



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Andréa Andrade Reis

**Atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Uma revisão
integrativa**

Rio de Janeiro

2022

Andréa Andrade Reis

Atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Uma revisão integrativa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Regina Ferro do Lago.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Attention to the LGBTQIA+ population in Primary Health Care in Brazil: an integrative review.

R375a Reis, Andréa Andrade.
Atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde no Brasil:
uma revisão integrativa / Andréa Andrade Reis. -- 2022.
67 f.

Orientadora: Regina Ferro do Lago.
Coorientadora: Elyne Montenegro Engstrom.
Dissertação (Mestrado Profissional em Direitos Humanos, Justiça e Saúde:
Gênero e Sexualidade), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 60-65.

1. LGBTQIA+. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Atenção Primária à
Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Título.
CDD 362.12

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Andréa Andrade Reis

Atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Uma revisão integrativa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 15 de dezembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcos Antônio Ferreira do Nascimento
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira

Prof.^a Dra. Adriana Miranda de Castro
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Elyne Montenegro Engstrom (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Regina Ferro do Lago (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Este trabalho por objetivo homenagear meu marido, filha, mãe, pai, irmãos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as vitórias a mim concedidas. A minha mãe Ilca que mudou a minha história e me adotou e ao meu pai Josebel que quando me viu se apaixonou e a recusa de adotar caiu por terra.

Ao meu marido Cláudio Henrique que em todos os momentos esteve ao meu lado, apoiando, paciente orgulhando-se do nosso mestrado.

A minha filha Ilka Atamey que se orgulha da mãe que aos 50 anos de idade se propôs a entrar nesse projeto de vida e serve, segundo ela, de inspiração.

Aos meus irmãos Fábio e Gláucio que ficaram felizes ao saber que a primogênita seria a primeira Mestra da família.

As minhas colegas Valdete e Fernanda que realizaram o sonho junto comigo.

Os meus amigos que sentiram minha falta nas resenhas nesses dois anos e torceram para o sucesso na minha defesa.

Um agradecimento especial para as minhas orientadoras, Regina Ferro e Elyne Engstrom pelos ensinamentos e paciência.

“Aceitar e respeitar a diferença é umas dessas virtudes sem o que a
escuta não se pode dar.”
(FREIRE e TAVARES, 2011, p. 118).

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto a atenção à saúde oferecida à população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, assexuais, assim como pessoas de outras variações de gênero e identidade sexual (LGBTQIA+) na APS, no contexto brasileiro, a partir da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT, instituída pela portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Objetivo: Analisar a literatura produzida sobre as experiências de atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Abordagem metodológica: Este trabalho realizou uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura, sobre as experiências de atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde 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. Resultados: 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 relacionados ao tema desta pesquisa. Discussão: A visibilidade da população LGBTQIA+ vem crescendo e, com a veiculação de sua demanda por direitos, inclusive à saúde, é possível o assunto venha conquistando mais nos estudos sobre a saúde. A diminuição das publicações em 2020 pode estar relacionada à redução de atividades em razão da pandemia de covid-19, porém, o número de estudos é pequeno para que se possa avançar na compreensão desse fenômeno. Conclusão: Conclui-se, também que fatores morais e religiosos tem forte impacto sobre o preconceito e a discriminação, havendo relatos na literatura de profissionais de saúde que são ancorados em ensinamentos culturais, influência familiar e de grupos sociais que não aceitam a diversidade social, acreditando que pessoas fora da cisheteronormatividade são consideradas como incorretas e mesmo inaceitáveis, contribuindo para o afastamento dessa população dos serviços de saúde ofertados no SUS.

Palavras-chave: serviços de saúde; atenção primária; LGBTQIA+.

ABSTRACT

The present work has as its object the health care offered to the population of lesbian, gay, bisexual, transsexual, queer, intersex, asexual, as well as people of other variations in gender and sexual identity (LGBTQIA+) in PHC, in the Brazilian context, from the implementation of the National Policy of Integral Care to the LGBT population, instituted by Ordinance No. 2,836, December 1, 2011. Objective: To analyze the literature produced on the experiences of care for the LGBTQIA+ population in Primary Health Care in Brazil. Methodological approach: This study conducted bibliographical research, such as an integrative literature review, on the experiences of care for the LGBTQIA+ population in Primary Health Care in Brazil. It is a qualitative study - one capable of offering an understanding of complex social phenomena incapable of being elucidated with quantitative research. Results: The studies were classified and ordered according to the year of publication, region of the country, methodology used and status of the participants. Although the period surveyed began in 2012, publications were only recorded in 2015. Between 2016 and 2019 there was an increase in the number of published studies related to the theme of this research. Discussion: The visibility of the LGBTQIA+ population has been growing and, with the dissemination of its demand for rights, including health, it is possible that the subject has been gaining more in health studies. The decrease in publications in 2020 may be related to the reduction of activities due to the covid-19 pandemic, however, the number of studies is small in order to advance the understanding of this phenomenon. Conclusion: It is also concluded that moral and religious factors have a strong impact on prejudice and discrimination, with reports in the literature of health professionals who are anchored in cultural teachings, family and social group influences that do not accept social diversity, believing that people outside heteronormativity are considered as incorrect and even unacceptable, contributing to the removal of this population from the health services offered in the SUS.

