

## Acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de atenção primária à saúde: revisão integrativa

Francisco Rodrigo Paiva dos Santos<sup>1</sup>  
Rafael Sousa Silva<sup>2</sup>  
Vittória Rodrigues Felix<sup>3</sup>  
Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro<sup>4</sup>  
Tatiana Monteiro Fiúza<sup>5</sup>

**Resumo:** O acesso aos serviços de atenção primária à saúde (APS) tem importância na efetivação de direitos, no entanto, para a população LGBTQIA+, há barreiras que o dificultam e/ou o impedem. Este estudo objetivou identificar, analisar e integrar resultados de pesquisas que examinaram como está o acesso da população LGBTQIA+ na APS e como a discriminação e preconceito contra a orientação sexual e identidade de gênero impactam nesse acesso. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura na qual se conduziu uma busca sistemática dos estudos primários publicados nos últimos dez anos em duas bases de dados: PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos onze estudos que atenderam aos critérios de inclusão. A análise temática do material gerou sete categorias temáticas. Os estudos analisados apontaram que o preconceito e a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero são barreiras de acesso para a população LGBTQIA+ na APS no mundo. É importante a inserção da temática da assistência a essa população nos cursos de graduação e nos serviços de APS. Precisa-se fortalecer o combate a concepções cisheteronormativas que perpetuam a opressão e marginalização do público LGBTQIA+ no âmbito da APS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Minorias Sexuais e de Gênero; Pessoas LGBTQIA+.

<sup>1</sup> Cirurgião-Dentista, mestrando em saúde pública (UFC). Pesquisador do Laboratório de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LAPIS). Email: mrpaivasantos@gmail.com.

<sup>2</sup> Psicólogo, mestrando em Saúde Pública (UFC). Pesquisador do Laboratório de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LAPIS). Email: rafael.sousapsi@gmail.com.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta sanitarista, mestrandona em Saúde Pública (UFC). Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LAPIS). Email: vittoriarf@gmail.com.

<sup>4</sup> Médico de Família e Comunidade, geriatra, doutor em Saúde Coletiva (UFC), líder e pesquisador do Laboratório de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (LAPIS). Email: marcotuliomfc@gmail.com.

<sup>5</sup> Médica de Família e Comunidade, pediatra, hebiatra, doutora em Saúde Coletiva (UFC), pós doutoranda em promoção da saúde pela Universidade Nova Lisboa, pesquisadora do Laboratório de Atenção Primária à Saúde (LAPIS). Email: tatitatimfc@gmail.com.

O acesso aos serviços de saúde é um conceito multidimensional, em que cada dimensão expressa um conjunto de características da oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços de saúde. Essas dimensões ou barreiras de acesso são barreiras de disponibilidade, geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras. Elas expressam características da oferta que, de modo inter-relacionado, atuam facilitando ou obstruindo a capacidade das pessoas de utilizarem serviços de saúde (Travassos; Castro, 2012).

A comunidade LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Queers, Intersexo, Assexuais e demais denominações) não se enquadra dentro dos padrões heteronormativos da sociedade recebendo dessa forma um tratamento excludente, discriminatório e preconceituoso nos diversos espaços da sociedade, tanto públicos quanto privados (Oliveira *et al.*, 2018; Ferreira *et al.*, 2019; Ferreira, Bonan, 2021; Franks *et al.*, 2023; Carroll *et al.*, 2024). No que concerne aos serviços de saúde, tal contexto implica em maior dificuldade de acesso da população LGBTQIA+ a esses serviços, baixa adesão e/ou maus resultados e adiamento da busca por serviços de saúde (Filho *et al.*, 2024).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para o Sistema único de Saúde (SUS), onde os usuários têm maior permanência de tempo, e por vezes, o primeiro contato da comunidade com o serviço de saúde, proporcionando a possibilidade de uma melhor atenção aos indivíduos (Brasil, 2017; Ferreira *et al.*, 2019; Rocha; Sampaio, 2022). Entretanto, essa porta de entrada nem sempre é acolhedora com as pessoas LGBTQIA+ (Reis, 2022).

A ausência de acolhimento humanizado, evidente em práticas discriminatórias, intensifica a busca por serviços clandestinos e atendimentos precários voltados à modificação corporal, potencializando agravos na saúde de pessoas transexuais ou travestis, por exemplo (Rocha; Sampaio, 2022). O padrão heteronormativo das práticas de saúde, o processo de patologização das variantes comportamentais, o preconceito encarnado nas subjetividades de usuários e profissionais, e o sexismo institucional

dificultam o cumprimento das ações previstas pelas políticas de equidade. As barreiras simbólicas ao acesso, impostas pelo preconceito e pelo estigma, obstacularizam o cumprimento do princípio da universalidade do SUS (Guimarães *et al.*, 2017).

O fenômeno do não acolhimento e falta de atendimento qualificado às pessoas LGBTQIA+ sugere que as políticas e programas de saúde integral para estes usuários ainda se configuram como bastante tímidos ou apenas teóricos. Há pouca incidência de ações práticas que legitimem a Política Nacional de Saúde Integral (PNSI LGBT) à esta população, assim como existe ainda o desconhecimento por parte de muitos profissionais da saúde acerca do tema (Martinho *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, este estudo objetivou identificar, analisar e integrar resultados de pesquisas que examinaram como está o acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de atenção primária à saúde e como a discriminação e preconceito contra a orientação sexual e identidade de gênero impactam nesse acesso.

## Método

Para alcançar o objetivo proposto foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Conforme Santos *et al.* (2023),

Revisão integrativa é um método de pesquisa que permite sintetizar o conhecimento científico a fim de clarificar o estado da arte e/ou a aplicabilidade dos resultados derivados de pesquisas acerca de um tema de interesse. A revisão integrativa é considerada uma das revisões mais amplas, uma vez que permite incluir em seu corpus de análise tanto estudos experimentais como não-experimentais, de abordagem quantitativa, qualitativa ou método misto, com o intuito de proporcionar uma compreensão integral do fenômeno de interesse (Santos *et al.*, 2023, p. 581).

Seguiu-se a proposta metodológica de Mendes, Silveira e Galvão (2008) para construção de revisões integrativas de literatura, a qual contém seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/

amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A hipótese desse trabalho é que a LGBTfobia em suas diversas formas atua como barreira de acesso à população LGBTQIA+ aos serviços de APS nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), especialmente no que se refere ao acolhimento. Para formulação da questão norteadora utilizou-se a ferramenta PICo: “O preconceito e discriminação contra a orientação sexual e identidade de gênero da comunidade LGBTQIA+ (P= população ou problema) constituem barreiras de acesso dessa população (I=fenômeno de interesse) aos serviços de atenção primária à saúde (Co=contexto)”?

O processo de busca eletrônica foi realizado por dois revisores independentes em duas bases de dados: PubMed/MEDLINE e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A estratégia de busca foi desenhada a partir da seleção dos descritores controlados em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) e em cada base foi realizada uma estratégia de busca adaptada colocadas a seguir.

