitação relacionada à política LGBT e sexualidades e, mesmo assim, relatou pensamentos estereotipados.

Alerta-se que existem, ainda, necessidades específicas, mediante as diversidades sexuais, indo além da inserção de políticas direcionadas à população LGBT incluindo-se, aqui, a necessidade de também reformular os espaços de saúde trabalhando com as questões culturais derivadas de padrões heteronormativos.¹⁰

Salienta-se que, para o MS, desde a criação e a implantação do SUS, a igualdade no acesso ao cuidado à saúde vem sendo discutida e analisada, assim como o desenvolvimento de novas práticas para fortalecer e reorganizar os serviços. É nesse cenário que emerge a Política Nacional de Saúde Integral a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) na tentativa de promover equidade à saúde dessa população.²

Assinala-se ainda, na tentativa de inclusão, igualdade e equidade, favorecendo a prática refinada do cuidado, e na elucidação das identidades de gênero e orientações sexuais, que o Ministério da Saúde reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero

Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO et al.

como determinantes e condicionantes da situação de saúde não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas, também, por exporem lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social.²

Percebe-se que a generalização da classe LGBT e o desconhecimento das especificidades da diversidade e prática sexual, por parte dos trabalhadores da ESF, implicam desigualdade do acesso ao cuidado direcionado a esse público, uma vez que generalizar induz a uma reflexão subjetiva de que a necessidade em saúde seja igual para todos tornando-os, assim, vulneráveis. Por outro lado, o conhecimento das especificidades elucida o profissional para a real necessidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais direcionando o mesmo para práticas de cuidado promocionais e assistenciais de forma mais equânime.

Necessita-se que os trabalhadores da área da saúde aprofundem o conhecimento com as políticas públicas e com as problemáticas específicas de pessoas LGBT para a maior qualificação dos serviços prestados por suas diversas áreas a fim de que os princípios de universalidade, integralidade e equidade, constitutivos do SUS, sejam efetivados em políticas públicas que proporcionem o enfrentamento das consequências excludentes da LGBT fobia e da heteronormatividade.¹¹

Constata-se que, mesmo sabendo que a maioria dos trabalhadores deste estudo participou de capacitações voltadas a essa temática, é preciso que eles conheçam, de forma mais aprofundada, as *nuances* inerentes às sexualidades humanas a fim de compreender a sua complexidade, a mutabilidade e a construção cotidiana dentro de uma sociedade durante o ciclo da vida. Para além, as especificidades do modo de viver a sexualidade deverão ser debatidas nos espaços de saúde para, assim, serem utilizadas na tentativa da quebra dos paradigmas culturais existentes que emperram a assistência integral de grupos específicos.

Atende-se a essas especificidades verdadeiramente quando, por exemplo, se reconhece que um/a transexual ou travesti precisa realizar hormonioterapia para ir ao encontro à sua real identidade de gênero, promovendo saúde mental para esse indivíduo, a fim de que haja uma homeostase entre corpo e mente evitando agravos em maior demasia como, por exemplo, o suicídio,¹² porém, mesmo tendo enxergado as *nuances* desse grupo, ainda é corriqueiro, por parte da equipe saúde da família, realizar

Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais...

práticas heteronormatizadas que não contemplam as necessidades desse público.¹³

Receia-se que o profissional tenha medo de ser percebido pela sociedade a partir do momento em que ele atende e aceita a pessoa LGBT na sua singularidade. Infere-se que essa situação ocorra pelo fato desses profissionais estarem inseridos e passarem pelo processo de aculturação em uma sociedade com forte influência religiosa onde permeiam-se possibilidades desde a exclusão, até o insucesso profissional, característica ainda forte e presente no município em estudo.

Enxerga-se, portanto, que a existência de entraves vai além da necessidade da capacitação profissional e do reconhecimento de imprescindibilidades sexuais de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais para o acesso equânime no território da Estratégia Saúde da Família sendo, *a priori*, campo de investigação de medidas que diminuam essas ações punitivas materializadas por meio do preconceito social.