Keywords: health services; primary attention; LGBTQIA+.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Atributos da atenção primária à saúde.....	18
Figura 2 -	Dimensões do acesso aos serviços de saúde.....	19
Figura 3 -	Linha do tempo das políticas públicas mais importantes voltadas à população LGBTQIA+.....	28
Quadro 1 -	Estratégia de busca por base bibliográfica	33
Fluxograma -	Da seleção das publicações.....	35
Quadro 2 -	Visão geral das publicações.....	37
Quadro 3 -	Interpretação e análise dos resultados.....	42
Gráfico 1 -	Estudos por ano de publicação	46
Gráfico 2 -	Estudos por região do Brasil.....	47
Gráfico 3 -	Estudos por tipo de metodologia.....	47
Gráfico 4 -	Estudos por categoria dos sujeitos.....	48

LISTA DE E ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Covid -19	Coronavírus19
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
ESF	Estratégia Saúde da Família
GLS	Gays, Lésbicas e Simpatizantes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis
LGBTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexo e Assexuais
ONGs	Organizações Não Governamentais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de LGBT
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.2	OBJETIVOS.....	14
1.2.1	Objetivo geral	14
1.2.2	Objetivo Específicos	14
2.	REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO	15
2.1.	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBTQIA+.....	15
2.1.1	Acesso e acolhimento	18
2.1.2	Cuidado Integral à saúde	21
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBTQIA+.....	23
2.3	DIREITOS HUMANOS E DIREITO À SAÚDE.....	28
3	METODOLOGIA	31
3.1	COLETA DE DADOS: PERGUNTA NORTEADORA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	32
3.2	AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS.....	35
3.3	INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	41
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	45
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1	PANORAMA DAS PUBLICAÇÕES	46
4.2	ANÁLISE DAS CATEGORIAS.....	48
4.2.1	Esfera relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBT	48
4.2.2	Organização do serviço e atenção à saúde LGBT	51
4.3	GARANTIA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS.....	54
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE A	66
	APÊNDICE B	67

APRESENTAÇÃO

Minha motivação para trabalhar com esse tema vem da vivência adquirida em 20 anos de trabalho em saúde pública, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS), que é uma das principais portas de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). A maior parte desses anos em locais de grande vulnerabilidade, onde a presença de uma UBS é de grande importância para população.

Alguns questionamentos não saíam da minha cabeça e a necessidade de encontrar respostas serviu de propulsão para esse trabalho visto que, apesar de existirem políticas de saúde promotoras de equidade de gênero e atenção integral à saúde voltadas para grupo LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde no Brasil ainda são incipientes, fragmentadas e pouco efetivas diante das demandas apresentadas por esse grupo.

Iniciei minha vida profissional como agente de documentação médica em uma Unidade Básica de Saúde, onde os usuários realizavam seu cadastro para atendimento e nesse período. Lá percebi que havia um certo desconforto por parte de colegas de trabalho para o atendimento de pessoas da população LGBTQIA+, fazendo com que eu ficasse tão constrangida a ponto de tentar tornar aquela experiência o mais agradável possível para essas pessoas. Nesse momento de empatia o vínculo era formado.

Após minha passagem pela documentação médica, assumi novas atribuições no setor de odontologia na função de auxiliar de saúde bucal e posteriormente como técnica de saúde bucal. Observei, então, que a população LGBTQIA+ não chegava ao consultório de odontologia e tão pouco nas atividades de prevenção da saúde bucal, tanto na unidade de saúde, quanto em escolas e eventos realizados na comunidade.

