

A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a população LGBTI+: uma revisão integrativa

Primary Health Care in Brazil and the LGBTI+ population: An integrative review

Andréa Andrade Reis¹, Henrique Rabello de Carvalho^{2,3}

DOI: 10.1590/2358-28982023E19135P

RESUMO Este artigo tem como objeto principal a atenção à saúde oferecida à população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto brasileiro. Para isso, buscou-se analisar a literatura produzida sobre as experiências de atenção à população LGBTI+ na APS no Brasil mediante revisão integrativa da literatura e análise de conteúdo temática para identificar, analisar e relatar padrões dentro dos dados pesquisados. Os estudos foram classificados e ordenados de acordo com o ano de publicação, região do País, metodologia utilizada e status dos participantes. Embora o período pesquisado tenha se iniciado em 2012, apenas em 2015 foram registradas publicações. Entre os anos de 2016 e 2019, houve um aumento no número de estudos publicados relativos ao tema da pesquisa. A diminuição das publicações em 2020 pode estar relacionada com a redução de atividades em razão da pandemia de Covid-19. Conclui-se que fatores morais e religiosos têm forte impacto sobre o preconceito e a discriminação, e há relatos na literatura de profissionais de saúde que são ancorados em ensinamentos culturais, influência familiar e de grupos sociais que não aceitam a diversidade sexual e de gênero, o que contribui para o afastamento da população LGBTI+ dos serviços de saúde ofertados no SUS.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Minorias sexuais e de gênero.

ABSTRACT This article mainly focuses on the healthcare attention provided to the LGBTI+ population in Primary Healthcare within the Brazilian context. To achieve this, we sought to analyze the literature produced on the experiences of healthcare attention to the LGBTI+ population in Primary Healthcare in Brazil through an integrative literature review and thematic content analysis to identify, analyze, and report patterns within the researched data. The studies were classified and ordered according to the year of publication, region of the country, methodology used, and participant status. Although the researched period began in 2012, publications were only recorded in 2015. Between the years 2016 and 2019, there was an increase in the number of published studies related to the theme of this research. The decrease in publications in 2020 may be related to the reduction of activities due to the COVID-19 pandemic. It is also concluded that moral and religious factors have a strong impact on prejudice and discrimination, and there are reports in the literature of healthcare professionals being anchored in cultural teachings, family influence, and social groups that do not accept sexual and gender diversity, contributing to the distancing of the LGBTI+ population from the healthcare services offered by Unified Health System (SUS).

KEYWORDS Health services. Primary Health Care. Sexual and gender minorities.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
andreailka2012@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.



Introdução

Este artigo tem como objetivo analisar as principais questões referentes à atenção à saúde oferecida à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Intersexo e outros (LGBTI+) na Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto brasileiro, especialmente a partir da implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011¹, como resultado do reconhecimento das políticas públicas em direitos humanos LGBTI+ na esfera institucional.

A APS é a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, por vezes, o primeiro contato da comunidade com o serviço de saúde, proporcionando a possibilidade de uma melhor atenção aos indivíduos, com enfoque em estratégias e tecnologias em saúde para atendimento do indivíduo e da comunidade. Entretanto, essa porta de entrada nem sempre é acolhedora, sendo possível identificar várias barreiras à disponibilização de serviços que, efetivamente, considerem as condições organizacionais, sociais, culturais e de comunicação com a equipe que favoreçam as pessoas LGBTI+. Dessa forma, deve-se questionar a qualidade do acesso, bem como a sua efetiva existência para as populações LGBTI+².

De modo a aprimorar os serviços de saúde na APS, foram instituídas políticas facilitadoras da universalização e do acesso, como a PNSI-LGBT². Apesar das dificuldades de acesso existentes, a APS tem potencial para melhorar o atendimento com empatia, acolhimento e criação de vínculos. Assim como em outros grupos sociais, a população LGBTI+ possui especificidades a serem entendidas e acolhidas no âmbito da atenção à saúde, por exemplo, a necessidade de um homem trans realizar o exame citopatológico como forma de prevenção do câncer de colo do útero. Isso evidencia a necessidade de incluir as categorias orientação sexual e identidade de gênero

como variáveis importantes na intersecção com o acesso à saúde.

Pode-se afirmar que a construção de políticas públicas para o cuidado da saúde das pessoas LGBTI+ de forma integral e continuada vem sendo conquistada por meio de muitas reivindicações e lutas por seus direitos. Historicamente, o movimento LGBTI+ no Brasil se organizou para combater as violências que foram cometidas contra essa parcela da população ao longo das décadas, assim como na busca por visibilidade à afirmação de direitos³⁻⁵. Apesar de diversas tentativas de reconhecimento de direitos pela via legislativa no período pós-redemocratização, não há na esfera do Poder Legislativo Federal lei reconhecendo direitos para as pessoas LGBTI+⁶, tarefa que tem sido encampada pelo Poder Judiciário, especialmente no contexto neoliberal e de surgimento da extrema-direita, o que teve como consequências diretas a moralização e o combate aos direitos LGBTI+ enquanto direitos humanos fundamentais⁷.

Desde o governo Fernando Henrique Cardoso até o governo Dilma Rousseff, várias políticas públicas para a população LGBTI+ surgiram de diálogos e pressões dos movimentos sociais no Brasil. Particularmente durante os governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, foram desenvolvidas as principais políticas públicas para a população LGBTI+, com destaque para o programa Brasil sem Homofobia em 2004. Em 2008, cabe mencionar a realização da I Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT e a inclusão do processo transexualizador no SUS. Em 2009, foi elaborado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT; enquanto em 2011, ocorreram a criação do módulo LGBT no disque 100, a elaboração do primeiro relatório sobre violência homofóbica no Brasil, a publicação da PNSI-LGBT e a realização da II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos LGBT⁶.

A população LGBTI+ enfrenta contínuos desafios em relação aos seus direitos e garantias

fundamentais, expressos por diversas formas de preconceito e violência social. Infelizmente, essas manifestações muitas vezes culminam em crimes de ódio, resultando no próprio extermínio de pessoas⁸. Esses eventos ficam evidentes nos relatórios produzidos anualmente pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra)⁹, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública¹⁰, o Conselho Nacional de Justiça¹¹ e o Grupo Gay da Bahia (GGB)¹², os quais manifestam a premência e a permanência de construção de políticas públicas como políticas de estado para que a cidadania desse grupo social seja garantida.

O preconceito e a discriminação se estendem à atenção prestada nas unidades de saúde, onde ainda se identifica esse segmento como desviante do padrão heteronormativo¹³, o que potencializa ainda mais o olhar social estigmatizante e a necessidade de incluir ações de formação para as/os trabalhadoras/es da saúde a fim de divulgar a diversidade e as especificidades desse grupo¹⁴. A população LGBTI+, tratada de forma não equânime e por vezes segregada nesse contexto, enfrenta barreiras ao acesso aos serviços de saúde¹⁵, sendo exposta a julgamentos de profissionais desses serviços, fruto da LGBTIfobia estrutural, que reverberam negativamente na produção do cuidado¹⁶.

A APS emerge como uma área crucial na promoção da saúde para esse segmento populacional, o que demanda uma análise sob a ótica do direito fundamental ao acesso universal às intervenções e aos cuidados de saúde. É imperativo garantir aos indivíduos, nesse contexto, não apenas tratamento, mas também recursos para recuperação, reabilitação e, fundamentalmente, cura. Nesse contexto, a APS deve garantir direitos, como uso do nome social, uso do banheiro conforme a identidade de gênero e a oferta do processo transexualizador, além de contribuir para a divulgação desses direitos¹⁷. Considerando a experiência brasileira, a partir especialmente de como se organizou o SUS, a APS constitui-se como o elemento central do sistema de saúde universal¹⁸.