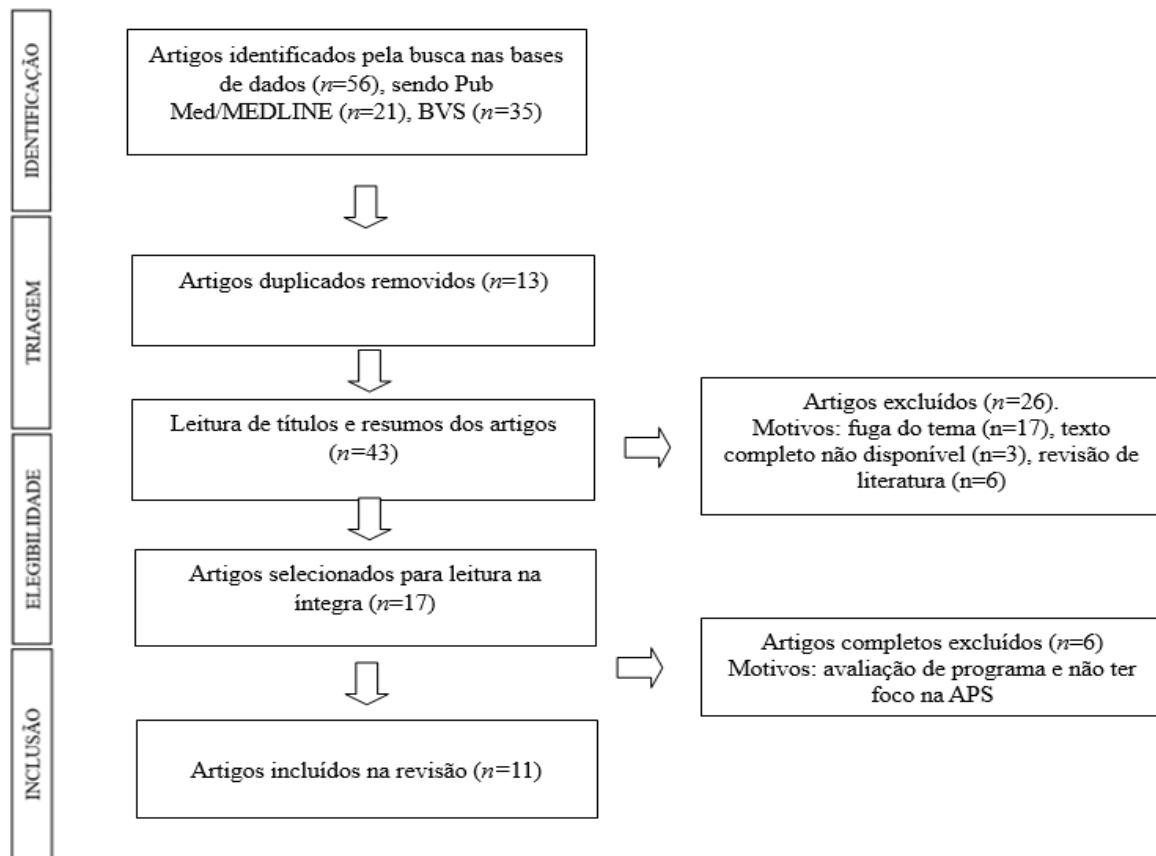
Na PubMed/MEDLINE foram empregadas combinações de descritores e termos livres com os operadores booleanos AND e OR, que se estruturou dessa forma: ("Sexual and Gender Minorities" OR "LGBT Persons") AND ("Primary Health Care" OR "Primary Healthcare") AND ("Access to Health Care" OR "Health Services Accessibility"). Essa combinação foi colocada no quadro de busca do site exatamente como descrita com parênteses e aspas sem nenhum filtro previamente selecionado. O que resultou inicialmente em 21 artigos encontrados. A estratégia utilizada na BVS foi: ("Minorias Sexuais e de Gênero" OR "Sexual and Gender Minorities" OR "Minorías Sexuales y de Género" OR "Pessoas LGBT" OR "LGBT Persons" OR "personas LGBT") AND ("Atenção Primária à Saúde" OR "Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Primary Healthcare" OR "Atenção Básica à saúde" OR

“Atención Básica”) AND (“Acesso aos serviços de Saúde” OR “Access to Health Care” OR “Acceso a los Servicios de Salud” OR “Acessibilidade aos Serviços de Saúde” OR “Health Services Accessibility” OR “Accesibilidad a los Servicios de Salud”). Essa combinação foi colocada no quadro de busca do site exatamente como descrita com parênteses e aspas, aplicando-se apenas o filtro de tempo de últimos 10 anos. O que resultou inicialmente em 35 artigos encontrados.

Removendo-se 13 duplicados, procedeu-se a leitura atenta de 43 títulos e resumos. Foram incluídos para leitura completa estudos quantitativos, qualitativos e estudos mistos primários publicados do ano de 2014 a 2024 nos idiomas português, inglês e espanhol e que estivessem disponíveis gratuitamente ou através da plataforma de periódicos da CAPES, os artigos selecionados estavam alinhados com o objetivo deste trabalho e com sua pergunta norteadora. Excluíram-se artigos de revisão, artigos com fuga de tema e artigos sem texto completo disponível. Sendo, nessa etapa, selecionados 17 artigos para leitura na íntegra.

Para o cotejamento das listas provenientes dessa triagem preliminar dos estudos elegíveis foi calculado o índice Kappa, de concordância inter-avaliadores, que permite avaliar se houve concordância substancial entre os revisores. O valor de Kappa obtido (0,83) corresponde a um nível de desempenho considerado excelente, uma concordância quase perfeita, segundo Landis e Koch (1977). Após a leitura completa, 1 artigo foi excluído por se tratar de avaliação de programa e 5 artigos foram excluídos por não focarem na APS no desenvolvimento de sua metodologia. A coleta de dados realizada em agosto de 2024 resultou, dessa forma, em 11 trabalhos selecionados para constituírem o corpo desta revisão.

Figura 1: Fluxograma das etapas de busca e seleção dos artigos



Fonte: elaborada pelos autores

Para a categorização, os resultados foram organizados em uma planilha contendo as seguintes informações extraídas dos artigos: autores e ano de publicação; país de origem; objetivo do estudo; desenho do estudo; amostra/participantes; principais resultados. A planilha resultou na construção de uma tabela (tabela 1) que está na sessão resultados desse artigo.

Avaliar a qualidade de fontes primárias em revisões integrativas onde diversos formatos de fontes são incluídos aumenta a complexidade dessa etapa. Como não existe um padrão ouro para avaliar e interpretar a qualidade em revisões de pesquisa, a qualidade avaliada em uma revisão integrativa variará dependendo do quadro metodológico dos estudos selecionados na revisão (Whittemore, Knafl, 2005).

A avaliação dos estudos selecionados foi, então, realizada utilizando as perguntas norteadoras sugeridas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): qual é a questão da pesquisa? Qual é a base para a questão da pesquisa? Por que a questão é importante? Como eram as questões de pesquisas já realizadas? A metodologia do estudo está adequada? Os sujeitos selecionados para o estudo estão corretos? O que a questão da pesquisa responde? A resposta está correta? Quais pesquisas futuras serão necessárias?

Após análise criteriosa, verificou-se que os 11 trabalhos selecionados responderam adequadamente ao escrutínio desta etapa.