Alguns anos depois, após realizar a faculdade de enfermagem e já como responsável por uma equipe na Estratégia Saúde da Família, continuei com a percepção de que essa população continuava, de certa forma, sem a devida atenção à sua saúde. Quando eu questionei minha equipe onde estaria essa população, ouvi um sonoro “deixa quieto”, aguçando ainda mais meus questionamentos sobre o atendimento de saúde desse grupo. Em princípio eu pensava que essa população não fosse enxergada, porém o professor Drº Marcos Nascimento, durante a defesa desse trabalho, me fez perceber que havia um processo de invisibilização em curso, pois na visão do agente comunitário de saúde, a vinda desse público poderia causar tensões e desconforto na equipe, uma vez que o assunto difere dos padrões heteronormativos.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto a atenção à saúde oferecida à população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo, assexuais, assim como pessoas de outras variações de gênero e identidade sexual (LGBTQIA+)¹ na APS, no contexto brasileiro, a partir da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT, instituída pela portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (BRASIL, 2013, p. 8).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para o SUS e, por vezes, o primeiro contato da comunidade com o serviço de saúde, proporcionando a possibilidade de uma melhor atenção aos indivíduos, com foco em estratégias e tecnologias em saúde para atendimento do indivíduo e comunidade. Entretanto, essa porta de entrada nem sempre é acolhedora, existindo várias barreiras à disponibilização de serviços que, efetivamente, considerem as condições organizacionais, sociais, culturais e de comunicação com a equipe que favoreçam as pessoas LGBTQIA+. Deve-se questionar a qualidade do acesso, bem como a sua efetiva existência para as populações LGBTQIA+(FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018).

De modo aprimorar os serviços de saúde na APS, foram instituídas políticas facilitadoras da universalização e do acesso como PNSILGBT (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018, p. 1255). Apesar das dificuldades de acesso existentes, a atenção primária tem potencial para melhorar o atendimento com empatia, acolhimento e criação de vínculo.

Assim como em outros grupos populacionais, a população LGBTQIA+ possui especificidades a serem entendidas e acolhidas no âmbito da atenção à saúde, a começar pela orientação sexual e a identidade de gênero. O primeiro diz respeito a atração afetiva e ou sexual que uma pessoa manifesta em relação à outra, enquanto a identidade de gênero se refere sobre a percepção que uma pessoa tem de si independente do sexo biológico (SÃO PAULO, 2022, p.17). Em relação a uma das especificidades pode-se citar, por exemplo, que um homem trans continua tendo a necessidade em realizar o exame citopatológico como forma de prevenção de câncer de colo de útero.

Pode-se afirmar que a construção de políticas públicas para cuidar da saúde das pessoas LGBTQIA+ de forma integral e continuada vem sendo conquistada por meio de muitas reivindicações e lutas por seus direitos. É um público historicamente invisível, em vulnerabilidade e

¹ Neste trabalho optou-se por usar a sigla LGBTQIA+ por ser o termo considerado mais inclusivo por grande parte dos ativistas. Siglas anteriormente usadas foram: GLS (Gays, Lésbicas e Simpatizantes), LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais), LGBTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis) e LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Intersexo).

que conta com pouca aceitabilidade, o que leva a processos de sofrimento e afastamento do convívio social, fatores que predisõem ao adoecimento físico e mental dessa população. A população LGBTQIA+ sofre constantes ataques a direitos e garantias fundamentais, manifestados por meio de múltiplas formas de preconceitos e violências sociais que levam, inclusive, a casos de crimes de ódio que tem a morte como desfecho (CARVALHO; TAVARES, 2018, p. 91).

O preconceito e a discriminação se estendem à atenção prestada nas unidades de saúde, onde ainda se identifica esse segmento como desviante do padrão heteronormativo (LIMA, 2017, p. 103-105), o que potencializa ainda mais o olhar social estigmatizante e a necessidade de incluir ações de formação para os trabalhadores da saúde a fim de divulgar a diversidade e as especificidades desse grupo (PINTO et al, 2021, p. 322). A população LGBTQIA+, tratada de forma não equânime e por vezes segregada nesse contexto, enfrenta barreiras ao acesso aos serviços de saúde, (PEREIRA et al., 2017, p. 53), e se expõe a julgamentos de profissionais dos serviços de saúde, frutos da sociedade discriminatória, que reverberam negativamente na produção do cuidado (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2019, p.3).

A atenção primária pode contribuir para a saúde desse grupo populacional, que deve ser olhada sob uma perspectiva do direito ao acesso universal às ações e serviços de saúde, para que sejam assegurados aos usuários o tratamento, recuperação, reabilitação e cura. A APS deve garantir direitos como uso do nome social, uso do banheiro conforme a orientação sexual e oferta do processo transexualizador, além contribuir para a divulgação desses direitos (OLIVEIRA et al., 2018, p. 2602-2605).