No contato com os usuários – no acolhimento, no atendimento clínico ou em qualquer outro tipo de ação em saúde –, pode-se contribuir para ampliar a equidade, fazendo com que o conhecimento sobre os direitos à saúde alcance o maior número de pessoas da população LGBTI+. Na medida em que a APS é uma das principais portas de entrada do SUS, é preciso fomentar práticas de atenção à saúde, bem como realizar cobranças aos gestores das secretarias de saúde municipais para organização de estratégias que promovam a atenção e o cuidado específico a esse público¹.

Material e métodos

Este artigo baseia-se em pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura, sobre as experiências de atenção à população LGBTI+ na APS no Brasil. É um estudo de natureza qualitativa – aquela capaz de oferecer a compreensão de fenômenos sociais complexos incapazes de serem elucidados com a pesquisa quantitativa. Seu uso se aplica à compreensão profunda de comportamentos, atitudes e motivações humanas e produz significados para o que as pessoas pensam e sentem¹⁹. Em alguns modelos de investigações científicas, é realizada uma consulta prévia à literatura, para compreender o panorama de produções acerca do tema e, posteriormente, até mesmo para verificar a viabilidade, o ineditismo e a originalidade do estudo. Contudo, em algumas pesquisas qualitativas, ela pode ser o próprio método investigativo, a partir da utilização de uma sequência de ações sistemáticas que sigam um rigor metodológico. Podem ser realizadas pesquisas exclusivamente com dados bibliográficos, e, assim, a revisão integrativa não caracteriza, necessariamente, uma estratégia norteadora da pesquisa, e sim uma forma plena de desenvolvimento da pesquisa como bibliográfica²⁰. O objetivo da revisão integrativa está correlacionado com o estado da arte, com a capacidade de identificação de tendências e lacunas da literatura²⁰.

A identificação da pergunta norteadora na fase inicial é de extrema importância para a revisão, pois fornece informações que determinam os estudos incluídos, as estratégias de identificação e as informações a serem investigadas²¹. Levando-se em consideração o atendimento do objetivo da pesquisa, determinou-se, na primeira etapa, a seguinte questão: a APS brasileira tem oferecido cuidado integral e com respeito aos direitos humanos à população LGBTI+?

Com base na questão norteadora, foi realizada a procura em bases de dados, segundo critérios de amostragem capazes de oferecer representatividade à amostra e insuspeição dos resultados²¹. Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO) no período de 2012 a 2022. Essa escolha se deveu à instituição da PNSI-LGBT realizada em dezembro de 2011 e considerada um marco importante para a atenção à saúde das pessoas LGBTI+.

Na BVS, foram utilizados os seguintes descritores: Minorias Sexuais e de Gênero OR LGBT* AND Atenção Primária à Saúde AND Assistência Integral à Saúde OR prática integral de cuidados de saúde OR atenção à saúde OR acesso à saúde OR conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Na SciELO, foram utilizados: Minorias sexuais e de gênero OR LGBT* OR homossexualidade OR Transexualidade OR pessoas Transgênero AND Serviços de Saúde. Os operadores booleanos AND e OR foram utilizados para fazer a unificação dos descritores para a pesquisa no banco de dados. Tais operadores constituem um dos recursos utilizados em pesquisa avançada em bancos de dados e que ajudam a construir uma pesquisa eficaz. O operador AND rastreia artigos que incluem todos os descritores apresentados enquanto o operador OR amplia os resultados, sendo usado para combinar termos semelhantes, baseado na obra de Toronto e Remington²².

Na pesquisa de bases de dados, foi utilizado o vocabulário controlado, constituído por

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que consiste em um conjunto padronizado de termos usados por um banco de dados para atribuir determinado tipo de informação. O Medical Subject Headings (MeSH), é a versão em inglês do DeCS, desenvolvido pela National Library of Medicine e atribuído a artigos no Medline, PubMed, CINAHL, Cochrane e outras bases de dados²². É importante ressaltar que o DeCS foi construído em consonância com o MeSH de forma a adotar sincronismo com bases internacionais e oferecer método seguro de vocabulário controlado. Os estudos em bases de dados com vocabulário controlado possuem variações de resultados quando comparados com o uso da linguagem natural. Nesse sentido, geram menos produções, contudo, costumam apresentar resultados mais relevantes²².

Após a busca de dados, realizou-se a etapa fundamental de definição dos critérios de inclusão e exclusão²¹, capaz de delimitar os artigos finais da pesquisa dentro de todos os artigos encontrados. Neste estudo, os critérios de inclusão foram: periódicos em língua portuguesa publicados a partir de 2012, quando foi instituída a PNSI-LGBT; que abordassem práticas de cuidado da saúde na APS no atendimento à população LGBTI+. Os critérios de exclusão foram: artigos em inglês; acima de dez anos; literatura cinzenta; citação de parte de uma obra; carta ao editor; revisões de literatura; e os que não atenderam aos objetivos propostos no trabalho.

Por meio do título, na base BVS, foram selecionadas 144 publicações, e na SciELO, 55, totalizando 199 publicações. Em seguida, foram excluídas 20 publicações por estarem duplicadas, e 161 após refinamento pelos critérios de inclusão e exclusão. Restaram 18 publicações para análise e avaliação na íntegra, sendo 15 publicações e 1 tese de doutorado. Nessa etapa, 2 publicações foram excluídas após análise, pois atendíamos a critérios de inclusão e exclusão. Após criteriosa análise, restaram 16 publicações, que foram incluídas na revisão.

Resultados e discussão

Os estudos que constituem a base deste artigo foram classificados e ordenados de acordo com o ano de publicação, região do País, metodologia utilizada e *status* dos participantes. Para coleta, nos periódicos, das informações pertinentes ao estudo, é indispensável o uso de um instrumento previamente elaborado que possibilite a obtenção dos dados para o atendimento dos objetivos da pesquisa, além de assegurar a checagem homogênea das informações e seu registro²¹. Nesse sentido, para a compilação das produções científicas, foi

utilizada uma ficha de extração, contendo: 1) autor principal, ano; 2) título; 3) revista; 4) região do estudo, estado, cidade; 5) idioma; 6) objetivo; 7) metodologia; 7.1) natureza do estudo; 7.2) número de participantes; 7.3) localização na APS; 7.4) amostra; 7.5) técnicas de coleta; 7.6) técnicas de análise; 8) resultados; 9) recomendações; 10) limitações do autor; 11) observações/limitações dos revisores que foram observados na literatura de Souza, Silva e Carvalho²¹. Com base nas fichas foi criado um quadro com as principais informações sobre cada publicação (*quadro 1*).

Quadro 1. Visão geral das publicações

Nº	Autor	Ano	Título	Revista	Local estudo	Objetivos
1	Araujo LM, et al. ²³	2019	O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva	Rev enferm UERJ	Rio de Janeiro/RJ	Descrever e analisar o cuidado às lésbicas, por enfermeiras e médicos, no campo da saúde sexual e reprodutiva.
2	Araujo LM ²⁴	2015	Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro/RJ	Descrever o conteúdo das representações sociais de enfermeiras e médicos, do campo da saúde sexual e reprodutiva, sobre mulheres lésbicas identificar as especificidades de saúde sexual e reprodutiva reconhecidas, pelos profissionais, entre as lésbicas; descrever dificuldades encontradas por enfermeiras e médicos no cotidiano das práticas de atenção sexual e reprodutiva das lésbicas.
3	Belém JM, et al. ²⁵	2018	Atenção à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais na Estratégia Saúde da Família	Revista Baiana de Enfermagem	Juazeiro do Norte/CE	Analisar a atenção à saúde prestada à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuaisna Estratégia Saúde da Família.
4	Cabral KTF, et al. ²⁶	2019	Assistência de Enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais	Revista de Enfermagem UPFE online	João Pessoa/PB	Analisar, sob a ótica de mulheres lésbicas e bissexuais, a assistência de Enfermagem em Unidades de saúde da família.
5	Ferreira BO, et al. ²⁷	2019	“Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde	Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde	Nordeste brasileiro	Apresentado foi analisar os sentidos atribuídos por agentes comunitários de saúde acerca do cuidado em saúde para as populações LGBT.
6	Guimarães NP, et al. ²⁸	2020	Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil	Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde	Espírito Santo/ES	Avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT (PNAIPLGBT) na atenção básica de saúde e compreender o conhecimento de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da diversidade sexual e da homofobia.
7	Guimarães RCP, et al. ²⁹	2017	Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os agentes comunitários de saúde?	Actas de Saúde Coletiva	Goiânia/GO	Investigar percepção do ACS em 5 UBS.

