



Acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família

Access by lesbians, gays, bisexuals and transvestites/transsexuals to the Basic Family Health Units

Geane Silva Oliveira¹, Jordana de Almeida Nogueira¹, Gilka Paiva Oliveira Costa¹, Francisca Vilena da Silva¹, Sandra Aparecida de Almeida¹

Objetivo: compreender o acesso de lésbicas, *gays*, bissexuais e travestis/transexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família. **Métodos:** pesquisa qualitativa, realizada com 54 usuários(as). Utilizou-se entrevista semiestruturada e o teste de associação livre de palavras. Os dados foram processados pelo software IRaMuTeQ® e submetidos à técnica de Análise de Conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** emergiram seis categorias: Silenciamento quanto à orientação sexual e identidade de gênero - o acesso é facilitado desde que não se revelem; Invisibilidade e indiferença aos marcos políticos legais- antagonismo entre o paradigma pensado e executado; Manifestações homofóbicas e efeitos no acesso - uso restrito do serviço; Constrangimento e distanciamento - afastamento e busca por serviços privados; Práticas des(humanizadas) e antiéticas - falta de sensibilização, sigilo; e Estigma e acesso - permanência de estigmas entre Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e homossexualidade. **Conclusão:** o acesso desta população aos serviços de saúde é limitado, permeado por intolerância, constrangimentos e posicionamentos aéticos e excludentes.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde da Família; Minorias Sexuais e de Gênero.

Objective: to understand the access of lesbians, gays, bisexuals and transvestites/transsexuals to the Basic Family Health Units. **Methods:** qualitative research held with 54 patients. A semi-structured interview and the free association test were used. The data were processed by the software IRaMuTeQ® and submitted to the technique of Content Analysis in the thematic modality. **Results:** six categories emerged: Silencing regarding sexual orientation and gender identity – access is facilitated as they do not reveal themselves; Invisibility and indifference to legal political references - antagonism between the paradigm thought and executed; Homophobic manifestations and effects on access - restricted use of the service; Embarrassment and distancing - removal and search for private services; Des (humanized) and unethical practices - lack of awareness, secrecy; and Stigma and access - permanence of stigmata between Acquired Immunodeficiency Syndrome and homosexuality. **Conclusion:** the access to health services is limited with intolerance, constraints, exclusionary and aerial positions.

Descriptors: Health Services Accessibility; Family Health; Sexual and Gender Minorities.

¹Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

Autor correspondente: Geane Silva Oliveira
Rua Ernesto de Sousa Diniz, 409, Jardim Oásis – CEP: 58900-000. Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: geane1.silva@hotmail.com

Introdução

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde Brasileiro, dispositivos técnicos-administrativos e organizacionais foram viabilizados no sentido de promover maior equidade no acesso e integralidade do cuidado em saúde. Investiu-se no fortalecimento dos serviços da Atenção Básica e consolidação da Estratégia Saúde da Família como porta de entrada do sistema de saúde. Portanto, estes serviços desempenham um papel central na garantia de que a população tenha acesso a uma atenção à saúde de qualidade, devendo produzir um cuidado integral que considere o sujeito em sua singularidade e seja sensível às especificidades/diversidades socioculturais, étnicas, religiosas e sexuais⁽¹⁾.

Com o compromisso de promover a inclusão e reduzir as desigualdades de acesso de grupos específicos, como é o caso da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, o Ministério da Saúde instituiu em 2011, através da Portaria nº 2.836, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, reforçando, assim, sua importância e seu caráter histórico frente às necessidades de uma população invisível e violentada em seus direitos⁽²⁾.

Esta política reconhece os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença destes grupos sociais estabelecendo proposituras concretas a serem implementadas em todas as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde. Visa também reduzir o preconceito institucional e assegurar o respeito às diferenças, fomentar o acesso aos diferentes pontos da rede de serviços de saúde, garantir uma assistência de qualidade e resolutiva, promover iniciativas voltadas à redução de danos, garantir o uso do nome social e legitimar a participação social desta população em Conselhos e Órgãos Deliberativos de instâncias de cunho social e de saúde⁽²⁾.