Mostra-se, pela transcrição contida na subcategoria 2, que o profissional da saúde julga que a vergonha, a timidez e o receio das pessoas LGBT's, na procura do serviço da Unidade Básica de Saúde da Família, estão associados ao medo de falar as reais necessidades voltadas à sexualidade devido ao desrespeito e à forma como irão ser acolhidas. Além disso, remetem à necessidade de acompanhamento psicológico para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais por viverem a sua sexualidade diferente da heteronormatizada. Vê-se que há desconforto para expor sua orientação sexual, talvez por medo de serem expostos em suas comunidades, em função do despreparo dos profissionais de saúde e do preconceito em relação às outras formas de vivência da sexualidade.¹⁴

Indica-se como relevante mencionar que, para a garantia da proposta de acesso nos espaços da Unidade Básica de Saúde da Família, é essencial a identificação de barreiras vinculadas a características e necessidades da população em geral e, posteriormente, a promoção da equidade em grupos distintos e definidos socialmente como, por exemplo, o público LGBT.¹⁵

Torna-se indispensável, para tanto, que a equipe saúde da família aproxime-se do que é preconizado pela PNSILGBT para um melhor entendimento da assistência que deverá ser prestada a indivíduos cujas práticas sexuais sejam destoantes da heterossexual, contudo, o que esses trabalhadores estão fazendo para aproximar-se desse grupo, uma vez obtido esse entendimento?

Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO et al.

Refere-se que é de extrema importância que gestores e profissionais assistenciais da saúde tenham a sensibilidade de identificar que atitudes e comportamentos, como vergonha, timidez, receio, medo e desrespeito, levantam barreiras entre profissionais-usuários possibilitando o distanciamento da pessoa LGBT da Unidade Básica de Saúde da Família e proporcionando uma cascata de episódios que incluem o aumento de fatores de risco para a instalação do processo de adoecimento, o agravamento de doenças já instaladas, a baixa demanda na promoção e prevenção da saúde indo ao contrário da garantia de acesso integral preconizado pelo SUS.¹⁶

Enfatiza-se, além disso, que as particularidades biológicas do sexo, fatores culturais relativos a ser mulher e a ser homem potencializam a ocorrência de agravos específicos e distinções ao acesso e a tecnologias de atenção e cuidado à saúde. Vê-se que ainda são percebidos os agravos à saúde decorrentes do enlace entre estereótipos de gênero e estigmas específicos, sendo destacado que o estigma atrapalha o exercício da cidadania e, sobretudo, o direito à saúde.¹⁷⁻⁸

Propõe-se, para a diminuição dos agravos, potencializando a promoção da saúde e garantindo o acesso ao fomento do profissional quanto ao direito da livre expressão da sexualidade e identidade de gênero isentas de violência, desrespeito e discriminação, a aplicação das diretrizes que constam na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.¹⁹

Carece-se, diante disso, que o profissional da saúde precisa compreender a diversidade sexual e a identidade de gênero como algo intrínseco, não excludente, em construção e inerente ao ser humano como uma constituição mutável e não finalizada. Considera-se ainda quem além de identificar esses aspectos, respeitando-os, é importante que o profissional da equipe saúde da família lance estratégias em que o usuário se sinta acolhido e livre do estigma, do medo, da timidez e de outros sentimentos que promovam a exclusão impedindo a acessibilidade nos serviços de saúde.²⁰

Enfoca-se como a principal função do acolhimento a garantia do acesso à saúde objetivado pela escuta qualificada materializada em ações assistenciais resolutivas fortalecendo o vínculo entre os profissionais e os usuários. Complementa-se que a efetividade no acolhimento resulta na mudança do pensar e agir da comunidade e dos profissionais da Estratégia Saúde da

Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais...

Família no sentido de respeitar e reconhecer as diferentes sexualidades e formas de novas constituições familiares.²¹⁻²

Frisa-se como primordial, nesse contexto, que, para o profissional, não basta apenas ser detentor de políticas que norteiam práticas de melhorias de acesso à saúde LGBT, mas seria indispensável a mudança de ações e comportamentos preconceituosos que dificultam a construção do alicerce de um acolhimento verdadeiramente humanizado.

Precisa-se lançar mão, portanto, de estratégias de acolhimento pautadas na sensibilização do profissional a fim de que se promova uma assistência humanizada que resulte, concretamente, na integralidade do cuidado à pessoa LGBT ampliando seu acesso à saúde.