Quadro 1. Visão geral das publicações

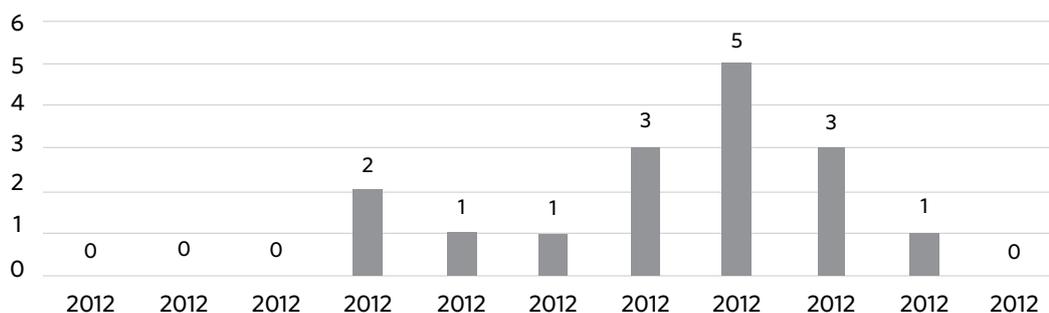
Nº	Autor	Ano	Título	Revista	Local estudo	Objetivos
8	Lima AM, et al. ³⁰	2019	Atributos da Atenção Primária a saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento as diversidades sexual e de gênero: relato de caso	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Rio de Janeiro/ RJ	Apresentar o médico de família e comunidade como um importante profissional na área da saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais
9	Monteiro S e Brigeiro M ³¹	2019	Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões	Cadernos de Saúde Pública	Baixada Fluminense /RJ	Analisar as experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde e discute a discriminação sexual/de gênero e as suas demandas aos serviços de transição de gênero e prevenção da aids.
10	Oliveira GS, et al. ¹⁷	2018	Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais travestis/transsexuais	Revista Enfermagem UERJ online	Cajazeiras/PB	Analisar sob a ótica de profissionais da Equipe Saúde da Família, a acesso de Lésbicas, Gays, Bissexuais, e Travestis/Transsexuais às Unidades básicas de Saúde da Família.
11	Padilha VB, et al. ³²	2020	O cuidado integral de pessoas LGBTQs na atenção primária à saúde a partir das percepções de psicólogas/os de um serviço de saúde comunitária de Porto Alegre/RS	GHC	Porto Alegre/RS	Identificar e mapear as linhas de cuidado existentes nas unidades de saúde de um serviço de saúde comunitária na cidade de Porto Alegre/RS.
12	Paulino DG, et al. ³³	2020	"Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans": performatividade trans, família e cuidado em saúde	Saúde & Sociedade	São Paulo/SP	Compreender como um contexto identitário trans mobiliza, na articulação com família e serviço de saúde, performances identitárias.
13	Rocon PC, et al. ³⁴	2016	Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde	Article in Ciencia & Saude Coletiva	Grande Vitória/ES	Discutir as dificuldades de pessoas trans moradoras da região metropolitana da Grande Vitória/ES em acessarem os serviços de saúde no SUS.
14	Silva AAC, et al. ³⁵	2021	Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária	REVISA	Bahia	Descrever a produção do cuidado em Enfermagem à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Pessoas Trans Queers Intersexos, Assexuais e outras identidades sexuais e de gênero, a partir das reflexões acerca do trabalho da enfermeira.
15	Silva ALR, et al. ³⁶	2019	Representações sociais de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre pessoas LGBT	Trabalho, Educação e Saúde	Florianópolis/SC	Compreender as representações sociais de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre essas pessoas, partindo-se da premissa que podem atuar como barreiras de acesso as ações e serviços.
16	Souza MHT, et al. ³⁷	2015	Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul	Texto & Contexto Enfermagem	Santa Maria /RS	Apresentar os cuidados com a saúde de travestis do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. A pesquisa de campo realizou-se no período de janeiro a novembro de 2012, com travestis de diversos municípios do Rio Grande do Sul, que residiam em Santa Maria durante a pesquisa.

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Embora o período pesquisado tenha se iniciado em 2012, apenas em 2015 foram registradas publicações. Entre os anos de 2016 e 2019, houve um aumento no número de estudos publicados relacionados com o tema desta pesquisa. A visibilidade da população LGBTI+ vem crescendo, e, com a veiculação de sua demanda por direitos, inclusive à saúde, é possível que o assunto venha conquistando

mais espaço nos estudos sobre a saúde. A diminuição das publicações em 2020 pode estar relacionada com a redução de atividades em razão da pandemia de Covid-19, mas também a uma reificação da moralidade e da religiosidade, que permeou o discurso governamental nos últimos anos. No entanto, o número de estudos é insuficiente para avançar na compreensão desse fenômeno (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Estudos por ano de publicação

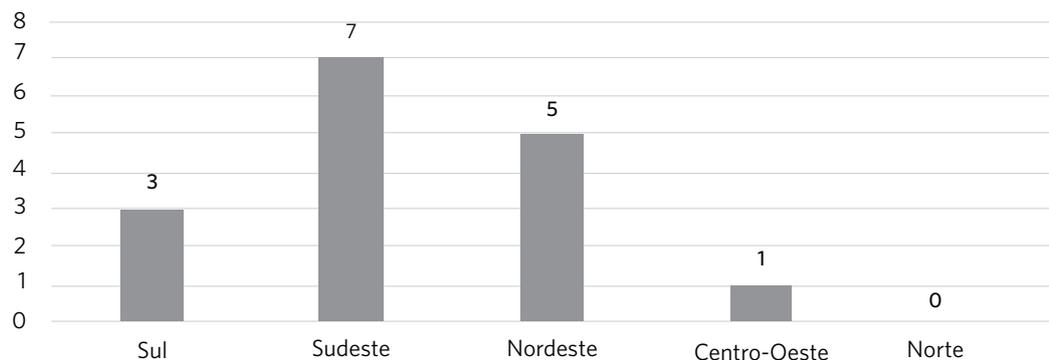


Fonte: elaboração própria.

A região Sudeste apresenta um maior número de artigos, resultado semelhante ao de outros estudos, que indicam uma concentração

de pesquisas sobre o tema nas grandes cidades do Brasil. Nenhum trabalho foi realizado na região Norte (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Estudos por região do Brasil

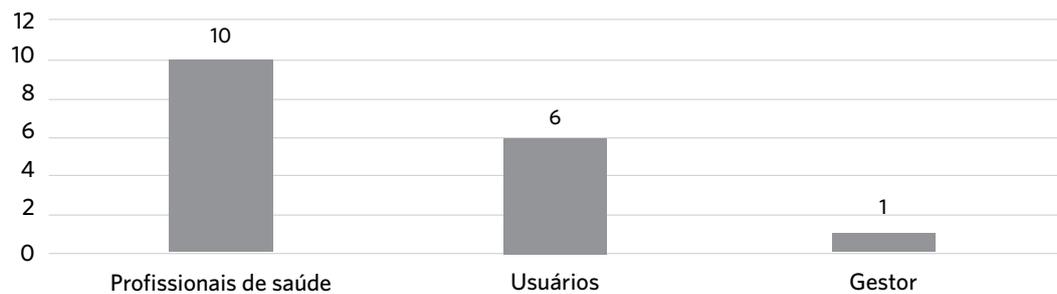


Fonte: elaboração própria.