Ainda que se percebam avanços importantes no contexto brasileiro, observa-se ainda que o acesso deste grupo aos serviços de saúde é permeado por obstáculos. Estudos identificaram dificuldades no

processo de comunicação, escuta seletiva, rejeição, reações discriminatórias, ofensas verbais e barreiras simbólicas⁽³⁻⁴⁾.

Todavia, ressalta-se que elementos culturais advindos do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde a essa população. Logo, as transformações no *modus operandi* da rede de atenção à saúde na perspectiva de promover um cuidado mais qualificado também dependem das mudanças no modo de pensar e de agir desses profissionais⁽⁵⁾. Sabe-se que as situações de discriminação e preconceito institucional bem como o despreparo, a falta de conhecimento sobre identidade ou expressão de gênero e orientação sexual, somados ao completo descaso e a ignorância formam o cerne da questão e que muito precisa ser feito para reverter minimamente os efeitos de anos de exclusão e invisibilidade⁽⁶⁾.

Dessa forma, este estudo torna-se importante pela visão que os (as) próprios (as) usuários (as) possuem ante suas especificidades e acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil, especialmente em uma cidade do interior do estado da Paraíba. Pauta-se, ainda, no fortalecimento para ressignificação das ações de saúde voltadas a esse grupo, no sentido de fomentar estratégias para minimizar o impacto das lacunas identificadas. Sendo assim, questiona-se: como ocorre o acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais aos serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família? Para responder a essa questão, objetiva-se analisar sob a ótica de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais seu acesso aos serviços de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família.

Métodos

Estudo qualitativo, realizado em uma associação de pessoas lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais de Cajazeiras-PB, Brasil. A definição da amostra partiu da base populacional dos 32 associados e os demais, identificados pelo método bola de neve (*snowballsampling*). Caracterizou-se, portanto, em uma amostra não probabilística, que utilizou

cadeias de referência linear, onde cada participante indicou um possível participante até a repetição de indicações e esgotamento das possibilidades de participações⁽⁷⁾. Após a aplicação desse procedimento e sua saturação, chegou-se a um quantitativo de 54 entrevistados. Como critérios de inclusão, considerou-se: autodeclarar-se lésbicas, *gays*, bissexuais e travestis/transexuais, com idade acima de 18 anos. Foram excluídas pessoas com diagnóstico de transtornos psiquiátricos e não alfabetizadas.

A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2016, mediante agendamento. Para obtenção dos dados, foram utilizados: 1) formulário estruturado contendo informações sociodemográficas (idade, sexo, gênero, raça/cor, renda, escolaridade, orientação sexual), 2) entrevista semiestruturada que contemplou questões inerentes ao acesso aos serviços de saúde, 3) Teste de Associação Livre de Palavras utilizando como estímulo indutor 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. A partir das evocações livres oriundas do Teste de Associação Livre de Palavras, elaborou-se o dicionário lexicográfico, o qual foi encaminhado a dois *experts* para determinação da palavra raiz e suas palavras derivadas. Após devolutiva dos *experts*, foram feitas as substituições de palavras derivadas pelas palavras-raiz.

Com os resultados das 54 entrevistas transcritas na íntegra e do dicionário lexicográfico, elaborou-se o banco de dados para processamento no *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Operacionalmente, este *software* efetua a Classificação Hierárquica Descendente, com o objetivo de classificar os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, repartindo-o com base na frequência das formas reduzidas, além de permitir uma análise lexicográfica do texto, apontando o surgimento de contextos (classes), categorizadas segundo os segmentos de textos partilhados⁽⁸⁾.

Após a leitura do material arquivado, cons-

truiu-se o modelo analítico composto pelas classes de palavras geradas pelo *software* IRaMuTeQ. A análise interpretativa do *corpus* se deu pela Técnica de Análise de Conteúdo na modalidade temática⁽⁹⁾.

O *corpus* contém as seguintes 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.

As categorias geradas representaram o ambiente de sentido das palavras: acesso ou exclusão de lésbicas, *gays*, bissexuais e travestis/transexuais aos serviços das Unidades Básicas de Saúde da Família. Foi elencada a letra U para relacionar as falas dos usuários (as) nos segmentos de falas descritos.