Conforme Whittemore e Knafl (2005), métodos de análise de pesquisa desenvolvidos para métodos mistos e designs qualitativos são particularmente aplicáveis ao método de revisão integrativa, permitindo comparações iterativas entre fontes de dados primários. Dessa forma, assumimos uma análise temática dos assuntos emergidos nos artigos conforme proposta em Santos *et al.*, 2023, que propõe uma análise temática em três passos: codificação, geração de categorias temáticas e interpretação.

Na codificação, a leitura na íntegra dos artigos foi acompanhada por uma codificação dos dados, foram atribuídos códigos com base na diversidade dos conteúdos abordados nos artigos, sendo que os trechos que continham os códigos foram revisados ao final do procedimento para garantir sua consistência. Esse processo inicial resultou na elaboração de 33 códigos. Na geração de categorias temáticas, os avaliadores analisaram as semelhanças e diferenças entre os códigos encontrados e os agruparam; desse modo, os códigos foram revisados, comparados e agrupados, resultando na elaboração de sete categorias temáticas. Na fase de interpretação, os revisores sintetizaram os resultados obtidos, retomando o objetivo e considerando a pergunta norteadora da revisão. Buscou-se identificar eventuais lacunas, divergências, omissões, contradições, respostas e desafios da literatura revisada.

## Resultados

Tabela 1: Caracterização dos estudos

Autores e ano da publicação	País	Objetivo	Desenho do estudo	Amostra/Participantes	Principais Resultados
1. Carroll, R. et al. (2024)	Nova Zelândia	Explorar as necessidades de aprendizagem sobre a população LGBT por parte dos profissionais da APS	Qualitativo, transversal	25 profissionais da APS. Sem dados sobre idade	As diferenças eram aparentes no conhecimento, conforto e experiência entre profissionais no atendimento ao público LGBT. Os participantes identificaram uma falta de conhecimento e de treinamento e queriam mais recursos e educação. As limitações dos sistemas de dados eram comuns e frequentemente contribuíam para o constrangimento nos atendimentos.
2. Lucas, J.J. et al. (2023)	Austrália	Identificar questões que influenciam o acesso das pessoas LGBT a APS	Qualitativo transversal	7 pessoas LGBT com 18 anos ou mais de idade	Melhorar o acesso das pessoas LGBT a APS requer melhora da formação profissional, promoção de espaços na APS que sejam seguros e maior participação de lideranças LGBT nas práticas e sistemas de serviço.
3. Franks, N. et al. (2023)	Austrália	Explorar barreiras e pontos facilitadores ao tratar pacientes trans e de gênero diverso	Qualitativo, transversal	7 profissionais de saúde. Sem dados sobre idade	Existe uma lacuna considerável entre comportamentos estruturais, clínicos e culturais entre profissionais de saúde afirmadores de gênero e a maioria dos profissionais evidenciados na literatura. Profissionais afirmadores de gênero minimizam o estresse minoritário, negociam vieses cisheteronormativos e promovem um relacionamento terapêutico longitudinal centrado na pessoa com seus pacientes trans e de gênero diverso.
4. Costa-Val, A. et al. (2022)	Brasil	Compreender a falta de preparo dos profissionais de saúde da APS no atendimento à população LGBT	Qualitativo transversal	15 trabalhadores de unidades de atenção primária à saúde. Sem dados sobre idade	Apesar de os profissionais conhecerem a temática, eles usam estratégias discursivas que velam seus preconceitos e resistências. É necessário investir em estratégias de educação democráticas e plurais que facilitem a implicação de todos a partir do reconhecimento da diferença de cada um.
5. Ferreira, B.O.; Bonan, C. (2021)	Brasil	Analizar relatos de profissionais na assistência à população LGBT na Estratégia Saúde da Família (ESF)	Qualitativo, transversal	32 profissionais de nível médio e superior de uma UAPS. Sem dados sobre idade	É preciso interligar o espaço do reconhecimento da diversidade sexual e de gênero, o espaço das desigualdades atreladas à exploração e redistribuição de recursos e o espaço de representação e participação das populações LGBT, na lógica circular dos serviços de saúde.
6. Guimarães, N. P. et al. (2020)	Brasil	Avaliar a implementação da PNSI LGBT na APS	Qualitativo transversal	10 enfermeiros(as) de UAPS. Idade de 19 a 49 anos.	Os participantes relatam ausência ou limitação de conhecimento sobre a PNSI LGBT. Assim, a falta de conhecimento sobre o público LGBT e o despreparo dos profissionais de saúde para acolher o público em questão resultam na restrição do acesso da população LGBT aos serviços de saúde, o que afeta diretamente na realização da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT.
7. Ferreira, E.O. et al. (2019)	Brasil	Analizar os sentidos de agentes comunitários de saúde acerca do cuidado da população LGBT	Qualitativo, transversal	15 agentes comunitários de saúde. Sem dados sobre idade	A saúde da população LGBT é uma complexa questão que não tem recebido a devida atenção por parte da formação, gestão e a atenção em saúde como um todo. O trabalho identificou violências, negações e discriminações que vivenciam parcelas das populações LGBT nas unidades de saúde.
8. Oliveira, G. S. et al. (2018)	Brasil	Analizar, sob a ótica de profissionais da Equipe Saúde da Família, o acesso do público LGBT às UAPS	Qualitativo e Quantitativo, transversal	54 profissionais de ESF. Idade de 25 anos ou mais.	Os profissionais reconhecem a necessidade de equidade para o público LGBT devido ao comportamento sexual de risco, mas, definitivamente, não é desenvolvida devido a valores sociais e culturais repulsivos impressos nas atitudes dos próprios profissionais para com as pessoas LGBT. Prevalece a percepção reducionista das reais necessidades das pessoas LGBT, assim como do enfoque da Política Nacional de Humanização.
9. Gahagan, J.; Subirana-Malaret, M. (2018)	Canadá	Explorar principais preocupações de saúde, caminhos e barreiras percebidas nos cuidados primários da população LGBT	Quantitativo transversal	392 pessoas LGBT ou prestadores de serviços primários de saúde a pessoas LGBT. 16 anos ou mais.	Os resultados indicam a necessidade de continuar a melhorar os caminhos para os cuidados de saúde primários entre a população LGBT, especificamente em relação à formação adicional e aos apoios relacionados para os prestadores de cuidados de saúde que trabalham com estas populações.
10. Hirsch, O.; Lötgen, K.; Becker, A. (2016)	Alemanha	Descrever o acesso e as experiências das mulheres lésbicas nos serviços de APS da Alemanha	Quantitativo transversal	766 mulheres lésbicas maiores de 18 anos	Os médicos de clínica geral devem criar um ambiente aberto e adquirir os respectivos conhecimentos para proporcionar um tratamento adequado. A assistência a grupos marginais deve ser incorporada na formação médica e na educação continuada. Idealmente, os médicos devem abordar a orientação sexual dos pacientes de forma proativa, a fim de atender às necessidades individuais de cada caso.
11. Cele, N.H.; Sibya, M.N.; Sokhela, D.G. (2015)	Africa do Sul	Explorar e descrever as experiências de pacientes homossexuais que utilizam serviços APS	Qualitativo transversal	12 pessoas que se consideram gay ou lésbica, maiores de 18 anos.	Os participantes vivenciaram preconceito e comportamento homofóbico ao utilizarem as clínicas de atenção primária à saúde, o que criou uma barreira à utilização dos serviços de saúde ali localizados. As instituições de ensino devem introduzir programas de educação sobre homossexualidade e anti-homofobia durante o período de formação inicial e contínua.