Quanto à natureza metodológica dos estudos, foram encontrados 15 estudos qualitativos e somente 1 quantitativo. As pesquisas qualitativas empregaram técnicas de coleta de dados variadas, como entrevistas semiestruturadas, entrevista aberta, grupo focal, observação do participante, questionário e relato de caso. As abordagens de análise encontradas foram análise de conteúdo, hermenêutica dialética e análise do discurso.

Na quantificação dos estudos por categoria dos sujeitos pesquisados, um deles inclui tanto a presença de profissionais de saúde quanto a de gestor, por isso a soma das publicações é 17 (*gráfico 3*). Percebe-se que a maioria dos estudos é realizada com profissionais de saúde, devido à facilidade de acesso aos sujeitos de pesquisa, pois, em geral, esses estudos são feitos por profissionais de saúde, dentro de unidades de saúde.

Gráfico 3. Estudos por categoria dos sujeitos pesquisados



Fonte: elaboração própria.

Nesta pesquisa, foi utilizada a análise de conteúdo temática, técnica flexível e amplamente utilizada para identificar, analisar e relatar padrões dentro dos dados. O processo ocorreu em três fases: pré-análise dos dados, exploração do material e tratamento dos dados³⁸. Três categorias de análise emergiram do material analisado, que foram: a esfera

relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBTI+; a organização do serviço e a atenção à saúde LGBTI+; e, por fim, a garantia de direitos dos usuários. O *quadro 2* exhibe as categorias formuladas conforme o número de ordem definido no *quadro 1*.

Quadro 2. Processo de formulação e número de ordem das categorias

Categoria	Subcategoria	Unidades de significado	Nº de ordem das publicações (conforme <i>quadro 1</i>)
Esfera relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBTI+	Acolhimento e vínculo	Falta de acolhimento e desinteresse dos trabalhadores	4, 8, 11 e 16
		Lésbicas masculinas e bissexuais disseram não ser acolhidas e cuidadas	
		Médico de família e comunidade capaz de estabelecer vínculo e prestar cuidados	
		Travestis buscam cuidado em outros espaços fora da saúde onde experimentam acolhimento	
		Profissional LGBTI+ na equipe facilita o acolhimento	

Quadro 2. Processo de formulação e número de ordem das categorias

Categoria	Subcategoria	Unidades de significado	Nº de ordem das publicações (conforme quadro 1)
	Preconceito e discriminação	Minimização do problema, falta de respeito e preconceito como barreira Reconhecimento da existência de preconceito e discriminação como elementos que dificultam a interação Representações sociais dos trabalhadores ancoradas em preceitos morais e religiosos Percepção da sexualidade e da identidade de gênero como incorretas Usuários LGBTI+ não revelam orientação sexual e identidade de gênero por vergonha e medo da discriminação, principalmente as lésbicas	3, 4, 7, 10, 15 e 16
Organização do serviço e atenção à saúde LGBTI+	Formação dos trabalhadores da saúde	Falta de informação e preparo dos profissionais para o atendimento a especificidades e necessidades em saúde dos usuários LGBTI+ Falta de preparo ainda maior em lésbicas, bissexuais, trans e travestis Dificuldades de discriminação entre orientação sexual e identidade de gênero Inabilidade de comunicação (perguntas e afirmações inadequadas) Estereótipos das necessidades de saúde (centradas em IST) e permanência da concepção de promiscuidade e grupo de risco Falta de informação dos profissionais sobre as IST quando necessário e oportuno Médico de família e comunidade capaz de prestar cuidados adequados Capacitações como sendo ineficientes para mudar valores, atitudes e representações sociais Formação dos profissionais depende de iniciativa individual e não institucional Necessidade de mais investimento em pesquisas para fornecer subsídios para melhorar formação dos profissionais	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14 e 15
Organização do serviço e atenção à saúde LGBT	Acesso e qualidade da atenção	Barreiras de acesso, insatisfação, baixas assiduidades e adesão Travestis enfrentam barreiras ainda maiores e raramente buscam por serviços de saúde Baixa oferta de ações específicas para transição de gênero, IST/aids não são a principal razão de procura da população LGBTI+ Organização da rede de serviços de saúde	3, 5, 7, 9, 11, 13 e 16
Garantia de direitos dos usuários	Observância das políticas e normativas que garantem direitos	Incompreensão do sentido de equidade Desconhecimento da PNSI-LGBT e outras políticas na área da saúde Inobservância de normas legais garantidoras de direitos (por exemplo, nome social) Reconhecimento da expressão identitária Trans para estabelecimento de vínculo, acolhimento eficaz e cuidado integral Sofrimento psíquico causado pelas violações de direitos	2, 3, 6, 7, 9, 10, 12 e 13

Fonte: elaboração própria com base em dados da pesquisa.

Em seguida, serão examinadas as três categorias analíticas formuladas, subdivididas em suas subcategorias.

Na análise das categorias, destacamos a categoria ‘esfera relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBTI+’, especialmente a

subcategoria ‘acolhimento e vínculo’. Durante o acolhimento, estabelece-se um vínculo baseado na confiança e na responsabilidade da equipe de saúde no cuidado e na promoção da saúde dos usuários³⁹. Acolher envolve ouvir, validar necessidades e estar disponível

para atender. É uma ação de aproximação e inclusão, alinhada com a Política Nacional de Humanização do SUS⁴⁰.

O acesso e o acolhimento caminham juntos, em um mesmo sentido e com objetivos muitas vezes similares, que são as buscas aos serviços de saúde, e estão relacionados com a capacidade de um grupo para buscar e obter assistência à saúde e com as condições de acessibilidade para comportarem dimensões econômicas, técnicas e simbólicas³⁹. O acesso e o acolhimento permeiam a qualidade dos serviços de saúde, que costumam ser avaliados, tomando como marco teórico sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Contudo, a ideia de qualidade também está relacionada com a própria subjetividade dos processos de saúde⁴¹.

Nesse sentido, as desigualdades de acesso e acolhimento e a baixa qualidade da assistência à saúde são problemas interligados, que afetam especialmente grupos minoritários, como as populações LGBTI+, e interferem na inserção desses indivíduos no sistema de saúde⁴². Vale registrar que ainda se verifica, no cotidiano do cuidado, a persistência da patologização das identidades sexuais e expressões de gênero fora da cis-heteronormatividade – apesar de o Conselho Federal de Medicina no Brasil ter retirado a homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID-9, código 302.0) em 1985 e de a Organização Mundial da Saúde ter excluído as identidades trans da CID em 1994. Essa questão permeia todo o campo da saúde, e não apenas a APS.

Pessoas LGBTI+ podem não se encaixar em padrões binários, o que torna desafiador adaptar políticas de saúde como as de atenção à saúde do homem ou da mulher. A inclusão de identidades plurais e corpos diversos na saúde requer preparo dos profissionais. Isso diferencia indivíduos dentro do grupo populacional LGBTI+⁴³. Quando os serviços de saúde não estão preparados para atender essas necessidades, ocorre um acesso deficitário na APS. Os que não se enquadram no binarismo sexual enfrentam vulnerabilidades em várias

áreas, incluindo saúde, emprego, renda, cultura e segurança pública, dentre outras⁴⁴. Nesse contexto, o acesso à saúde varia mesmo dentro da população LGBTI+.