Este estudo seguiu todos os requisitos formais presentes nos padrões regulatórios nacionais e internacionais para pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 1.382.819.

Resultados

Os resultados obtidos mostram a caracterização sociodemográfica dos usuários participantes desta pesquisa e suas percepções sobre o acesso aos serviços de saúde.

Verificou-se na amostra pesquisada que 44 (81,5%) do(as) participantes se autodeclararam homens, sendo 41 (75,9%) do gênero masculino, três (1,2%) pertencentes ao gênero feminino e 38 (70,3%) com orientação homossexual. As participantes que se autodeclararam mulheres, corresponderam a 10 (18,5%). Houve predomínio na faixa etária de 18 - 24 anos, representada por 35 (64,8%). A raça/cor parda foi autodeclarada por 32 (59,2%), 23 (42,5%) cursaram até 12 anos de estudo e 34 (62,9%) informaram renda mensal entre 1 a 3 salários mínimos (62,9%).

Através dos fragmentos de falas dos usuários, emergiram as partições do *corpus* pelo *software* IRaMuTeQ gerando as seguintes categorias: Silencia-

mento quanto à orientação sexual e identidade de gênero; Invisibilidade e indiferença aos marcos políticos legais; Manifestações homofóbicas e efeitos no acesso; Constrangimento e distanciamento; Práticas des(humanizadas) e antiéticas; e Estigma e acesso.

Categoria 1: Silenciamento quanto a orientação sexual e identidade de gênero

A categoria 1 compreende 13,0% do *corpus*, composta pelo sexo masculino e idade entre 18 e 36 anos. Observa-se que os fragmentos de falas apontam o acesso à Unidade Básica de Saúde da Família livre de entraves, desde que não revelem real orientação sexual/identidade de gênero ou algum indício que leve a essa associação: *Quando busco a unidade de saúde, não tenho problema, pois me visto como a sociedade dita como normal* (U01). *É totalmente diferente com uma travesti, uma lésbica masculinizada... as dificuldades são inúmeras e a principal delas é de expor a orientação sexual* (U11). *Nunca cobraram gênero na unidade, mesmo vendo o cabelão ou outros traços... se disser minha orientação sexual, aí, sim, as coisas mudariam, por causa do preconceito* (U15).

Categoria 2: Invisibilidade e indiferença aos marcos políticos legais

A categoria 2 compreende 11,9% do *corpus* é composta com maior representatividade do sexo masculino e idade entre 18 e 25 anos. Verifica-se a falta de divulgação da existência da política, uma vez que não é exercida pelos profissionais da equipe saúde da família, como mostram os fragmentos de falas abaixo: *Ouvi falar de uma política que ajuda na orientação da saúde sexual, mas essa não é exercida... esperamos pelos direitos* (U05). *Existem políticas públicas para propagar os direitos, só que não são divulgadas* (U15). *As políticas públicas estão aí, resta a sociedade e os profissionais da saúde conscientizarem-se, colocando-as em prática e ofertando direitos iguais para melhorar o acesso* (U48).

Categoria 3: Manifestações homofóbicas e efeitos no acesso

Representando 17,3% do *corpus*, esta categoria

composta por ambos os sexos e idade entre 25 e 36 anos aponta que devido às manifestações homofóbicas o acesso é restrito, resumindo-se à realização de exames e busca de preservativos: *As pessoas não estão preparadas para atender esse público, vivo a homofobia diariamente... esperamos que, com a política, tratem-se bem as pessoas travestis... as mulheres masculinizadas... temos o direito a ter igualdade na saúde* (U29). *Os profissionais não me chamam pelo nome social... o acesso na Unidade Básica de Saúde da Família não é integral; já fui buscar esse serviço só para fazer exames e pegar preservativos...* (U45).