Fonte: elaborada pelos autores

A revisão incluiu 11 estudos procedentes de seis países: Brasil (n=5), Austrália (n=2), Nova Zelândia (n=1), Canadá (n=1), Alemanha (n=1) e África do Sul (n=1). Os estudos foram publicados a partir de setembro de 2015. Em relação à estratégia metodológica utilizada, predominou o uso de métodos qualitativos (n=8), seguidos da

abordagem quantitativa (n=2) e da abordagem mista qualitativa e quantitativa (n=1). A maior parte dos estudos (n=6) reporta dados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, os estudos quantitativos se utilizaram de questionários fechados na coleta de dados (n=2).

Os estudos incluídos apresentaram resultados de 1.335 participantes. A idade dos participantes variou de 16 anos a 49 anos, no entanto, alguns estudos não especificaram a idade máxima dos sujeitos que compuseram a sua amostra. Do total de artigos analisados, sete tiveram como participantes exclusivos os trabalhadores de saúde na APS, três dos estudos abrangeram apenas participantes LGBTQIA+ usuários de serviços de APS e um artigo abrangeu a participação tanto de trabalhadores de saúde da APS quanto de pessoas LGBTQIA+ usuárias dos serviços de APS.

As categorias temáticas que emergiram a partir da análise dos dados estão relacionadas na tabela 2, juntamente com sua incidência nos artigos incluídos na revisão.

Tabela 2: Distribuição dos estudos de acordo com as categorias temáticas

Categorias Temáticas	Estudos*
1. Existência de barreiras de acesso a população LGBTQIA+	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
2. Necessidade de capacitação profissional sobre o atendimento à população LGBTQIA+	1,2,3,4,5,6,7,8,9,11
3. Estratégias de melhoria do acesso à população LGBTQIA+	1,2,3,4,6,7,8
4. Necessidade de abordar a temática LGBTQIA+ nos cursos de formação	2,3,4,6,9
5. Sistema de saúde cisheteronormativo	2,4,5,8,11
6. Culpabilização da população LGBTQIA+	4,5,6,7,8,
7. Negação de especificidades de saúde do público LGBTQIA+	4,5,7,8,9

Fonte: elaborada pelos autores;

\* Numerações relacionadas à coluna “autores e ano da publicação” da tabela 1 deste trabalho.

## Discussão

Com relação à primeira categoria temática, existência de barreiras de acesso a população LGBTQIA+, vimos que, mesmo diante dos avanços no campo dos direitos sexuais no que tange à construção de uma política pública para o reconhecimento dos efeitos da discriminação, do preconceito e da exclusão dessa população em diversas áreas, encontram-se barreiras morais e estéticas que impedem o seu acesso aos serviços de saúde com qualidade e isento de preconceitos e discriminação (Oliveira *et al.*, 2018; Ferreira *et al.*, 2019; Ferreira, Bonan, 2021; Franks *et al.*, 2023; Carroll *et al.*, 2024).

As barreiras morais e estéticas ao acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde estão relacionadas a normas culturais, preconceitos e estigmas que atravessam a relação entre profissionais de saúde, instituições e pacientes LGBTQIA+. As barreiras morais referem-se a julgamentos de valor que profissionais e instituições podem fazer com base em crenças religiosas, culturais ou pessoais sobre a orientação sexual ou identidade de gênero dos pacientes. As barreiras estéticas estão ligadas à percepção visual ou sensorial dos corpos e expressões de gênero que não se alinham às normas tradicionais ou dominantes de beleza, comportamento ou apresentação (Foucault, 1976; Butler, 1993; Pelúcio, 2009; Bento, 2012).

Essas barreiras se apresentam ainda mais claramente quando se trata de pessoas com condições socioeconômicas precárias ou, ainda, de pessoas que subvertem mais claramente o binarismo e a heteronormatividade, incluindo-se nesse grupo não só travestis e transexuais, mas também mulheres “masculinizadas” e homens “afeminados” (Costa-Val *et al.*, 2022; Gahagan, Subirana-Malaret, 2018).

Um dos estudos (Gahagan, Subirana-Malaret, 2018) traz que a falta de acesso a sistemas e profissionais de saúde da APS culturalmente competentes pode resultar no aumento dos custos para a sociedade, incluindo a redução da expectativa de vida, uma menor qualidade de vida e maior incidência de doenças agudas e crônicas entre as populações LGBTQIA+. Pesquisas anteriores (Baker, Hughes, 2016; Smart, Wegner,

2000) também atribuíram taxas mais altas de doenças crônicas entre as populações LGBTQIA+ à discriminação, preconceito, à evitação de estar com profissionais da saúde e ao acesso irregular aos serviços de saúde.

Com relação ao uso do nome social, alguns trabalhos (Costa-Val *et al*, 2022; Guimarães *et al*, 2020) trouxeram que diversos profissionais entrevistados admitiram ter dificuldades com o uso do nome social. Apesar de a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS garantir, desde 2007, esse uso em prontuários e outros documentos do sistema, sua efetivação parece depender da boa vontade dos profissionais e dos gestores das unidades (Silva *et al*, 2017). Situações assim são comuns nos serviços de saúde, constituindo um dos principais motivos para que travestis e transexuais não frequentem esses espaços (Muller; Knauth, 2008; Rocon *et al*, 2016; Bezerra *et al*, 2019).

O estudo de Hirsch, Loltgen e Becker (2014) mostra que 12% das participantes lésbicas não partilharam a sua orientação sexual com o seu médico de família por medo de consequências negativas, apesar de considerarem esta informação útil para o planeamento de cuidados médicos. Em um outro (Cele; Sibiya; Sokhela, 2015), os autores trouxeram que lésbicas não seguiam a sequência dos programas de rastreio para mulheres, como o exame de Papanicolau, enfatizando que lésbicas podem sofrer de problemas de saúde em maior medida do que os heterossexuais ou a população feminina em geral, como resultado do preconceito.

Os profissionais de saúde, nesse ponto, são barreiras para as mulheres lésbicas no acesso aos serviços de saúde, escamoteando um atendimento de confiança e produzindo ainda mais exclusão e violência simbólica, diferentemente do que as políticas públicas de atenção à saúde da mulher preconizam (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018).

Para a população de mulheres transexuais e travestis ainda existem fragilidades no acolhimento desse público na atenção primária à saúde. Os ambulatórios específicos para a população trans e travesti tem recebido a crítica de que “confinam” esse público em seus espaços e em alguns casos as estigmatiza como infectantes, já que vários desses

serviços estão interligados às demandas de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e AIDS (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018).

No entanto, um estudo (Cardoso; Ferro, 2012) também traz que, na percepção das travestis, os ambulatórios funcionam como um suporte de apoio social e, portanto, um fator de proteção para a sua promoção e prevenção em saúde.