No contato com os usuários, seja no acolhimento, atendimento clínico ou qualquer outro tipo de ação em saúde, pode-se contribuir para ampliar a equidade fazendo com que o conhecimento sobre os seus direitos à saúde alcance o maior número de pessoas da população LGBTQIA+. Sendo a APS 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 público (Brasil, 2013, p.10-25).

Considerando o exposto, a pergunta norteadora desta revisão integrativa é: a APS brasileira tem oferecido cuidado integral e com respeito aos direitos humanos à população LGBTQIA+?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a literatura produzida sobre as experiências de atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde no Brasil

1.2.2 Objetivos Específicos

- Compreender como essas experiências são desenvolvidas no cotidiano do trabalho.
- Identificar os aspectos que dificultam ou facilitam a atenção à saúde da população LGBTQIA+.
- Examinar se as experiências realizadas respeitam os direitos humanos dessa população.

2. REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBTQIA+

A atenção primária à saúde exige uma análise apurada quando se refere às demandas da população LGBTQIA+, que geralmente tem queixas que não podem ser encaixadas em grupos engessados, que não possuem oferta de tratamentos específicos e que promovam tratamentos que melhorem a qualidade de vida e saúde desta população (ALENCAR ALBUQUERQUE et al., 2016; GARCIA et al., 2016).

Existem marcos importantes na história da atenção primária como a Declaração de Alma-Ata, de 1978, a respeito da atenção primária à saúde (APS) inspirou os governos a elaborar políticas nacionais, estratégias e planos de ação para implantar a APS como parte de um sistema nacional de saúde integral e em composição com outros setores do governo, para confrontar os determinantes sociais da saúde, motivando a política e recursos do país (GIOVANELLA et al., 2019).

A Conferência de Alma-Ata aconteceu após várias conferências motivadas pela Organização das Nações Unidas no decorrer da década de 1970, que discutiram uma ampla agenda para uma nova estrutura econômica mundial, almejando à diminuição do grande abismo entre nações ricas e pobres. A Organização Mundial da Saúde (OMS), admitiu ser impossível dissociar o crescimento econômico e social e a saúde de um país, o que bem salienta a ideia da integralidade na APS e a saúde para todos proposto pela Carta de Alma-Ata (GIOVANELLA et al., 2019).

A Carta de Ljubljana da Organização Mundial da Saúde (1996) se tornou referência para a reforma da saúde com foco na atenção primária, e estabelece que os sistemas de saúde devem ser orientados por valores, como a dignidade humana, a equidade, a solidariedade e a ética profissional, que deveriam estar voltados para as consequências positivas realizadas com foco na saúde. A saúde é aqui concebida é centrada nas pessoas e baseada em um financiamento sólido, receptiva à voz e à escolha do cidadão. É também fundamentada em evidências, contando com gerenciamento, recursos humanos e coordenação política adequados (STARFIELD, 2002).

Alguns princípios da Carta serão aqui detalhados pela sua importância para o público LGBTQIA+. A centralização nas pessoas é um deles, que se entrelaça com o princípio da equidade. Equidade pode ser definida como a superação da desigualdade baseado em um contexto histórico e social, que podem ser evitadas e julgadas injustas, impedindo que as

necessidades de uma determinada população sejam atendidas em suas especificidades (CECÍLIO, 2006). Isso porque cada grupo populacional tem diferentes demandas, frente a influência de contextos ou ambientes sociais ou físicos de seu território e influenciam na promoção da saúde (SANTOS, 2018).

Pessoas LGBTQIA+ não revelam sua orientação sexual ou sua identidade de gênero, e tendem a evitar os serviços de saúde, ainda que doentes, por medo de sofrerem LGBTQIA+ fobia, circunstância que tem me mostrado real e recorrente nos serviços de saúde). A literatura aponta a existência de “um círculo vicioso: o indivíduo não procura os serviços de saúde, e o profissional de saúde está alheio às necessidades do grupo” (GARCIA et al., 2016). Um exemplo é a população bissexual, invisibilizada de forma recorrente por profissionais de saúde da APS, o que dificulta a oferta de serviços, como a diversificação de métodos para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Ações mais efetivas devem ser dirigidas a esse grupo, quando comparado a outros, devido as suas especificidades, e nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde deveria ser um espaço de construção compartilhada de projetos de saúde. (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2019).