Categoria 4: Constrangimento e distanciamento

A categoria 4 é composta por 24,3% do *corpus*, do sexo masculino e idade entre 18 e 36 anos. Estes participantes percebem a indiferença e o constrangimento no atendimento, causando barreiras e excluindo-os da Unidade Básica de Saúde da Família: *É constrangedor, quanto ao modo de agir e de entender a pessoa* (U26). *Desrespeito, má preparação dos profissionais... prefiro procurar um serviço privado, sinto-me mais à vontade* (U14). *O constrangimento já acontece na recepção; deveriam ter um conhecimento maior sobre sexualidade para diminuir ou abolir problemas* (U15). *Há olhares diferentes, piadas, risadinhas, que interferem no atendimento... enfermeiros, quando veem o jeitinho, a voz, o olhar, já saltam piadinha* (U21). *O jeito das pessoas olharem constrange-nos muito... ouço insultos, piadas, palavras sem graça só porque gosto do mesmo gênero que o meu, escuto ainda que isso tudo é porque nunca fiquei com um homem que me fizesse mulher* (U10). *Chamam-me de viadinho, mulherzinha* (U16). *...veem-nos como se fôssemos palhaços, comediantes, ...ouço piadas bestas que me deixa mal* (U18). *Quando a gente chega na unidade, há os olhares e, quando procuro, sou mal-atendida* (U30).

Categoria 5: Práticas des(humanizadas) e antiéticas

Compreende 17,5% do *corpus*, formada pelo sexo masculino e idade entre 25 e 48 anos. Essa categoria mostra que a experiência vivenciada nos espaços de saúde não remete a uma assistência humanizada e ética, devido à falta de sensibilização e sigilo ético dos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde: *...A maioria dos trabalhadores da equipe de saúde é desprovida de*

compreensão ou sensibilidade (U19). Falta o preparo, sensibilidade, informação, humanização (U20). O sigilo profissional no atendimento é quase inexistente; falta ética, conduta profissional, punição para esses profissionais (U42, U46).

Categoria 6: Estigma e acesso

A categoria 6 corresponde a 17,8% do *corpus*, composta por usuários unicamente do sexo masculino e idade entre 25 e 36 anos. Os conteúdos evidenciam a permanência de características estigmatizantes que associavam a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) à homossexualidade. A discriminação social, existente hoje, pode estar associada às particularidades atribuídas à doença, onde as pessoas vivendo com aids, no passado, em sua grande maioria, eram homossexuais: *Fui procurar a unidade para realizar um teste rápido da AIDS e sífilis, olharam-me diferente porque o olhar que os profissionais de saúde têm a nosso respeito é esse* (U06). *Se emagrece, está com AIDS, se é gay, tem AIDS... uma vez na doação de sangue, identifiquei-me como gay e o profissional de saúde disse que não poderia doar porque era gay, afirmando que os índices mostram que as doenças sexualmente transmissíveis são bem maiores nessa população* (U13). *Ao chegar a uma instituição de saúde, eu disse a opção sexual, então os profissionais foram logo fazendo o teste rápido* (U48).

Discussão

Ainda que a sociedade brasileira seja historicamente estratificada e permeada por profundas desigualdades sociais, as assimetrias orientadas por marcadores sociais da diferença, tais como: gênero, orientação sexual, etnia/raça, classe social, convergem e se articulam produzindo vulnerabilidades econômicas, culturais e políticas consideráveis para determinados grupos sociais⁽¹⁰⁾. Em se tratando da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, a confluência destes marcadores acentua a discriminação, reforça a exclusão e dificulta o acesso à educação, ao trabalho e aos cuidados em saúde.

Neste estudo, o perfil sociodemográfico da população investigada retrata predominância de pessoas jovens, de cor parda, economicamente vulne-

ráveis e com baixa escolaridade. Tais características determinam e contribuem para o acesso inadequado à educação, moradia, trabalho, saúde, serviços públicos e oportunidades financeiras. Pesquisa conduzida em área carente na cidade do Rio de Janeiro, envolvendo 45 pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, verificou que 50,0% abandonou os estudos, 57,0% dependiam de auxílio financeiro de familiares, parceiros ou amigos e apenas 39,0% estavam empregados, a maioria com baixa remuneração⁽¹⁰⁾.