Na segunda categoria temática, necessidade de capacitação profissional sobre o atendimento à população LGBTQIA+, percebemos que, mesmo estando disponíveis recomendações de atendimento do público LGBTQIA+ para diferentes contextos médicos, ainda faltam recursos de formação dos profissionais da saúde. Discriminação, homofobia e falta de atenção em relação à linguagem neutra de gênero ainda são observadas na relação profissional de saúde e usuário LGBTQIA+ (Hirsch; Loltgen; Becker, 2014; Ferreira, Bonan, 2021; Carroll *et al.*, 2024).

Um estudo (Gahagan; Subirana-Malaret, 2018) comparou achados de trabalhadores da saúde que são LGBTQIA+ com os achados de trabalhadores que não se consideram LGBTQIA+. Apenas 9,4% dos prestadores de cuidados de saúde não-LGBTQIA+ indicaram que se sentiam “muito bem-informados” sobre questões relacionadas com a orientação sexual e o comportamento sexual e 3,8% sobre questões relacionadas com a identidade/expressão de gênero; 28,6% dos trabalhadores LGBTQIA+ relataram sentir-se muito bem-informados sobre questões relacionadas à orientação sexual e comportamento sexual e 17,9% relataram sentir-se muito bem-informados sobre questões relacionadas com a identidade/expressão de gênero.

Ainda no estudo de Gahagan e Subirana-Malaret (2018), mais de metade (54,7%) dos inquiridos não-LGBTQIA+ relataram nunca ter recebido formação em competências culturais em relação às populações LGBTQIA+ e 60,4% relataram nunca ter recebido formação em competências culturais em relação à população trans. A maioria dos que receberam esta formação fê-lo enquanto estavam em serviço, principalmente sob a forma de conferências ou workshops.

Em outra pesquisa (Costa-Val *et al*, 2022), nenhum profissional conhecia a necessidade de preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória em caso de LGBTfobia e, tampouco, sabia como proceder; alguns entrevistados relataram acontecimentos com relação a falta de respeito ao nome social e outros que envolviam comentários pejorativos de membros da equipe ou de usuários da unidade contra o usuários LGBTQIA+, como se essas ocorrências não constituíssem formas de violências simbólicas (Bourdieu, 2012).

O “desconhecimento” das diversas formas de violência que fazem parte do cotidiano das pessoas LGBTQIA+, assim como a não notificação, tornam precária a produção de indicadores fundamentais para elaboração de políticas públicas que possam auxiliar no combate a essa questão (Bezerra *et al*, 2019; Lionço, 2008; Cardoso; Ferro, 2012). Perpetua-se, assim, um ciclo vicioso estruturado por uma violência que não só reitera as normas binárias e heterossexistas, mas também exime Estado e cidadãos de qualquer responsabilidade em relação a essa situação (Ferreira, Bonan, 2021; Costa-Val *et al*, 2022).

Conhecimentos adquiridos, por meio de capacitações, poderão auxiliar, em parte, no aperfeiçoamento técnico de ações pontuais no processo de trabalho dos profissionais da Equipe Saúde da Família (ESF), porém, no que diz respeito à mudança de padrões de pensamentos culturais e de ações advindas desses pensamentos, capacitar, no intuito de apenas reproduzir conhecimento, provavelmente não irá ressignificar a assistência em saúde da população LGBTQIA+ (Oliveira *et al*, 2018).

Por fim, Ferreira *et al*. (2019) traz que as práticas profissionais de cuidado não podem ser vistas apenas como competências técnicas, plasmadas pela burocracia dos serviços, mas deveriam ser concebidas como acolhimento, formação de vínculos, subjetividades, escuta e mediante o uso de diversas outras tecnologias leves que estejam presentes nas valises dos profissionais.

Na terceira categoria temática, estratégias de melhoria do acesso à população LGBTQIA+, destacamos que a participação social do público LGBTQIA+ aparece

como um requisito para o avanço das conquistas de direitos. Ela deve estar presente nos processos cotidianos de gestão do SUS, sendo garantida por meio das leis orgânicas (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) e estimulada pela PNSI LGBT, que visa em seu plano operativo à participação das representações destas populações nos conselhos estaduais e municipais de saúde e em outros espaços de gestão participativa (Guimarães *et al.*, 2020).

O desafio do deslocamento epistemológico que desaloje todos aqueles implicados no cuidado de uma postura cômoda de contemplação de uma sociedade diversificada, engajando-os em um questionamento permanente, democrático e plural dos processos políticos e sociais que produzem identidades e diferenças é proposta por Costa-Val *et al.*, (2022), levando em conta que a formação de um campo de consciência política, como captadora de agências de ativação de mudanças deve ser algo almejado no SUS.

Existe um desconhecimento generalizado em relação à temática saúde LGBTQIA+ e, portanto, a luta pela garantia de direitos à saúde se torna cada vez mais pauta da militância e dos movimentos sociais LGBT (Ferreira *et al.*, 2019).

A LGBTfobia é um processo histórico e seu enfrentamento depende do fortalecimento de ações intersetoriais, que busquem congruência entre o que é previsto nas políticas e o que, de fato, acontece no acesso à prevenção e à atenção do público LGBTQIA+ no SUS (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2021).

O respeito ao uso do nome social deve ser estimulado e fortalecido. Para as mulheres transexuais por exemplo, é essencial viver através da identificação do nome social, seja no uso do banheiro próprio do gênero que se expressa, seja no reconhecimento da sua identidade de gênero nos serviços de saúde. Ele funciona como uma ferramenta de acesso da população trans aos serviços de saúde, bem como favorece o vínculo com os serviços oferecidos e o acolhimento desde a sua chegada, favorecendo a continuidade do usuário nas práticas de promoção em saúde (Silva *et al.*, 2017; Bento, 2014; Bonassi *et al.*, 2015).

Carroll *et al.* (2024) traz que mudanças relativamente pequenas nos ambientes de saúde como o uso correto de nomes e pronomes, podem impactar positivamente no nível de conforto e disposição do público LGBTQIA+ em frequentar os serviços. Sinais visuais de inclusão, como bandeiras e panfletos sobre a temática, podem desempenhar papéis cruciais na facilitação de um ambiente mais acolhedor.

Franks, N. *et al.* (2023) traz a importância de se fomentar o que os autores chamaram de “companheirismo cultural”, termo que engloba um conjunto de saberes e práticas relacionadas ao tratamento humanizado e centrado na pessoa, personificado por uma abordagem sem avaliação ou julgamento desnecessários e a busca por uma compreensão profunda do paciente, conectando-se com ele e estabelecendo uma relação acolhedora. Os autores também trouxeram a importância de estabelecer contato com outros profissionais que já trabalham com a temática da diversidade sexual a fim de aprendizagem acerca dessa relação profissional-paciente LGBTQIA+.

Na quarta categoria temática, necessidade de abordar a temática LGBTQIA+ nos cursos de formação, a análise trouxe que a deficiência na formação dos profissionais de saúde em relação às sexualidades e aos gêneros está particularmente bem documentada na literatura (Rufino; Madeiro, 2017; Paulino; Rasera; Teixeira, 2019; Franks *et al.*, 2023). A abordagem da temática nos cursos de formação é focada em aspectos biológicos que reatualizam uma matriz binária e heteronormativa e sedimentam uma suposta continuidade entre sexo, gênero e desejo (Costa-Val *et al.*, 2022).