A carta também aponta a necessidade de um financiamento sólido dos cuidados nos serviços de saúde, com a cobertura equânime dos serviços e insumos para todos os usuários (STARFIELD, 2002). A população LGBTQIA+ tem seu o direito ao acesso universal e gratuito à saúde, garantido pela Constituição, porém, as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica ameaçam esse ganho pela mudança da cobertura e políticas econômicas ligadas ao SUS, que aprova a emenda constitucional 9520/2016 que prevê o congelamento de gastos na saúde, inclusive ligados a atenção básica. (MELO et al, 2018).

Outro princípio da Carta de Ljubljana a ser mencionado e que se articula com os outros princípios ora citados, é a orientação da saúde para os serviços de atenção primária. A integralidade dos serviços prevê que todos funcionem e se destinem em seus propósitos, mas que os modelo de atenção seja voltado para a promoção da saúde com a participação da comunidade (STARFIELD, 2002).

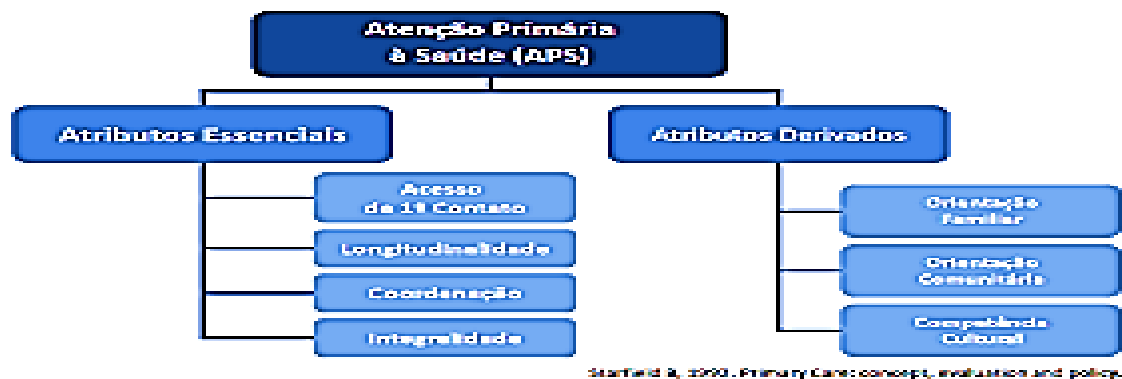
Apesar das dificuldades citadas, a APS oferta grupos de promoção, proteção e prevenção de saúde para mulheres, crianças e idosos, o que demonstra ser possível estender essas práticas à população LGBTQIA+ e, assim, não limitar os seus benefícios a determinados grupos populacionais. A ideia de grupo, roda de conversa ou qualquer outro tipo de estratégia que traga os usuários para dentro da unidade para orientações, e com isso melhorar seu autocuidado, o cuidado com os seus entes ou com a comunidade é válido e deve ser estimulado continuamente.

No entanto, a presença da população LGBTQIA+ nas unidades de saúde ainda é pontual e centrada nas mesmas demandas, como pegar camisinha e realizar teste rápido para a detecção de infecções sexualmente transmissíveis (SILVA et al, 2020). Percebemos que algumas ações com intuito de trazer um maior número de pessoas às unidades de saúde vêm sendo empreendidas, como por exemplo, o funcionamento de Clínicas da Família até 20 horas para aqueles que por algum motivo não conseguem chegar às unidades de saúde da família em horário convencional. Tais medidas poderiam envolver o grupo LGBTQIA+, proporcionando mais equidade às ações de saúde.

A equidade se refere ao nivelamento, em que políticas públicas são realizadas para sanar as carências na saúde de parcelas da população mais necessitadas para que se alcance o direito da saúde a todos[...] a equidade em saúde se associa à redução de desigualdades, enquanto justiça social, permitindo com que políticas de saúde surjam para dar atenção a questões heterogêneas da população brasileira. (RIBEIRO; BENETTI; SILVA, 2021).

A Atenção Primária à Saúde possui sete atributos, divididos em dois grupos, o primeiro grupo é denominado atributos essenciais e o segundo grupo é chamado de atributos derivados. Os atributos essenciais são subdivididos em quatro categorias, a primeira denominada acesso de primeiro contato, que corresponde à acessibilidade e serviços sem que haja restrições. O segundo atributo essencial é a longitudinalidade, que é o cuidado regular ao longo do tempo pela equipe de saúde com os indivíduos e seus familiares em um ambiente de relação mútua e de confiança. O terceiro se refere à coordenação do cuidado, definida como a capacidade de garantir a continuidade da atenção pelas equipes de saúde. O quarto e último atributo essencial é a integralidade, que é a prestação de um conjunto de serviços prestados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população no campo da promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e da palição (STARFIELD, 2002).