É necessário considerar que, para além da desqualificação profissional e das limitadas oportunidades para acessar o mercado de trabalho, a discriminação e a violência que este segmento populacional sofre repercutem diretamente nas necessidades de cuidado com a saúde: pressão alta e ansiedade pelo medo de doenças e violência, alcoolismo, infecções sexualmente transmissíveis, efeitos colaterais de hormônios, complicações cirúrgicas, depressão e tentativas de suicídio⁽¹¹⁾.

Contudo, ainda que nas instâncias do Sistema Único de Saúde venham sendo implementadas medidas concretas para enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde desta população, sua efetivação requer aperfeiçoamento e sensibilização dos profissionais de saúde para reconhecer e acolher as demandas e necessidades deste grupo⁽²⁾.

A partir dos relatos, observou-se que o acesso aos serviços de saúde é assegurado aos os usuários que silenciam sua orientação sexual ou identidade de gênero. No entanto, quando revelada, o acesso à Unidade Básica de Saúde pode variar de restritivo à excludente, gerando constrangimento, sofrimento psíquico, exclusão social e agravo físico.

Estudo realizado nos Estados Unidos recrutou 1014 pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transexuais residentes em zona rural para investigar o impacto da exclusão e estigma na utilização de serviços de saúde. Do total da amostra, 37,0% não utilizavam os serviços. Entre os que frequentavam, 43,0% informaram que sua orientação sexual ou identidade de gênero não afetava sua saúde e 27,0% disseram que esta informação não interessava aos profissionais de

saúde. Maiores escores nas escalas de estigma estiveram associados com menor utilização de serviços de saúde para o grupo transgêneros. No geral, 50,0% da amostra apresentou sintomas que podem indicar um quadro depressivo, sendo que entre os transgêneros esta taxa alcançou 65,0%. Aproximadamente um terço dos entrevistados foi diagnosticado com uma ou mais doenças crônicas e 14,0% preencheram os critérios para o consumo abusivo de álcool. Como potencialidade para o aumento da utilização de serviços de saúde, destacou-se a necessidade ampliar as competências dos profissionais de saúde para prestar cuidados individualizados⁽¹²⁾.

Interessante notar que, programas e/ou projetos que, na prática, traduzem uma orientação e uma decisão política previamente tomadas, não garantem sua execução e ou implantação. Dependem, sobretudo, de como são percebidas e tratadas no cotidiano dos serviços. Os participantes desse estudo solicitam que tenham a mesma visibilidade de outros usuários, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero. A omissão e o desconhecimento sobre a realidade intrínseca e particular do(a) usuário(a) pode propiciar um (des)cuidado assistencial e repercutir na pessoa de maneira a patologizar e/ou medicalizar sua sexualidade e ou identidade de gênero⁽¹¹⁾.

Por outro lado, os participantes mencionaram que a revelação da orientação sexual ou identidade de gênero causou constrangimento durante o atendimento pelos próprios profissionais, exatamente por não conhecerem ou negarem a possibilidade das diversidades sexuais e de gênero, principalmente, para as travestis, transexuais e lésbicas masculinizadas.

A mudança de algo que seja destoante dos padrões socioculturais, religiosos e educacionais resulta em ações que podem determinar posturas, práticas e discursos e interferir negativamente no processo de trabalho dos profissionais da saúde, desconsiderando os preceitos éticos^(6,13). Compreende-se, portanto, que as equipes de saúde necessitam de capacitação e sensibilização no atendimento à essa população, a fim de não gerarem barreiras na utilização dos serviços⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O processo de humanização implica em uma conversão no processo de pensar e agir do usuário e do profissional da saúde, a fim de manter o respeito e reconhecer as distintas possibilidades da vivência da sexualidade⁽¹³⁾. A mudança subjetiva de comportamento conota na conscientização da equipe, em que a humanização é utilizada com a finalidade de assistir o usuário integralmente, valorizando, ainda mais, o nível de qualidade do cuidado que é oferecido e prestado. Porém, mesmo que prevaleça a capacidade técnica, deve-se respeitar os direitos desta população nas suas singularidades⁽¹⁶⁾.