A discussão sobre diversidade sexual e de gênero dentro das instituições de ensino superior, especialmente nos cursos de saúde, é fragmentada e pouco abordada e, com isso, tem gerado profissionais cada vez mais distantes da temática (Ferreira, Bonan, 2021).

Mesmo sendo parte do currículo proposto pelo Ministério da Educação desde a década de 90, muitas universidades não adequaram seu currículo para abordar o tema da diversidade sexual (Guimarães *et al.*, 2020). Colocá-lo em pauta obrigatória auxilia na desconstrução de preconceitos historicamente disseminados nas sociedades ocidentais

que contribuem para consolidar o despreparo dos profissionais da saúde quando em contato com a diversidade sexual.

Aulas meramente expositivas são pouco eficientes no que diz respeito à sensibilização de estudantes e trabalhadores acerca da temática, indicando a importância de se investir em metodologias dialógicas e participativas nas quais possam desenvolver a problematização e exposição de crenças, emoções, valores e perspectivas acerca da temática, compreendendo que apenas o processo cognitivo de receber informações sobre essa população não é suficiente, já que o que torna uma assistência em saúde não discriminatória e inclusiva não é o simples fato de conhecer demandas específicas desta população e sim a disposição pessoal (afetiva, cognitiva, política) para realizar justiça social (Guimarães *et al.*, 2017; Rufino; Madeiro, 2017; Val *et al.*, 2019).

Para isso, há necessidade de construção de um novo paradigma ensino-saúde que contemple uma formação acadêmica capaz de discutir diversidade sexual e de gênero como questão atinente do agir em saúde (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018).

Para Ferreira *et al.* (2019), a insuficiência de habilidades e qualificações para lidar com as populações LGBT, uma vez que a prática profissional nesse contexto muitas vezes é sustentada pelo senso comum, implica dizer que os saberes existentes geralmente são voltados apenas à técnica e aos procedimentos, desconsiderando aspectos sociais, culturais e políticos concernentes aos processos de saúde-adoecimento-cuidado das comunidades em que os profissionais atuam.

Na quinta categoria temática, sistema de saúde cisheteronormativo, discutimos que a base cisheteronormativa em que o sistema de saúde se baseia e foi concebido reduz a inclusão da população LGBTQIA+ e a capacidade dessas pessoas de aceder a cuidados de saúde primários de qualidade nas suas comunidades locais. O uso indevido da linguagem binária de gênero e sexo, erros de gênero e suposições tendenciosas em torno de gênero e sexo são exemplos de situações causadas por essa estrutura de normatividade em que a sociedade está inserida (Lucas *et al.*, 2023).

Indivíduos com características sexuais destoantes do normatizado pela sociedade cisheterossexual sofrem nos serviços de atenção primária à saúde pela maneira como as pessoas os tratam, mais especificamente àqueles com binarismo de gênero (Oliveira *et al*, 2018). Tal situação ocasiona o afastamento do usuário fazendo com que a sua busca à UAPS seja apenas para medidas curativas e pouco preventivas (Mello *et al*, 2013; Lavras, 2011).

Há relatos (Gomes; Tesser Junior, 2022) de experiência com mulheres lésbicas e bissexuais em que foi presumida a heteronormatividade por parte dos profissionais de saúde no atendimento a elas, com oferecimento de métodos contraceptivos sem antes perguntarem acerca da orientação sexual.

Outro estudo (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018) traz que a consulta ginecológica às mulheres lésbicas e bissexuais, ou que fazem sexo com outras mulheres, não deve ser, necessariamente, diferente daquele ofertado às mulheres em geral. Contudo, é relevante que o profissional de saúde esteja ciente da orientação sexual de cada mulher, pois é primordial para diminuir a ênfase heteronormativa do atendimento ginecológico e necessária para compreender os riscos relacionados a certas práticas sexuais (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018).

A cisheteronormatividade perpassa o comportamento dos profissionais de forma que são necessárias discussões que vão além SUS e que se configuram nos escopos da religião, formação educacional e constructos sociais de gênero, para compreender por que, por exemplo, há entraves na execução de uma ação simples, de baixo custo e de alta resolução como o uso do nome social por parte dos profissionais que recebem a população LGBTQIA+ (Ferreira; Pedrosa; Nascimento, 2018).

Os participantes de uma das pesquisas (Cele; Sibiya; Sokhela, 2015) relataram como problemáticas as crenças religiosas dos prestadores de cuidados de saúde da atenção primária, pois, dentro desse contexto cisheteronormativo, tendiam a querer converter ou impor-lhes as suas crenças religiosas. Outros trabalhos também trazem essa problemática que fortalece a estigmatização da população LGBTQIA+ e a falta de

respeito pela diversidade sexual e de gênero (Silva; Finkle; Moretti-Pires, 2019; Akhan; Barlas, 2013; Röndahl, 2009).

Nesse escopo, membros da população LGBTQIA+ possivelmente tentam esconder ou escamotear sua orientação sexual e identidade de gênero na tentativa de serem mais bem recebidos e atendidos nos serviços de saúde, pois sabem que a simples existência pública de corpos e identidades que desestabilizam o sistema sexo-gênero estabelecido já é, por si, um (f)ato político e chacoalha aquilo que Butler chama de “políticas de aparecimento” (Ferreira, Bonan, 2021; Butler, 2018).

Dentro desse sistema, é como se houvesse uma cadeia operacional, mas também subjetiva, que não permitisse incluir as populações LGBTQIA+ nas práticas do trabalho em saúde, não como sujeitos, tanto antes quanto depois da implantação da Política Nacional de Saúde LGBT no país. Essa organização em cadeia também envolve outros aparelhos formadores de subjetividades, como a gestão em saúde, os conselhos das categorias profissionais, os equipamentos formativos e tantos outros (Ferreira, Bonan, 2021).

Na sexta categoria temática, culpabilização da população LGBTQIA+, a culpabilização e associação do público LGBTQIA+ como disseminadores de IST's se caracteriza como violência e discriminação e são barreiras de acesso para essas populações (Guimarães *et al*, 2020). A sexualidade é uma necessidade humana básica que deve ser abordada juntamente com outros aspectos relevantes da vida. Cabe aos profissionais da saúde e da educação contribuir para sanar dificuldades relacionadas ao tema da sexualidade, responsabilidade reafirmada na política nacional de saúde LGBT que em seu art. 4º, inciso V, visa definir estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio (Brasil, 2013).

É interessante a reflexão de que comportamentos de risco, como sexo desprotegido e multiplicidade de parceiros, também poderá ser vista em indivíduos heterossexuais, porém, quando se menciona que homossexuais precisam mais de ações

voltadas à prevenção de IST's por causa de sua vulnerabilidade de viver de forma promíscua, percebe-se a representação de desigualdade mediante a associação da escolha de viver uma sexualidade reversa da heteronormatizada mostrando lacunas sobre o entendimento dos reais acontecimentos que geram as verdadeiras vulnerabilidades à comunidade LGBTQIA+ (Oliveira *et al.*, 2018).