O acolhimento promove um fenômeno chamado vínculo, uma conexão entre pessoas com interesse ou sentimento em comum²⁶. Esse vínculo entre usuário e equipe de saúde se desenvolve ao longo do tempo, baseado na confiança e na responsabilidade da equipe no cuidado e na promoção da saúde³⁹. O cuidado integral estabelece vínculos entre o público LGBTI+ e os profissionais de saúde³⁰. Um dos estudos³⁸ relata que as travestis, por não encontrarem acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), buscam cuidados em outros espaços fora da saúde, como pontos de prostituição, boates gays, delegacias de polícia, residência de familiares, paradas e excursões LGBTI+.

O desinteresse dos profissionais de saúde é uma das principais lacunas a serem preenchidas em relação à chegada da população LGBTI+ aos serviços de APS. É frequente o relato, por parte desses usuários, da dificuldade de comunicação em função da sua orientação sexual. A ineficiência dos profissionais de saúde para a criação de laços que facilitem o acesso aos serviços ofertados, a incapacidade de acolher, escutar e, sobretudo, resolver problemas ligados às especificidades desse público afastam essa população dos serviços ofertados pela APS³².

Os artigos revisados para a elaboração desta pesquisa evidenciaram que lésbicas de aparência masculina e mulheres bissexuais informaram não ser acolhidas, cuidadas e assistidas em suas especificidades, prejudicando a acessibilidade aos serviços de saúde oferecidos²⁶. Há uma reclamação por parte desse público no tocante à falta de acolhimento e o despreparo das equipes durante o atendimento. Mulheres lésbicas e bissexuais relataram que os profissionais do atendimento, apesar de capacitados e de possuírem a técnica para o exercício da profissão, não tinham a empatia necessária para a construção do vínculo entre

usuário, profissional e, conseqüentemente, com a unidade de saúde²⁶.

Existem ainda relatos de mulheres lésbicas que enfrentaram desconforto ao realizar o exame citopatológico com um espécúlo de tamanho inadequado, pois sentem incômodo com a penetração. Como consequência, saíram da consulta insatisfeitas por não terem sido atendidas em suas especificidades. Destaca-se ainda que mulheres lésbicas também deixam de procurar as unidades de saúde para obter informações e atendimento para sua saúde, como é no caso da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). As lésbicas acreditavam ser imunes às IST, pois só se relacionavam sexualmente com mulheres, contudo, sem proteção adequada durante as relações sexuais. Essas situações poderiam ter sido minimizadas pela existência de vínculo entre profissionais e usuárias, o que propiciaria uma atitude mais sensível por parte dos profissionais e possibilitaria maior troca de conhecimento para redução do risco à saúde. Essa falta de consonância ocorre quando os profissionais de saúde não possuem a qualificação, o preparo e o interesse para o atendimento e o acolhimento dessa população²⁶. Um dos estudos apontou que a produção de vínculos entre usuários e unidade de saúde aumenta quando um dos membros da equipe faz parte abertamente da população LGBTI+, o que facilita o acolhimento, a compreensão e o atendimento a demandas específicas dessa população³².

No que diz respeito a ‘preconceito e a discriminação’ como subcategorias, cabe destacar que, na análise dos artigos, foram encontrados muitos depoimentos sobre atos de preconceito sofridos por pessoas do público LGBTI+. Raras são as exceções, excluindo alguns profissionais que fazem parte dessa população e de poucos profissionais sensibilizados que se interessam em prestar atendimento digno a qualquer cidadão que procure atendimento nas unidades de saúde^{25,29}.

A partir de 2019, a LGBTIfobia foi reconhecida como crime a partir de decisão do

Supremo Tribunal Federal⁴⁵. O preconceito e a discriminação por parte de profissionais de saúde não são reconhecidos, são negados. A falta de reconhecimento dificulta a modificação das condutas e rotinas, o que mantém as barreiras de acesso e dificulta a interação do usuário com os serviços ofertados^{25,28}.

Fatores morais e religiosos alimentam o preconceito e a discriminação. Os profissionais de saúde muitas vezes internalizam representações sociais influenciadas por ensinamentos culturais e pressões de grupos que rejeitam a diversidade sexual. Para essas pessoas, aqueles que não seguem a cis-heteronormatividade são vistos como incorretos e inaceitáveis a partir de valores morais e religiosos, o que afasta os usuários dos serviços de saúde³⁵. Esse preconceito também leva os membros da comunidade LGBTI+ a esconderem sua orientação sexual e identidade de gênero por receio de discriminação¹⁷.

Ademais, falta de compreensão em relação a comportamentos não normativos aumenta a vulnerabilidade dessa população, causando sofrimento físico, psicológico e social³². Além disso, a sensação de exclusão dos espaços de saúde afasta ainda mais essa comunidade dos serviços disponíveis, privando-a também de interações sociais²⁵. Nesse cenário, o pleno acesso aos serviços de saúde é fundamental para a utilização desses serviços, bem como é resultado dos fatores individuais e relacionados com a qualidade do atendimento⁴⁶. Assim, práticas discriminatórias baseadas na orientação sexual e na identidade de gênero são um dos principais entraves para a efetivação do direito à saúde das pessoas LGBTI+.

Na análise das categorias, também cabe destacar a categoria ‘organização do serviço e atenção à saúde LGBTI+’, com enfoque na subcategoria ‘formação dos trabalhadores da saúde’. Na graduação dos profissionais de nível superior, temas como identidade de gênero e orientação sexual ficam limitados à abordagem sobre assuntos relacionados com infecções sexualmente transmissíveis, não havendo uma maior preocupação com as demandas e as

especificidades da população LGBTI+²⁸. Tais cursos pouco contemplam questões ligadas a gênero e sexualidade e questões de saúde entre pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais, tampouco é dada ênfase aos assuntos relacionados com discriminações, iniquidades e violência desse público, o que poderia contribuir para uma postura mais humanizada, ética e respeitosa por parte dos profissionais²³. Um ponto a destacar é que um dos estudos revela que as capacitações ofertadas às trabalhadoras e aos trabalhadores se mostraram ineficientes para mudar valores, atitudes e representações sociais; também, que os vários tipos de formação deveriam também abordar crenças e valores morais.

Em relação à formação profissional, existe um silêncio sobre questões de saúde relacionadas com as lésbicas, principalmente nos materiais de apoio voltados para os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços, como em: materiais de divulgação das campanhas de saúde; materiais educativos; pesquisas de campo relacionadas com a saúde da mulher; e nos investimentos para o desenvolvimento de recursos tecnológicos, que, de alguma forma, possa contribuir para a qualidade do cuidado da saúde das lésbicas²⁴. Os estudos também evidenciaram que a formação dos profissionais de saúde depende da iniciativa individual, ao passo que o desejável seria a capacitação por iniciativa institucional³².

Os profissionais de saúde destacaram inúmeras lacunas, como defasagem de conhecimento, inabilidade de comunicação e omissão em relação às demandas relacionadas com a saúde das mulheres lésbicas. Salienta-se a inabilidade com relação às competências necessárias na comunicação que é tão importante na realização na abordagem de temas como práticas sexuais e sexualidades²³. Em decorrência do déficit na formação do profissional de saúde, há relatos de dificuldades em relação à abordagem de aspectos relativos à saúde da população LGBTI+, sendo apontadas as capacitações como fator primordial para a melhoria no atendimento desse público²⁵.

Existe a necessidade de colocar em pauta, nas instituições de formação dos profissionais de saúde, as questões ligadas ao público LGBTI+, para um melhor encadeamento entre os profissionais de saúde com a diversidade sexual, pois, ao longo da formação, não há um preparo para a discussão dos temas ligados à sexualidade de forma aberta e sem preconceito²⁸. O despreparo dos profissionais em relação ao atendimento dessa população também é percebido na persistência do estereótipo dos 'grupos de risco', que relaciona as pessoas LGBTI+ às IST, e na concepção de promiscuidade sexual, mostrando a permanência de visões preconceituosas e inadequadas³⁶.