Figura 1. Atributos da Atenção Primária à Saúde



FONTE: STARFIELD, 2002.

Os atributos derivados são subdivididos em três grupos: o primeiro se refere à orientação familiar, que coloca a família como o sujeito da atenção e requer a interação da equipe de saúde com o usuário, sendo necessário o conhecimento integral dos problemas de saúde e sociais do indivíduo. O segundo, ligado à orientação comunitária, é o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto social em que vivem, físico e econômico. O terceiro refere-se à competência cultural que é a relação entre a equipe de saúde e a população referente ao respeito as singularidades culturais e suas preferências (MENDES, 2012).

No Brasil, relacionados aos atributos, a Estratégia Saúde da Família foi o modelo utilizado para realizar o elo entre equipes e indivíduos na Atenção Primária à Saúde, tornando-se parte indissociável do nosso Sistema Universal de Saúde (GIOVANELLA et al, 2019). A Estratégia Saúde da Família apresenta bases sólidas para as práticas assistenciais na atenção básica integrada aos princípios do sistema público brasileiro. A ESF busca aliar a prática do cuidado individual à abordagem da população na perspectiva relacionada à atenção em saúde, integrando vigilância epidemiológica e sanitária no contexto territorial com foco a atenção clínica e políticas intersetoriais, bem como ao atendimento as demandas espontâneas centradas no acolhimento do usuário (GIOVANELLA, et al, 2020).

2.1.1 Acesso e acolhimento

O acesso é um conceito importante e determinante para elucidar as variações na oferta de serviços de saúde a população e apresenta dimensões que afetam diretamente a equidade nos serviços de saúde. Embora alguns autores utilizem acesso e acessibilidade como equivalentes, para outros esses termos possuem significados diferentes, embora sejam complementares. A

acessibilidade diz respeito ao perfil da oferta que veiculam o alcance das pessoas aos serviços, enquanto o acesso é entendido como a percepção das pessoas a acessibilidade (FIGUEIRA; SILVA; SILVA, 2018). Nesse sentido o acesso à saúde está relacionado ao uso de dispositivos de saúde que possuem dimensões determinantes da oferta e determinantes da demanda, condicionados pela disponibilidade da prestação de serviços, a acessibilidade geoeconômica e sócio organizacional, a produtividade, a aceitabilidade proveniente da vinculação usuário-profissional de saúde (OLIVEIRA et al., 2021). Outros autores incluem a disponibilidade, a aceitabilidade, fatores intervenientes e possíveis caminhos como dimensões do acesso (CARMO et al., 2021).

Figura 2 - Dimensões do acesso aos serviços de saúde

Dimensões do acesso	Variáveis
Acessibilidade sócio-organizacional	Horário de funcionamento; dinâmica de marcação de consultas; tempo de espera
Acessibilidade geográfica	Meio de transporte utilizado pelos usuários; tempo de deslocamento da residência à Unidade de Saúde
Disponibilidade	Demandas existentes; demandas atendidas
Acessibilidade econômica	Relacionadas à impossibilidade de acesso devido a questões econômicas
Aceitabilidade	Relação usuário x profissional; relação usuário x serviço de saúde
Fatores intervenientes	Fatores facilitadores e dificultadores
Possíveis caminhos	Possibilidades de intervenção para melhorias no acesso aos serviços de saúde

Fonte: (CARMO et al, 2021, p. 80).

O acesso também pode ser analisado sob a ótica dos determinantes em saúde divididos em três dimensões de vulnerabilidade: individual, coletiva e programática. A primeira versa sobre as condições sociodemográficas e biológicas dos usuários e a segunda, como esses usuários estão inseridos no processo produtivo e reprodutivo da sociedade. A vulnerabilidade

programática, por fim, refere-se à disponibilização de políticas públicas que atendam as demandas sociais em saúde e incluam a relação usuários-serviços de saúde e a capacitação profissional para o atendimento das demandas e especificidades dos usuários (OLIVEIRA et al., 2020).

O acesso também está relacionado questões a formação profissional para a Atenção Primária à Saúde requerem uma reestruturação na maneira de ensino, bem como a oferta e alocação ordenada dos profissionais pelo país, assegurando o acesso (OLIVEIRA et al., 2020).