Contudo, esse direito é violado quando o usuário detecta que o profissional adota postura contrária às condutas éticas, na disseminação de informações obtidas durante a prática de saúde. O sigilo profissional está atrelado a questões éticas que perpassam a técnica. Essas despertam os dilemas do exercício profissional incentivando uma postura reflexiva da realidade, para que possam ultrapassar atos burocráticos/técnicos, por meio de ações éticas não preconceituosas⁽¹⁷⁾.

Conclusão

Sob a perspectiva de lésbicas, *gays*, bissexuais e travestis/transexuais, evidenciou-se que o acesso aos serviços de saúde ainda é pontual, permeado por constrangimentos e ausência de posicionamentos éticos. Sensações de desamparo, exclusão, omissão e rechaço permanecem na assistência apesar da existência de Políticas Públicas específicas e formação para profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Colaborações

Oliveira GS contribuiu para a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. Nogueira JA e Costa GPO contribuíram na análise dos dados e redação do artigo. Silva FV contribuiu com a análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Almeida SA contribuiu na redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e apro-

vação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Aragusuku HA, Lopes M. Preconceito, Discriminação e Cidadania LGBT: Políticas Públicas em Mato Grosso e no Brasil. *Aceno* [Internet]. 2016 [citado 2018 mar. 13]; 3(5):242-58. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/aceno/article/download/3853/pdf>
4. Silva JWSB, Silva Filho CN, Bezerra HMC, Duarte KVN, Quinino LRM. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. *Rev Saúde Pública Paraná*. 2017; 18(1):140-9. doi: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2017v18n1p140>
5. Lima MDA, Souza AS, DANTAS MF. Os desafios a garantia de direitos da população LGBT no Sistema Único de Saúde (Sus). *Rev Interfaces*. 2016; 3(11):119-25. doi: 10.16891/2317-434X.377.
6. Duarte MJO. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: Saúde e cidadania LGBT em cena. *Temporalis* [Internet]. 2014 [citado 2018 mar. 8]; 14(27):77-98. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7209>
7. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014 [citado 2018 mar. 8]; 22(44):203-20. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>
8. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013; 21(2):513-18. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
10. Kalume CC, Itaborahy LP, Moreira JCC. Vulnerabilidades socioeconômicas de pessoas LGBT no Rio de Janeiro [Internet]. 2016 [citado 2018 jun. 19]. Disponível em: <https://microrainbow.org/wp-content/uploads/2017/05/Vulnerabilidades-socioecon%C3%B4micas-de-pessoas-LGBT-no-Rio-de-Janeiro-artigo-completo.pdf>
11. Bittencourt D, Fonseca V, Segundo M. Acesso da população LGBT moradora de favelas aos serviços públicos de saúde: entraves, silêncios e perspectivas. *Conexões PSI* [Internet]. 2014 [citado 2018 mar. 8]; 2(2):60-85. Disponível em: <https://promundo.org.br/recursos/acesso-da-populacao-lgbt-moradora-de-favelas-aos-servicos-publicos-de-saude-entraves-silencios-e-perspectivas/>
12. Whitehead J, Shaver J, Stephenson R. Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBT populations. *PLoS ONE*. 2016; 11(1):e0146139. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146139>
13. Vianna CP. O movimento LGBT e as políticas de educação de gênero e diversidade sexual: perdas, ganhos e desafios. *Educ Pesq*. 2015; 41(3):791-806. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-97022015031914>
14. Munson S, Cook C. Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *J Clin Nurs*. 2016; 25(23-24):3497-510. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13364>
15. 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: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03939.x>
16. Mazzi RAP, Oliveira LYQ, Dorsa AC. O discurso da humanização da assistência hospitalar no Brasil sob a ótica analítica de Van Dijk. *Rev Cont Cienc Soc* [Internet]. 2017 [citado 2018 mar. 9]. Disponível em: <http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/03/discurso-assistencia-hospitalar.html>
17. Sampaio SS, Rodrigues FW. Ética e sigilo profissional. *Serv Soc Soc*. 2014; (117):84-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282014000100006>