A formação adequada do profissional de saúde é peça fundamental para a captação do público LGBTI+ para realizar exames de prevenção, necessários para a detecção precoce de doenças nas unidades da APS, como é o caso do exame preventivo de câncer de colo de útero (exame citopatológico). A comunicação ainda limitada entre esse público e o profissional de saúde, que não aborda adequadamente a orientação sexual das mulheres durante as consultas de enfermagem, leva a uma relutância dos pacientes em revelar sua orientação devido à falta de conforto e à ausência de vínculos estabelecidos²⁶.

As dificuldades identificadas nas propostas governamentais relacionadas com o público LGBTI+ decorrem da escassez de investimentos na formação profissional dos trabalhadores da saúde. Essa formação deve ser centrada na competência e no desenvolvimento das habilidades de comunicação, capacitando os profissionais de saúde a utilizarem uma linguagem não discriminatória para garantir um atendimento mais eficaz e inclusivo para a população LGBTI+³⁵.

Outra subcategoria que emergiu na pesquisa foi 'acesso e qualidade da atenção'. O acesso pode ser definido como a capacidade e a liberdade para obter algo ou fazer uso de alguma coisa. Na saúde, ele é definido como o conjunto de naturezas e circunstâncias que facilitam a entrada de usuários na rede pública de saúde

e aos diferentes serviços ofertados. O acesso é um conceito determinante para compreender as disparidades na oferta de serviços de saúde à população, apresentando dimensões que influenciam a equidade no acesso a esses serviços. Além disso, ele é compreendido como a percepção das pessoas sobre a acessibilidade, enquanto esta última diz respeito à forma pela qual se alcança os serviços de saúde².

Na perspectiva da população LGBTI+, a rede de serviços de saúde não satisfaz suas necessidades de forma adequada. Barreiras simbólicas ao acesso, resultantes da intolerância aos comportamentos sexuais que se desviam do padrão heteronormativo, desencadeiam processos de sofrimento, insatisfação, falta de regularidade nas consultas, baixa adesão ao tratamento, adoecimento e mortalidade precoce dentro desse grupo. Consequentemente, a qualidade da atenção à saúde oferecida à comunidade LGBTI+ é insuficiente²⁸. Por fim, dois estudos sugerem que as barreiras de acesso não são reconhecidas por parte dos profissionais, o que dificulta ainda mais a atuação sobre estas^{25,28}.

As dificuldades frequentes no acesso acabam por desencorajar a busca pelos serviços de saúde, muitas vezes percebidos antecipadamente como inacessíveis e ineficazes para satisfazer as demandas e as expectativas dos usuários, incluindo consultas e exames. Um dos estudos aponta que uma parcela dessa população busca utilizar a rede privada para solucionar as queixas não atendidas na rede pública. O acolhimento do serviço de saúde e a construção de vínculos, citados no tópico anterior, são determinantes para melhoria do acesso e adesão ao cuidado de saúde por parte do público LGBTI+²⁵.

As travestis enfrentam obstáculos ainda mais significativos devido às modificações corporais que frequentemente são mal compreendidas pelos profissionais de saúde, o que as desencoraja a buscar serviços públicos de saúde. Além disso, relatam sentir-se desprovidas de aceitação, respeito e valorização, pois são constantemente questionadas sobre seus estilos de vida. Essa dificuldade faz com que

muitas travestis busquem por outras formas de cuidado para atender às suas necessidades de saúde, como as casas de religião de matriz africana por exemplo³⁸.

Alguns profissionais de saúde acreditam que a população trans sequer deveria ser atendida na APS, mas apenas na atenção especializada, mesmo que suas queixas se refiram a questões de saúde pertinentes à APS³². A autora destaca, além da necessidade de qualificação dos trabalhadores, o estabelecimento de linhas de cuidado pensadas para essa população.

Se, por um lado, existe a percepção de que as pessoas trans não devem ser atendidas na APS, por outro, persistem lacunas no atendimento especializado. Pessoas trans buscam por serviços especializados em processo transexualizador na rede pública de saúde, porém, os estudos mostram baixa oferta de ações específicas para transição de gênero, visto que esses serviços ainda não são fornecidos por todos os estados brasileiros, apesar de o Ministério da Saúde, em 2008, ter lançado o processo transexualizador no SUS³⁴.

Embora muitos profissionais acreditem que a principal razão pela qual a população LGBTI+ procura atendimento esteja relacionada com as IST, esse grupo busca iniciativas interdisciplinares de educação permanente sobre direitos humanos dentro do SUS. Isso inclui questões relacionadas com identidade de gênero e orientação sexual, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da participação nos conselhos de saúde e direito ao uso do nome social nos prontuários do sistema, conforme será discutido no próximo tópico²⁷.

No contexto da pesquisa, examinamos a categoria referente à 'garantia de direitos dos usuários', com especial atenção à subcategoria que aborda a 'observância das políticas e normativas destinadas a assegurar esses direitos'. A Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, garante a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Lei Orgânica nº 8.080/1990 estabelece os princípios orientadores do SUS, incluindo a universalidade, que assegura o acesso universal aos serviços de saúde sem restrições, e a

integralidade, que abrange uma atenção à saúde completa, desde a prevenção até os cuidados de maior complexidade, considerando aspectos biológicos, psicossociais e culturais²⁹.

Não há dúvida de que a saúde é um direito fundamental do ser humano. Portanto, é crucial reconhecer que a vida depende de um acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde, por meio de um sistema público que atenda de maneira adequada às diversas necessidades humanas, sem discriminação, e fundamentado no direito inalienável de cada pessoa. Sendo assim, a saúde se torna um direito fundamental para que os demais direitos possam também existir⁴⁷. Essa percepção se alinha com uma perspectiva crítica dos direitos humanos, tendo em conta que estes devem ser considerados como ponto de partida⁴⁸, e não como simples ponto de chegada. Particularmente, deve-se ponderar a importância de refletir sobre a democracia, considerando a exclusão e a desigualdade por meio de formas de emancipação social⁴⁹ que impactam diretamente na efetivação dos direitos humanos.

Na Constituição Federal, a igualdade de direitos está vinculada à equidade, especialmente em questões de direitos sociais. Equidade pode ser entendida de duas formas: primeiro, como um princípio de justiça que estabelece regras justas para a convivência social, frequentemente associado ao princípio de igualdade; segundo, como a adaptação da norma geral a situações específicas para evitar injustiças, levando em consideração as particularidades de cada grupo⁵⁰.

Uma visão recorrente entre os profissionais de saúde é a ideia de igualdade no cuidado às pessoas LGBTI+, sem levar em consideração o princípio da equidade devido às demandas específicas de cada indivíduo dessa população. Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde do sexo feminino, constatou-se um desconhecimento das necessidades e especificidades desse público em relação à saúde, existindo uma ideia de generalização, ou seja, de que todos devem receber o mesmo

acolhimento e tratamento, o que contribui para a vulnerabilidade e exclusão¹⁷.

Para que haja maior equidade relacionada com os direitos dos usuários, é necessário que os profissionais da área de saúde melhorem o conhecimento relativo às políticas públicas e as especificidades referentes às pessoas LGBTI+, promovendo uma maior qualificação dos serviços prestados, contribuindo para os princípios de universalidade, integralidade e equidade, colaborando para o enfrentamento das consequências excludentes da cis-heteronormatividade e da LGBTIfobia¹⁷.