A palavra acolhimento sugere receber bem, oferecer cuidado, amparo e abrigo, ouvir e dar resposta capaz de mitigar o problema apresentado pelo usuário. O vínculo criado durante o acolhimento se estabelece na relação profissional entre o usuário e a equipe de saúde, construída ao longo do tempo com base na confiança do usuário no profissional e na responsabilização da equipe no cuidado e promoção da saúde dos usuários (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Acolher é dar acolhida, admitir que existe uma necessidade, dar ouvidos a quem fala, dar crédito às queixas enquanto se agasalha com a proteção e receber com a vontade de atender as necessidades. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É nesse sentido, de ação de aproximação e conexão, que dizemos que o acolhimento é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010).

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 à capacidade de um grupo para buscar e obter assistência à saúde, e as condições de acessibilidade para comportarem dimensões econômicas, técnicas e simbólicas (GIOVANELLA et al., 2019).

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 à própria subjetividade dos processos de saúde (UCHIMURA; BOSI, 2002). 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 LGBTQIA+ e interferem na inserção desses indivíduos no sistema de saúde (FACCHINI; FRANÇA, 2009). Vale registrar que ainda se verifica, no cotidiano do cuidado, a persistência da patologização das identidades sexuais e expressões de gênero fora da cisheteronormatividade, apesar do Conselho Federal de Medicina no Brasil ter retirado a homossexualidade da Classificação de Doenças (CID-9, código 302.0) em 1985 e as identidades trans terem sido excluídas, pela Organização Mundial de Saúde, da Classificação

Internacional de Doenças em 1994. Essa questão permeia todo o campo da saúde e não apenas a APS.

As pessoas LGBTQIA+ podem ou não se encontrar dentro de padrões binários. No caso das que não se enquadram, as políticas de saúde como as de atenção à saúde do homem ou da mulher podem não ser adequadas. É um desafio incluir pessoas que possuem identidades plurais e corpos distantes do conceito anatômico aprendido na formação dos profissionais de saúde, e isso é um diferenciador dentro do próprio grupo populacional (PEREIRA; CHAZAN, 2019). Com isso, os determinantes de oferta em saúde nunca serão compatíveis com os determinantes de demandas, caso estes últimos não estejam preparados para abarcar esse perfil populacional e suas necessidades em saúde, ocorrendo um acesso deficitário na APS. Os sujeitos que não se encaixam no binarismo sexual são expostos a inúmeras situações de vulnerabilidade, não somente no que diz respeito aos cuidados em saúde, mas também a questões ligadas a emprego, renda, ao nível cultural e de estudos, a questões ligadas a segurança pública, dentre outras (ALENCAR ALBUQUERQUE et al., 2016). Ou seja, dentro da própria população LGBTQIA+ o acesso se dá de forma diferente.

Entender as necessidades e especificidades de cada indivíduo é importante para diminuir as disparidades entre as parcelas populacionais, como no caso da população LGBTQIA+, que possuem necessidades específicas, de forma que esse grupo não fique em desvantagem em relação ao seu acesso aos serviços de saúde ofertados a população como um todo (ROCON; ZAMBONI, 2016).

2.1.2 Cuidado integral à saúde

Cuidar não é somente um ato, mas sim uma atitude pois não se limita a um momento de atenção ou zelo, pois representa uma conduta de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro e esse cuidado é fundamentado no direito em uma relação direta com o reparo, uma vez que as pessoas possuem direito de serem cuidadas de forma digna independente de terem suas expressões fora da norma (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

A integralidade tem como princípio considerar as pessoas como um todo, entendendo todas as suas necessidades. É imperativa a integração de ações de saúde, incluindo a promoção e a prevenção de doenças com seu devido tratamento e a reabilitação. O princípio da integralidade implica na articulação da saúde com outras políticas públicas, assegurando uma atuação entre os diferentes setores que operam na saúde e na qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 1990).