Expõe-se, na subcategoria 3, a tentativa de oferecer o direito ao acesso da pessoa LGBT ao serviço de saúde. Observou-se que os profissionais percebem os avanços da população LGBT na luta dos direitos ao acesso nos espaços da Unidade Básica de Saúde da Família, principalmente no caso de travestis e transexuais, quando remetem ao alcance do direito à utilização do nome social e do banheiro feminino dentro e fora dos espaços de saúde.

Torna-se, contudo, essa visão assistencial de direito à saúde reducionista se a mesma for associada à tentativa do direito instituído ao acesso de um ser humano (seja travesti ou transexual ou lésbica masculinizada) na sociedade e dos espaços do Sistema Único de Saúde, conforme a Constituição brasileira.

Dispõe-se, por meio da Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa LGBT, na sua fundamentação legal, sobre o direito à saúde como um componente social e, para a sua concretização, a Constituição integrou-a ao Sistema de Seguridade Social. Dessa forma, o desenvolvimento social passa a ser considerado como condição imprescindível para a conquista da saúde.²

Contrapõe-se à ideia de alguns autores quando eles se referem que lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, mais especialmente transexuais e travestis, são percebidos como incapacitados por profissionais da equipe saúde da família, dentro ou fora dos espaços de saúde, devido à sua não adequação ou definição sexual atrelada ao seu comportamento socialmente inadequado expondo-os, assim, a violências, à ridicularização, ao estigma e à marginalização.²³

Torna-se inevitavelmente perceptível, nesta reflexão, aos membros da equipe saúde da família, ao se depararem com indivíduos

Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO et al.

que abertamente declaram sua orientação sexual, seja de forma verbalizada simplesmente, sem uma aparência estereotipada e preconceituosa, que às demandas de saúde existentes perpassa apenas a utilização do nome social indo de encontro às necessidades aprofundadas como no caso das biopsicossociais, a partir do momento em que os profissionais de saúde concordam em apenas tolerar as minorias sociais castrando-as de seus direitos como cidadãos, bem como tratando-as como segunda categoria caracterizada como exclusão social.²⁴

Depreende-se, assim, que é importante se desprender de que apenas o direito ao nome social, preconizado pelo MS, proporcione o direito à saúde. Porém, é possível vislumbrar que o acolhimento permeado pela empatia, como é necessário nesse caso, possibilite o estreitamento da construção do vínculo e diminuição das lacunas deixadas pela exclusão minimizando as vulnerabilidades. Com isso, valorizam-se o resgate da cidadania e a livre expressão da sexualidade se, dessa forma, compreendê-los como o exercício de inclusão do sujeito na sociedade.²⁵

Orienta-se que, ao invés de excluir, o profissional da saúde deverá utilizar tecnologias leves, como a escuta qualificada, promovendo a segurança ao usuário e facilitando a colheita de informações em saúde e a empatia amparadas na compreensão das necessidades de saúde, do vínculo, estreitando-se laços, desenvolvendo-se confiança e, por fim, com a articulação de todos, melhorando o cuidado em saúde. Ressalta-se que essas ações, se praticadas de forma harmônica, propiciarão o auxílio no desenvolvimento efetivo do processo de trabalho a fim de direcionar e acolher as pessoas LGBT's de modo que sejam assistidas com qualidade mantendo-se o direito ao acesso integral, no âmbito da Unidade Básica de Saúde, como ser humano, independente da sua identidade de gênero, comportamento social ou orientação sexual.^{2,15,25}

Torna-se pertinente a reflexão dos profissionais da equipe saúde da família sobre os avanços acerca dos direitos à saúde das pessoas LGBT's, nos espaços das unidades básicas de saúde, onde elas corriqueiramente sofrem distintas desigualdades técnico-assistenciais, pois, a partir dessas reflexões, os profissionais poderão enxergar além dessas conquistas tecendo estratégias com ofertas assistenciais de saúde verdadeiramente integrais e equânimes.

Pontua-se, na fala das trabalhadoras, na subcategoria 4, que o preconceito existe e

Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais...

que pode ser reduzido por uma lei. Mas será que o profissional da equipe saúde da família não deveria conhecer a origem do preconceito (o que provavelmente diminuiria o preconceito), compreendê-la para, depois, extingui-la, eliminando assim o preconceito? Os profissionais participantes deste estudo, em sua maioria, possuem nível superior completo, mais de dez anos de atuação nos serviços das unidades básicas de saúde e buscaram se capacitar sobre a política LGBT e a sexualidade como se pode constatar na tabela 1. Mesmo assim, mostram-se com traços assistenciais recobertos de preconceito e curativismo.