No que tange às garantias de direitos humanos, um dos artigos examinados ressaltou a inexistência e a insuficiência de diretrizes e políticas institucionalizadas de cuidado para a população LGBTI+. Os participantes da pesquisa, ao serem questionados sobre os cuidados de saúde direcionados a esse grupo, revelaram constrangimento e incertezas em relação ao tema³².

Nesse contexto, a violação dos direitos da população LGBTI+ se explica pela inabilidade dos profissionais dos serviços de saúde de promover acesso, acolher e construir vínculos com esse público, adotando uma postura excludente em função da orientação sexual, colaborando para o distanciamento dessa população dos serviços de saúde. Esses fatores associados à vulnerabilidade colaboram para o aumento do sofrimento psíquico desse grupo²⁵.

No campo das normativas que visam à saúde integral, a PNSI-LGBT foi instituída em dezembro de 2011, no entanto, os estudos mostram que essa política permanece pouco conhecida entre os trabalhadores da saúde. Uma pesquisa de avaliação da implementação da PNSI-LGBT indicou que 70% dos profissionais, ao serem indagados sobre conhecimentos referentes à política, relataram não ter nenhum conhecimento sobre o assunto²⁸.

Há uma preocupação em demonstrar uma boa relação entre o profissional de saúde e a população LGBTI+, indicando que existem cobranças e censuras impostas no seu local de trabalho, onde subjetivamente as políticas

públicas deveriam ser respeitadas, assim como a PNSI-LGBT, que exerce pressão para o posicionamento dos profissionais de saúde²⁴. Embora essa política seja ainda insuficientemente conhecida e adotada, as normativas são necessárias como condição para garantia dos direitos e servem para orientar as ações e inibir comportamentos abusivos ou ilegais. Contudo, um dos estudos salienta que elas não são suficientes para mudar as representações sociais e os valores morais que estão relacionados com essa população¹⁷.

Um dos direitos mais importantes para o público LGBTI+, garantido pela Portaria nº 1.820/2009 do Ministério da Saúde, é a observância do uso do nome social nas unidades públicas de saúde. O uso do nome social colabora para o princípio da equidade do SUS e estimula o respeito à diversidade, porém, o cumprimento de sua utilização ainda depende da aceitação por parte dos profissionais da saúde em abandonar preconceitos e dogmas²⁸. A inobservância em seu uso dificulta a permanência de pessoas trans e travestis nos serviços ofertados pelo SUS e aumenta o abandono nos tratamentos de saúde. Ademais, o desrespeito ao nome social por parte dos profissionais de saúde tem sido indicado como uma das principais barreiras de acesso enfrentadas por esse público³⁴.

Monteiro e Brigeiro³¹ observaram que a não utilização do nome social nas consultas, por parte dos profissionais de saúde, acarretam um sentimento de constrangimento nas usuárias trans. A maioria das entrevistadas em sua pesquisa conhecia o direito ao uso do nome social e à expressão de sua identidade de gênero. A não utilização do nome social nos serviços de saúde foi reconhecida como ato discriminatório contra as mulheres trans/travestis. Oliveira et al.¹⁷ destacam também a importância de acesso ao banheiro feminino pelas travestis e transexuais, mas reconhecem que há muito em que se avançar em matéria de equidade. Outras ações, especialmente no fortalecimento da confiança, são necessárias para a captação de informações de saúde, bem como o uso da simpatia e da

cordialidade que facilitam o estreitamento de vínculos e laços tão importantes para a saúde mental dessa população¹⁷.

É fundamental ampliar o conhecimento das políticas públicas para a saúde da população LGBTI+ e reduzir a lacuna causada pela cis-heteronormatividade. Além dos direitos constitucionais à saúde, documentos como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS contribuem para garantir esses direitos. A última revisão da PNAB proíbe qualquer exclusão com base em idade, gênero, raça, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual ou identidade de gênero⁵¹. Da mesma forma, a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS estabelece o direito de acesso a serviços de saúde para promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde⁵². Portanto, é fundamental que os serviços de saúde e os profissionais reconheçam a importância da expressão identitária dos usuários e sua relação com os laços familiares, garantindo um acolhimento que considere a integralidade dos sujeitos³³.

Considerações finais

Os objetivos deste estudo consistiram em analisar a literatura sobre as experiências de atenção à população LGBTI+ na APS no Brasil. Buscamos compreender como tais experiências se desenrolam no cotidiano das UBS, identificando os aspectos que dificultam ou facilitam o acesso aos cuidados de saúde dessa população. Além disso, procuramos averiguar se as práticas existentes estão alinhadas com os direitos humanos direcionados a esse grupo.

A literatura examinada neste estudo indica que as ações voltadas para a população LGBTI+ ainda são incipientes, fragmentadas e pouco eficazes em lidar com as necessidades desse grupo. Esse problema é exacerbado pelo fato de que a APS serve como uma das principais portas de entrada para o SUS, sendo o primeiro ponto de contato da comunidade com os serviços de saúde, apesar de haver normativas

formais estabelecidas. Como mencionado anteriormente, existem políticas públicas destinadas a promover a equidade de gênero e garantir uma atenção integral à saúde, bem como normas que visam proteger os direitos da população LGBTI+.

A análise dos artigos revisados indica que essa população enfrenta dificuldades significativas de acolhimento, o que compromete o acesso aos serviços de saúde disponíveis. Grande parte da literatura examinada destaca a falta de preparo das equipes de saúde para lidar com esse público e a ausência de acolhimento necessário para estabelecer um vínculo efetivo entre usuário e profissional de saúde, resultando em uma menor frequência nas visitas às unidades de saúde. As barreiras pessoais, influenciadas por crenças e valores morais, não devem prevalecer sobre o compromisso do profissional com os direitos dos usuários. Além disso, a população LGBTI+ continua a ser pouco visível em suas particularidades, inclusive no que diz respeito aos problemas de saúde mais comuns que deveriam ser abordados pela APS.

Conclui-se que fatores morais e religiosos têm forte impacto sobre o preconceito e a discriminação e, muitas vezes, predominam sobre as políticas de equidade e inclusão. Nas literaturas analisadas, não foram encontrados outros marcadores sociais da diferença, como idade, cor, ocupação ou classe social, os quais poderiam explicar algumas atitudes excludentes, além da orientação sexual e da identidade de gênero. Há relatos na literatura de profissionais de saúde que ancoram suas ações em saúde em representações sociais que não aceitam a diversidade sexual, e que acreditam que pessoas fora da cis-heteronormatividade são consideradas como incorretas e até mesmo inaceitáveis, contribuindo para o afastamento dessa população dos serviços de saúde ofertados no SUS.

A análise dos estudos também assinala que, apesar da existência de temas como identidade de gênero e orientação sexual na graduação dos profissionais de saúde de nível superior,

esses temas ficam limitados a abordagens sobre assuntos relacionados com IST, não havendo uma preocupação maior com outras demandas e especificidades inerentes a cada segmento dessa população.

Em relação à formação e à capacitação dos trabalhadores da saúde, independentemente de seu nível de escolaridade, um ponto a destacar é que poucas ações aprofundam temas ligados a gênero e sexualidade e questões de saúde entre pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais; tampouco é dada ênfase aos assuntos relacionados com discriminações, iniquidades e violência dirigidas a esse público, o que poderia contribuir para uma postura mais humanizada, ética e respeitosa por parte dos profissionais.

Ressaltamos que a APS deve garantir direitos sociais, como o uso do nome social, uso do banheiro nas dependências das unidades de saúde, conforme sua orientação sexual e identidade de gênero, oferta do processo transexualizador, além da contribuição para a divulgação desses direitos. Destacamos, com base na análise dos textos que serviram para a elaboração deste trabalho, que a APS pode contribuir para a melhoria da saúde desse grupo populacional em defesa do direito ao acesso universal a ações e serviços de saúde, para que sejam assegurados aos usuários o tratamento, a recuperação, a reabilitação e a cura.