Dessa forma, se faz importante um campo de investigação de medidas que diminuam essas ações punitivas materializadas por meio do preconceito social. Gestores e profissionais da saúde devem ter a sensibilidade de identificar que atitudes e comportamentos (vergonha, timidez, receio, medo e desrespeito) levantam barreiras entre profissionais e usuários LGBTQIA+ e proporcionam uma cascata de episódios que incluem o aumento de fatores de risco para o adoecimento, o agravamento de doenças já instaladas, a baixa demanda na promoção e prevenção da saúde indo ao contrário da garantia de acesso integral preconizado pelo SUS (Bittencourt; Fonseca; Segundo, 2014).

Há uma culpabilização ou a imposição de um sistema sexo-gênero que reconhece apenas os sujeitos normativos, devolvendo àqueles que desconstroem o binarismo sexual um lugar de valência negativa e dolosa. Falas como “mas eles não falam”, “eles não querem”, “eles não vêm” trazem uma responsabilização do usuário LGBTQIA+ pelo seu não reconhecimento. Como se fossem projetadas nas populações LGBTQIA+ as cargas pelas suas vidas precárias e trazendo a responsabilização dos processos que envolvem situações de preconceito como originados das/nas próprias populações LGBT (Ferreira *et al.*, 2019; Ferreira, Bonan, 2021).

Na sétima categoria temática, negação de especificidades de saúde do público LGBTQIA+, o estudo de Costa-Val *et al.* (2022) trouxe que muitos profissionais entrevistados, partindo da ideia de que “somos todos iguais”, negaram que a população LGBTQIA+ teria especificidades em suas demandas. Alguns, inclusive, alegaram que um tratamento particularizado poderia fomentar segregação e preconceito.

Esse tipo de discurso, nomeado como “discurso da não diferença” (Paulino, Rasera e Teixeira, 2019), trata-se de uma estratégia socialmente aceitável que, ao mesmo tempo em que vela o preconceito contra pessoas LGBTQIA+, nega as particularidades desse grupo, os processos de exclusão pelos quais essas pessoas passam, assim como suas próprias existências. A equidade em saúde, nesse caso, é ignorada, aumentando a vulnerabilidade dessa população (Ferreira *et al.*, 2019; Ferreira, Bonan, 2021).

O princípio da equidade, nesse sentido, não se contrapõe ao princípio da universalidade dos direitos humanos, uma vez que o seu objetivo central é a inclusão de populações historicamente rechaçadas na divisão de bens e serviços socialmente produzidos (Cohen, Franco, 2007). Manter uma oferta homogênea para atender a situações heterogêneas, nesse caso, só serviria para preservar as desigualdades e as hierarquias sociais.

A generalização da comunidade LGBTQIA+ e o desconhecimento das especificidades da diversidade e da prática sexual, por parte dos profissionais de saúde da APS, implica na desigualdade do acesso ao cuidado direcionado a comunidade LGBTQIA+, uma vez que generalizar induz a uma reflexão subjetiva de que a necessidade em saúde seja igual para todos tornando-os, assim, vulneráveis (Oliveira *et al.*, 2018).

O Ministério da Saúde reconhece a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes e condicionantes da situação de saúde não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas, também, por exporem lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social (Brasil, 2013).

Em um estudo (Gahagan; Subirana-Malaret, 2018), 41,5% dos prestadores de cuidados de saúde que não se identificaram como LGBTQIA+ acreditam que as preocupações de saúde das populações LGBTQIA+ são “semelhantes”, mas não inteiramente iguais, às encontradas entre as populações heterossexuais e cisgênero. Já

48,2% dos prestadores de cuidados de saúde que se identificam como LGBTQIA+ concordaram que as preocupações de saúde das populações LGBTQIA+ são diferentes das necessidades de saúde das populações heterossexuais e binárias de gênero.

A compreensão, o conhecimento e a consciência dos profissionais de saúde da atenção primária sobre as experiências e identidades vividas pelas pessoas LGBTQIA+ contribuem positivamente para um maior reconhecimento das necessidades especiais dessa população. Quando os profissionais não veem tal necessidade, a tendência é que pessoas LGBTQIA+ procurem outros serviços de saúde administrados preferencialmente por pessoas LGBTQIA+, esta divulgação geralmente é feita boca a boca dentro da própria comunidade LGBTQIA+ (Lucas *et al*, 2023).

### Considerações finais

A literatura traz que as diferentes formas de discriminação por conta da diversidade sexual e de gênero impactam profundamente de forma negativa a saúde de quem as sofre, criando dificuldades que vão do acesso ao sistema de saúde até a manutenção do cuidado de si.

Os caminhos para melhorar o acesso à saúde da população LGBTQIA+ na atenção primária passam por abordar questões como incorporação da temática da assistência a essa população nos currículos de graduação e sensibilização adicionais em forma de educação permanente, bem como elaboração e fortalecimento de políticas, sistemas, processos e procedimentos de cuidados de saúde a população LGBTQIA+, além de fortalecer a participação social dessa comunidade nos equipamentos de atenção primária à saúde.

Os profissionais de saúde da atenção primária podem e devem criar um ambiente aberto e adquirir os respectivos conhecimentos para prestar um tratamento adequado a população LGBTQIA+, reconhecendo suas especificidades, combatendo estigmas e preconceitos e promovendo acolhimento e vínculo adequados para que se estabeleça a

continuidade do cuidado para uma população historicamente maculada como é a população LGBTQIA+.

Esse estudo possui algumas limitações. Dentre suas fragilidades pode-se destacar a pouca diversidade de países dos estudos, o que pode significar restrição de contextos em que as pesquisas foram realizadas. Além disso, em 10 anos, percebe-se a baixa produção acerca da temática, o que pode significar falta de elementos temáticos e dados que poderiam enriquecer ainda mais os achados desta revisão. A despeito das limitações encontradas, foi possível a construção de um corpo de recomendações que podem auxiliar os profissionais de saúde, formuladores de políticas públicas e autoridades governamentais a lidarem com as questões relacionadas ao acesso do público LGBTQIA+ na atenção primária à saúde.

Salienta-se a necessidade de pesquisas que se aliem aos esforços dos movimentos sociais e do ativismo LGBTQIA+, visando a fortalecer o controle social do Estado na implementação e monitoramento de políticas públicas em saúde que busquem diminuir a vulnerabilidade da população LGBTQIA+ e suas iniquidades, rumo à construção de um cuidado para além das estruturas cisheteronormativas que predominam na sociedade.

## Referências

- AKHAN, L. U.; BARLAS, G. Ü. Study of health care providers and attitudes against homosexual, bisexual individuals. *Journal of Human Sciences*, v. 10, n. 1, p. 434–444, 26 fev. 2013.
- BAKER, K.; HUGHES, M. **Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection in the Behavioral Risk Factor Surveillance System**. Disponível em: <<https://www.americanprogress.org/article/sexual-orientation-and-gender-identity-data-collection-in-the-behavioral-risk-factor-surveillance-system/>>. Acesso em: 9 maio. 2024.
- BENTO, B. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. *Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 4, n. 1, p. 165–182, jun. 2014.

- BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.** Rio de Janeiro: Garamond, 2012.
- BEZERRA, M. V. R. et al. LGBT health policy and its invisibility in public health publications. **Saúde em Debate**, v. 43, n. SPE8, p. 305–323, 2019.
- BITTENCOURT, D.; FONSECA, V.; SEGUNDO, M. Acesso da população lgbt moradora de favelas aos serviços públicos de saúde: entraves, silêncios e perspectivas. **Conexões Psi**, v. 2, n. 2, p. 60–85, 2014.
- BONASSI, B. C. et al. Vulnerabilidades mapeadas, Violências localizadas: Experiências de pessoas travestis e transexuais no Brasil. **Quaderns de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 83–98, 31 dez. 2015.
- BOURDIEU, P. **A dominacão masculina.** Tradução: Maria Helena Kuhner. 11. ed. Rio De Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 17 nov. 2023.
- BUTLER, J. **Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia.** 1. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
- BUTLER, J. *Bodies that matter: on the discursive limits of sex.* New York: Routledge, 1993.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** 1. ed. Brasília: Editora MS, 2013.
- CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 552–563, 2012.
- CARROLL, R. et al. "It was a very awkward consultation because I didn't know"-general practice staff experiences and challenges in providing healthcare to gender and sexual minority youth in Aotearoa New Zealand. **Fam Pract.** v. 41, n. 4, p. 579-586, 2024.
- CELE, N. H.; SIBIYA, M. N.; SOKHELA, D. G. Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal. **Curationis**, v. 38, n. 2, 23 jul. 2015.
- COHEN, E.; FRANCO, R. **Gestão social: como obter eficiência e impacto nas políticas sociais?** Brasil: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2007. p. 292.
- COSTA-VAL, A. et al. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, p. e320207, 2022.
- FERREIRA, B. O. et al. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, 2018.

- FERREIRA, B.O. et al. “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**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 496-508, jul./set. 2019.
- FERREIRA, B. O.; BONAN, C. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT). **Interface**, v. 25, p. e200327, 2021.
- FILHO, J. C. L. C. M. et al. Acesso de Pessoas LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde na Atenção Primária em Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 1, p. e14781, 12 jan. 2024.
- FRANKS, N. et al. Fostering Gender-IQ: Barriers and Enablers to Gender-affirming Behavior Amongst an Australian General Practitioner Cohort. **J Homosex.**, v. 70, n. 13, p. 3247-3270, 2023.
- FOUCAULT, M. **A história da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1976.
- GAHAGAN, J.; SUBIRANA-MALARET, M. Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada. **International Journal for Equity in Health**, v. 17, n. 1, 13 jun. 2018.
- GOMES, J. A. S.; TESSER JUNIOR, Z. C. Experiências de médicos de família e comunidade no cuidado com a saúde de pacientes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 2407, 4 mar. 2022.
- GUIMARÃES, N. P. et al. 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**, v. 14, n. 2, 26 jun. 2020.
- GUIMARÃES, R. C. P. et al. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 121–139, 13 nov. 2017.
- HIRSCH, O.; LÖLTGEN, K.; BECKER, A. Comparing health survey data from Internet- and paper-based convenience samples of lesbian women in Germany. **Sexual Health**, v. 11, n. 4, p. 351, 2014.
- LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 169-174, 1977.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.
- LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da eqüidade. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 11–21, jun. 2008.
- LUCAS, J. J. et al. When primary healthcare meets queerstory: community-based system dynamics influencing regional/rural LGBTQ + people's access to quality primary healthcare in Australia. **BMC Public Health**, v. 23, n. 387, 23 fev. 2023.

- MARTINHO, N. J. et al. Dificuldades enfrentadas no acesso à saúde por usuários LGBT. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 58, p. 3841–3848, 23 nov. 2020.
- MELLO, L. et al. Políticas Públicas de Trabalho, Assistência Social e Previdência Social para a População LGBT no Brasil: sobre desejos, realizações e impasses. **Revista de Ciências Sociais**, v. 44, n. 1, p. 132–160, 2013.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, out. 2008.
- MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é “babado”!. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 6, n. 2, p. 01-14, jun. 2008.
- OLIVEIRA, G. S. et al. Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 10, p. 2598–2609, 7 out. 2018.
- PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. DO B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180279, 2019.
- PELÚCIO, L. **Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de AIDS**. São Paulo: Annablume, 2009.
- REIS, A. A. **Atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.
- ROCHA, F. C.; SAMPAIO, J. V. Percepções de LGBTs sobre o Acesso à Atenção Primária de Saúde na Cidade de Guaiúba, CE. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 99–115, 6 set. 2022.
- ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517–2526, ago. 2016.
- RÖNDAHL, G. Lesbians' and gay men's narratives about attitudes in nursing. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 23, n. 1, p. 146–152, mar. 2009.
- RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P. 6 Práticas Educativas em Saúde: Integrando Sexualidade e Gênero na Graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 1, p. 170–178, jan. 2017.
- SANTOS, M. A. et al. Impacto Psicosocial da Pandemia de COVID-19 na Saúde Mental de Pessoas Transexuais e Travestis: Revisão Integrativa. **Psico-USF**, v. 28, n. 3, p. 579–598, 1 set. 2023.
- SILVA, A. L. R.; FINKLE, M.; MORETTI-PIRES, R. O. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SOBRE PESSOAS LGBT. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. e0019730, 2019.
- SILVA, L. K. M. et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 835–846, jul. 2017.

- SMART, L.; WEGNER, D.M. The hidden costs of stigma. In: HEATHERTON, T.F. et al. **The social psychology of stigma**. 1 ed. New York: Guilford Press, 2000. p. 220–242.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2012. p. 183–206.
- VAL, A. C. et al. “Nunca Me Falaram sobre Isso!”: o Ensino das Sexualidades na Perspectiva de Estudantes de uma Escola Federal de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 108–118, 2019.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. v. 52, n. 5, p. 546-553, fev. 2005.

## Access of the LGBTQIA+ population to primary health care services: integrative review

**Abstract:** Access to primary health care (PHC) services is important for the realization of rights; however, for the LGBTQIA+ population, there are barriers that hinder and/or prevent it. This study aimed to identify, analyze, and integrate research results that examined how the LGBTQIA+ population accesses PHC and how discrimination and prejudice against sexual orientation and gender identity impact this access. An integrative literature review was conducted, which converted a systematic search for primary studies published in the last ten years in two databases: PubMed/MEDLINE and Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Eleven studies that met the inclusion criteria were included. The thematic analysis of the material generated seven thematic categories. The studies analyzed indicated that prejudice and discrimination based on sexual orientation and gender identity are barriers to access for the LGBTQIA+ population in PHC worldwide. It is important to include the theme of assistance to this population in undergraduate courses and PHC services. It is necessary to strengthen the fight against cisheteronormative conceptions that perpetuate the oppression and marginalization of the LGBTQIA+ public within the scope of PHC.

**Keywords:** Primary Health Care; Access to Health Services; Sexual and Gender Minorities; LGBTQIA+ people.

Recebido: 15/09/2024

Aceito: 21/11/2024