Restringe-se o acesso de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, no âmbito da UBSF, quando se foca que a limitação do acesso das pessoas LGBT, no âmbito da saúde, resume-se apenas à busca de preservativos, à realização de exames sorológicos e a consultas mediante a instalação de agravos.

Concebe-se que o preconceito e a discriminação andam juntos e originam-se no heterossexismo e na heteronormatividade, que condizem com a patologização desses sujeitos, por entender que eles não são normais e não têm condutas naturais. Nessa perspectiva, deverão ser tratados e curados como se houvesse algo a ser encaixado seja na sua sexualidade, seja na sua subjetividade.^{2,12}

Verifica-se, apesar da implantação da Política Nacional de Saúde Integral a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que preconiza a redução de danos e agravos a esse público, que ainda existe a visão distorcida, de profissionais da equipe saúde da família, de que a homossexualidade precisa de tratamento com medidas impostas por políticas e/ou diretrizes, como é verbalizado quando uma médica, com 48 anos, menciona que:

A saúde pública não orienta sobre o tratamento da pessoa LGBT para que ela mude sua sexualidade. (P41)

Identifica-se que essa afirmativa, bem como a conformidade em reduzir o preconceito, não obstante o reconhecimento da sua origem, traz que a percepção dos profissionais da equipe saúde da família, infelizmente, está atrelada à ignorância perante a diversidade sexual no âmbito da saúde, o que leva a refletir: como será que está sendo desenvolvida a prática assistencial desse trabalhador a uma pessoa da população LGBT? Tendo-se em vista que as pessoas LGBT são submetidas a várias formas de preconceito, inclusive, nos territórios dos serviços de saúde, não se pode esquecer a resistência dos trabalhadores ao atendimento

Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO et al.

e à execução de procedimentos que realmente atinjam a necessidade da pessoa LGBT, visto que, a oferta de exames e a entrega de preservativos devem suprir a necessidade de vulnerabilidade instalada na pessoa LGBT.

Entende-se, mesmo diante dos avanços no campo dos direitos sexuais no que tange à construção de uma política pública para o reconhecimento dos efeitos da discriminação, do preconceito e da exclusão desses sujeitos em diversos segmentos sociais e, em particular, de homofobia/lesbofobia e transfobia, esse fenômeno como determinante social do processo saúde-doença-cuidado que imprime mais sofrimento e adoecimento nas pessoas LGBT.²⁶

Acredita-se que, apesar de todos os avanços existentes nesse segmento da saúde, afirmar, na sociedade contemporânea, que um ser humano precisa de tratamento por não seguir condutas sexuais condizentes com as normas preconizadas mostra que, independentemente da área de atuação e do conhecimento adquirido por esse profissional, intrinsecamente existirá nele a raiz contrária à diversidade sexual. Essa conduta de não aceitação das diferenças causa, cotidianamente, a exclusão, a rejeição e a diferenciação no atendimento ofertado que, possivelmente, com o tempo, resultará em sofrimento psíquico à pessoa LGBT devido à autorrejeição internalizada.

Encontram-se, nesse contexto, barreiras morais e estéticas que impedem o acesso aos serviços de saúde pela população LGBT de qualidade, isento de preconceitos ou discriminação, especialmente quanto aos que apresentam binarismo de gênero (mulheres masculinizadas, homens efeminados, dentre outros).²⁷⁻⁸

Geram-se, com isso, diante do rápido reconhecimento de alterações ligadas às características sexuais destoantes do normatizado pela sociedade heterossexual, inquietação, olhares penetrantes, exortação de palavras agressivas, risos e descaso por parte dos profissionais junto ao grupo das pessoas LGBT's, mais especificamente àqueles com binarismo de gênero. Para além, ocasiona o afastamento do usuário fazendo com que a busca do mesmo à unidade básica de saúde da família seja apenas para medidas curativistas e pouco preventivas.²⁸⁻⁹

Entende-se, dessa maneira, que exista não somente ignorância, mas, sobretudo, resistência, medo ou preconceito, por parte destes profissionais, em abordar a sexualidade revelada ou em lidar com um sujeito de corpo diferente restringindo, assim, o acesso dos

Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais...

usuários (as) a consultas de agravos, aos preservativos e a sorologias.²⁶

Tornam-se emergentes, nesse caso, as quebras de correntes culturais, sociais e de paradigmas que delimitam, impedem ou atrapalham o acesso dessa população ao território adscrito da Estratégia Saúde da Família para que, assim, a assistência perpassasse as buscas pontuais tornando-se integral mediante a extinção do preconceito.