Existem numerosos recursos disponíveis gratuitamente para a formação de trabalhadores da saúde, como cursos, publicações, *sites* especializados, *folders* explicativos e outras literaturas diversas que poderiam auxiliar na oferta de uma boa atenção à saúde para essa população. A APS tem capacidade para estimular seus profissionais de saúde, capacitando-os por meio de cursos, mentorias, ciclos de debate, treinamentos, desenvolvimento, matriciamento e *soft skills*, entre outras formas de desenvolvimento técnico do potencial humano, criando as condições necessárias para a geração de equidade, minimizando a vulnerabilidade e contribuindo para que haja uma sociedade mais justa.

Colaboradores

Reis AA (0000-0002-1141-0473)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, elaboração, normatização, todos os processos para entrega e publicação do manuscrito. Carvalho

HR (0000-0001-6366-1971)* contribuiu para complementação da pesquisa bibliográfica, revisão crítica, normatização e normas técnicas do arquivo e edição da versão final do manuscrito para publicação. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
2. Figueira MC, Silva WP, Silva EM. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71:1178-1188.
3. Trevisan JS. Devassos no Paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. 4. ed. São Paulo: Objetiva; 2018.
4. Green JN. Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Unesp; 1999.
5. Facchini R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. *Cad Ael.* 2003; 10(18/19).
6. Carvalho HR. Políticas Públicas em Direitos Humanos LGBTI+: subrepresentatividade e judicialização no Brasil pós-redemocratização. In: Maio ER, Villela HPG, Netto JVG, et al. editores. *Diversidade sexual e identidade de gênero: direitos e disputas.* Curitiba: Editora CRV; 2022. p. 73-90.
7. Carvalho HR, Oliveira FAG. A ideologia de gênero como dispositivo bioético político: políticas antigênero no Brasil, o crescimento da extrema direita e o papel contramajoritário do Supremo Tribunal Federal. *Rev. Bras. Estud. Homocult.* (no prelo) 2023.
8. Carvalho JRA, Tavares FC. Criminalização da LGB-TFOBIA como forma de proteção à dignidade humana. *Legis Augustus.* 2018; 11(2):70-95.
9. Benevides BG, organizadora. Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021. Brasília, DF: Antra; 2022. [acesso em 2023 abr 10]. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2022/01/dossieantra2022-web.pdf>.
10. Cerqueira D. Atlas da Violência 2021. São Paulo: FBSP; 2021. [acesso em 2023 abr 10]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>.
11. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Discriminação e violência contra a população LGBTQIA+: relatório da pesquisa. Brasília, DF: CNJ; 2022. [acesso em 2023 maio 16]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/08/relatorio-pesquisa-discriminacao-e-violencia-contralgbtqia.pdf>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Oliveira JMD, Mott L. Grupo Gay da Bahia. Mortes Violentas de LGBT+ No Brasil 2019. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia; 2020.
13. Lima CV. Sentidos de profissionais da psicologia sobre o acesso da população LGBT na atenção básica em saúde de Maringá – PR: quatro mitos perniciosos. [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2017. [acesso em 2023 maio 16]. Disponível em: http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/5687/1/Cristiano%20Viana%20de%20Lima_2017.pdf.
14. Pinto DR, Murillo RSG, Oliveira JM. Revendo a questão da saúde LGBT no âmbito da atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Estud. Homocult.* 2021; 4(13):306-326.
15. Pereira EO, Ferreira BO, Amaral GS, et al. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? *Tempus (Brasília)*. 2017; 11(1):51-67.
16. Santos JS, Silva RN, Ferreira MA. Saúde da população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde e a inserção da Enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 2019; 23:e20190162.
17. Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO, et al. Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais. *Rev. Enferm. UFPE*. 2018; 12(10):2598-2609.
18. Fundação Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):434-451.
19. Ahmad S, Wasim S, Irfan S, et al. Qualitative v/s. quantitative research-a summarized review. *Population*. 2019; 1(2):2828-2832.
20. Batista LS, Kumada KMO. Análise metodológica sobre as diferentes configurações da pesquisa bibliográfica. *Rev. Bras. Inic. Cient.* 2021; 8:e021029.
21. Souza MT, Silva MD, Carvalho RD. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*. 2010; 8:102-106.
22. Toronto CE, Remington R, editores. *A step-by-step guide to conducting an integrative review*. Cham (CH): Springer; 2020.
23. Araujo LM, Penna LHG, Carinhonha JI, et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Rev. Enferm. UERJ*. 2019; 27:e34262.
24. Araujo LM. Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2015.
25. Belém JM, Alves MJH, Pereira EV, et al. Atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais na estratégia saúde da família. *Rev. Baiana Enferm.* 2018; 32:e26475.
26. Cabral KTF, Pereira IL, Almeida LR, et al. Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Rev. Enferm. UFPE On Line*. 2019; 13(1):79-85.
27. Ferreira BO, Pereira EO, Rocha MB, et al. “Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde. *Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde*. 2019 [acesso em 2023 maio 16]; 13(3):496-508. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1733>.
28. Guimarães NP, Sotero RL, Cola JP, et al. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde*. 2020 [acesso em 2023 maio 16]; 14(2):372-385. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41953/10.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
29. Guimarães RCP, Cavadinha ET, Mendonça AVM, et al. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus (Brasília)*. 2017; 11(1):121-139.
30. Lima AM, Nascimento RT, Cazelli CM, et al. Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades se-

- xual e de gênero: relato de caso. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2019; 14(41):1785.
31. Monteiro S, Brigeiro M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(4):e00111318.
32. Padilha VB. O cuidado integral de pessoas LGBTs na atenção primária à saúde a partir das percepções de psicólogas/os de um serviço de saúde comunitária de Porto Alegre/RS [monografia]. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição; 2020.
33. Paulino DB, Machin R, Pastor-Valero M. “Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans”: performatividade trans, família e cuidado em saúde. *Saúde Soc*. 2020; 29(4):e190732.
34. Rocon PC, Rodrigues A, Zambon J, et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016; 21(8):2517-2526.
35. Silva AAC, Silva Filho EB, Lobo TB, et al. Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. *REVISA (Online)*. 2021; 10(2):291-303.
36. Silva ALR, Finkle M, Moretti-Pires RO. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. *Trab. Educ. Saúde*. 2019; 17(2):e0019730.
37. Souza MHT, Pereira PPG. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Texto Contexto – Enferm*. 2015; 24(1):146-153.
38. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17:621-626.
39. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35:e00012219.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
41. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(6):1561-1569.
42. Facchini R, França IL. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. *Sex., Salud Soc. (Rio J)*. 2009; 3:54-81.
43. Pereira LBC, Chazan ACS. O Acesso das Pessoas Transsexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2019; 14(41):1795.
44. Albuquerque GA, Garcia CL, Quirino GS, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int. Health Hum Rights*. 2016; 16:1-10.
45. Bomfim R, Bahia AGMM. A inconstitucionalidade por omissão: o dever de criminalizar a LGBTIfobia no Brasil. *Rev. Dir. Facul. Guanambi*. 2019; 6(1):e249.
46. Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(3):541-544.
47. Oliveira MHB, Teles N, Casara RRR. Direitos Humanos e Saúde: Reflexões e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
48. Flores JH. A reinvenção dos direitos humanos. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2009.
49. Santos BS. Demodiversidade: imaginar novas possibilidades democráticas. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.
50. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc*. 2016; 25(1):9-18.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de

Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

52. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 675, de 30 de março de 2006. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do

exercício da cidadania na saúde em todo o País. Diário Oficial da União. 31 Mar 2006.

Recebido em 24/11/2023

Aprovado em 23/12/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editores responsáveis: Éliada Azevedo Hennington