CONCLUSÃO

Mostrou-se que os profissionais percebem as pessoas LGBT como seres humanos merecedores de acesso igual nos espaços da ESF tanto que dispõem de acesso aos exames sorológicos, testes rápidos, consultas e insumos para a prevenção de IST's. IST's/preservativos, porém, enfatiza-se que a proposta da ESF vai além de medidas curativistas e buscas pontuais à atenção básica de saúde.

Ressalta-se que os profissionais reconhecem a necessidade de equidade para o público vulnerável devido ao comportamento sexual de risco, mas, definitivamente, não é desenvolvida devido a valores sociais e culturais repulsivos impressos nas atitudes dos próprios profissionais para com as pessoas LGBT.

Considerou-se que na tentativa de alinhar o cuidado, a equipe tende a desenvolver práticas assistenciais padronizadas, de acordo com protocolos heterossexuais, criando uma proposta de acesso universal, muitas vezes, distante das reais necessidades desse grupo.

Reconhece-se que, mesmo em face da educação permanente na qual estão inseridos, por meio de temáticas ligada à sexualidade, os profissionais ainda continuam concebendo a homossexualidade como doença precisando ser tratada e que existe, na UBSF, a imposição de políticas para a inibição e não exclusão do preconceito. Viu-se que acreditam que a utilização do nome social e do banheiro feminino pelas travestis e transexuais é suficiente para se materializar, nos espaços das UBSF, um acolhimento humanizado. Enaltece-se que prevalece a percepção reducionista das reais necessidades das pessoas LGBT, assim como do enfoque da Política Nacional de Humanização.

Espera-se que este estudo possa instigar mudanças no processo de trabalho dos profissionais que compõem a equipe saúde da família esclarecendo dúvidas e estimulando a busca de novos conhecimentos que favoreçam a construção de um alicerce fortificado na relação profissional - usuário, especialmente, a fim de desenvolver padrões de cuidado que

Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO et al.

apoieiem os princípios de igualdade, inclusão e respeito pela diversidade.

REFERÊNCIAS

- Cardoso MR, Ferro LF. Health and LGBT community: needs and specificities under discussion. *Psicol Ciênc Prof*. 2012;32(3):552-63. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 June 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf
- Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [Internet]. 2016 Aug/Dec [cited 2017 Dec 15];22(44):203-20. Available from: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições; 2011.
- Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Health professions and occupations and feminization process: trends and implications. *Athenea digital* [Internet]. 2013 July [cited 2017 Dec 15]; 13(2):39-44. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/118035>
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [cited 2015 Oct 22]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm
- Nogueira RP, coordinator. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde [Internet]. Brasília: OPAS; 2002 [cited 2018 Feb 25]. Available from: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESP-UnB/Avaliacao_tendencias.pdf
- Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010 June; 18(3):459-66. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>
- Margaret RS, Karen MF, Leslie MW, Jennifer T, Susan MF. *J Womens Health*. 2008 Mar; 17(2):215-25. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0083>
- Santos AR, Santos RMM, Souza ML, Boery RNSO, Sena ELS, Yarid SD. Bioethical implications in health care for the LGBTT public. *Rev Bioét*. 2015 Aug; 23(2):400-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232078>
- Roges AL, Vasconcelos EMR, Araújo EC. Necessidades no setor da saúde relacionadas à população LGBT lésbicas, gays, bissexuais, travestis. *J Nurs UFPE*. 2015 June; 9(Suppl 5): Doi: [10.5205/01012007](https://doi.org/10.5205/01012007).
- Duarte MJO. Sexual diversity, public policy and human rights: lgbt's health and citizenship scene. *Temporalis* [Internet]. 2014 Aug [cited 2018 Jan 10]; 14(27):77-98. Available from: <http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/temporalis/article/view/7209>
- Borges CA, Souza M. Saúde das travestis: um desafio para a enfermagem. In: XVI Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão: aprender e empreender na educação e na ciência do Centro Universitário Franciscano. Anais do XVI Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão: aprender e empreender na educação e na ciência do Centro Universitário Franciscano. Santa Maria: UNIFRA; 2012.
- Lima MDA, Silva AS, Dantas MF. Os desafios a Garantia de direitos da população LGBT No Sistema Único De Saúde (SUS). *Interfaces* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 22]; 3(11):119-25. Available from: <http://www.interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/315>
- Trad LAB, Castellanos MEP, Guimarães MCS. Accessibility to primary health care by black families in a poor neighborhood of Salvador, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012 Dec; 46(6):1007-13. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000600010>
- Bittencourt D, Fonseca V, Segundo M. Access of the lgbt population living in slums to public health services: barriers, silences and perspectives. *Con Psi* [Internet]. 2014 July/Dec [cited 2017 Dec 02]; 2(2):60-85. Available from: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/conexoespsi/article/view/542/504>
- Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *Lancet*. 2013 May;381(9879):1783-7. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60253-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60253-6)
- Pereira PPG, Monteiro SVW. Estigma e Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Apr; 20(4):1307-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00092014>.

Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO et al.

Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais...

19. Ministério da Saúde (BR), Carta dos direitos dos usuários da saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2016 Oct 10]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf
20. Heck JE, Sell RL, Gorin SS. Health Care Access Among Individuals Involved in Same-Sex Relationships. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1111-8. Doi: [10.2105/AJPH.2005.062661](https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.062661)
21. Campos GWS. Reflections about health equity: the case of Unified Health System of Brazil. *Saude Soc*. 2006 Aug; 15(2):23-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004>
22. Sousa PJ, Abrão FMS, Costa AMC, Ferreira LOCF. Humanização no acolhimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. In: 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde. Anais do 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde. [Internet] Brasília: ABEN; 2009 [cited 2018 June 18]. Available from: http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id141r0.pdf
23. Guimarães CF, Nazareth MS, Guaranha C, Barnart F, Garber SI, Quevedo MJ. Murders of transvestites and transexual in Rio Grande do Sul: crimes based in gender?. *Athenea Digital* [Internet]. 2013 July [cited 2017 Nov 20];13(2):219-27. Available from: https://ddd.uab.cat/pub/athdig/athdig_a2013m7v13n2/athdig_a2013m7v13n2p219.pdf25
24. Zamprogno DBA. Estigmatização da violência de gênero no estado do espírito santo: desenvolvimento e disparidade socioeconômica. *Rev Levs* [internet]. 2016 May [cited 2018 Jan 09]; 17:112-27. Available from: <http://200.145.171.5/revistas/index.php/levs/article/view/5975>
25. Chapman R, Wardrop J, Freeman P, Zappia T, Watkins R, Shields L. A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children. *J Clin Nurs*. 2012; 21(7-8):1128-35. Doi: [10.1111/J.1365-2702.2011.03939.X](https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2011.03939.X)
26. Duarte MJO. Sexual diversity, public policy and human rights: lgbt's health and citizenship scene. *Temporalis*. 2014; 14(27):77-98. Doi: <https://doi.org/10.22422/2238-1856.2014v14n27p77-98>
27. Mello L, Brito W, Maroja D. Public measures for the LGBT population in

- Brazil: notes about reaches and possibilities. *Cad Pagu*. 2012 July/Dec; (39):403-29. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332012000200014>
28. Mello L, Irineu BA, Froemming CN, Ribeiro VK. Políticas públicas de trabalho, assistência social e previdência social para a população LGBT no Brasil: Sobre desejos, realizações e impasses. *Rev Ciênc Soc* [Internet]. 2013 Jan/June [cited 2017 Dec 15]; 44(1):132-60. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/revcienso/article/view/832/809>
29. Lavras C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. *Saúde Soc*. 2011 Oct/Dec;20(4):867-74. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

Submissão: 26/06/2018

Aceito: 24/07/2018

Publicado: 01/10/2018

Correspondência

Geane Silva Oliveira
Rua Ernesto de Sousa Diniz, 409
Bairro Jardim Oásis
CEP: 58900-000 – Cajazeiras (PB), Brasil