A integralidade das ações de saúde foi definida como dispositivo para assegurar aos usuários da atenção primária à saúde a atenção curativa e preventiva, bem como a compreensão e a formulação do conceito de atenção integral na estrutura da reforma do sistema de saúde brasileiro, buscando responder às necessidades do usuário (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Segundo Pinheiro e Mattos (2006), a integralidade é um termo dos mais difíceis de definir e sua compreensão demanda uma atenção especial. A integralidade é um princípio que pressupõe, não somente com outros níveis como também com as demais políticas públicas, garantindo a melhoria da atuação entre vários setores de diferentes áreas que, de alguma forma, tenham influência na promoção da saúde, tratamento de doenças ou a formas de reabilitação de sequelas causadas por alguma doença, enxergando as pessoas como um todo (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

A integralidade do cuidado surgiu para dar sentido a uma necessidade crescente de unir as várias formas de cuidados que podem ser dispensados, pensando-se na construção desses cuidados a partir da identificação das necessidades e respeitando as singularidades dos indivíduos e criando vínculos entre as atenções primárias, secundárias e terciárias (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

O conceito de integralidade é muito amplo e de caráter holístico, tornando-se necessário olhar para o ser humano em um contexto maior e não somente para uma parte, como apenas para o aspecto de doenças, mas levando em consideração as dimensões biopsicossociais do indivíduo. Caracteriza-se também por pensar em saúde a longo prazo, através das políticas públicas adotadas pelo SUS, considerando as possíveis especificidades em saúde e seus desdobramentos em todas as esferas de governo garantindo e construindo o cuidado à saúde (PINHEIRO et al, 2008).

Sob outra perspectiva, pode-se também afirmar que a integralidade engloba vários aspectos, como ações programáticas e demanda espontânea, promoção à saúde, ações de prevenção de agravos e cuidado integral do usuário e em conjunto com um alto grau de articulação entre os profissionais, que somados, compõem um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012).

No caso do grupo LGBTQIA+, a integralidade efetivamente implementada necessita considerar a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT e atender as especificidades e necessidades dessas pessoas e, (BRASIL, 2013). No entanto existem dificuldades em

realizar uma escuta ativa e de reconhecer as demandas latentes dessa população, o que impacta negativamente na busca por conhecimento por parte dos gestores e no reconhecimento de suas responsabilidades para com a população LGBTQIA+ (GOMES et al., 2018).

A integralidade está comprometida pela dificuldade no processo de gestão tanto em nível de Atenção Primária à Saúde como da rede de atenção em saúde, desarticulada em ações frente as demandas da população LGBTQIA+, em todos os níveis de atenção devido a dificuldade de realizar uma escuta ativa e pela falta de conhecimento em relação as demandas específicas. Esse grupo permanece invisibilizado, fazendo-se necessária a capacitação de recursos humanos e participação popular para efetivação da integralização do cuidado, incluindo as práticas de promoção da saúde. São necessários estudos que investiguem os nós envolvidos na participação popular LGBTQIA+ no sistema de saúde, como também no processo de formação dos profissionais de saúde, na tentativa de minimizar as desigualdades no acesso (GOMES et al., 2018).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBTQIA+

As políticas públicas de saúde no Brasil voltadas para o público LGBTQIA+, começaram bem tímidas em 1986 visando ao combate ao HIV, em um momento em que se acreditava que sua transmissão ocorria somente entre homens homossexuais. O programa nacional de DST e AIDS, como política pública de saúde, apoiou a realização de campanhas para a prevenção do HIV/AIDS com o foco na ideia de sexo seguro, uso de preservativos e acesso gratuito a medicamentos e tratamentos (BRASIL, 1999).

Em 1999 surgiu o “Projeto Somos”, que financiou ONGs por todo o País. O intuito era dar visibilidade ao movimento LGBT no País, fomentando outros movimentos, como a parada do orgulho gay, educação e conscientização voltados para o combate à homofobia (MELLO et al., 2011). Antes, em 1990, surgiu a Austral (Associação de Travestis e Liberados do Rio de Janeiro, assim como tantos outros que não entraram no presente estudo).

Foi no ano de 2004 que houve realmente um grande avanço das iniciativas por parte do governo para a promoção da cidadania da população LGBT e também um efetivo combate à homofobia, violência e à discriminação desta parcela da população. Esse programa se chamava “Brasil sem Homofobia” tendo como pano de fundo a violência urbana que atentava sobre a população LGBT e noticiada nos jornais e outros meios de comunicação (MELLO et al., 2011). Podemos dizer, que essa política inicia-se de fato em 2004, a partir do Programa Brasil sem Homofobia, com o intuito de combater a violência contra essa população que se apresentava vulnerável para esses agravos, influenciando negativamente nos direitos básicos de pessoa

humana e com participação ativa da sociedade civil (BRASIL, 2013).

O objetivo da política é o atendimento à saúde de forma integral no SUS e a reverberação deste por todos os seguimentos da sociedade, ampliando, qualificando, garantindo um atendimento digno e reduzindo os agravos de saúde, divulgando o conhecimento continuamente sobre saúde e contribuindo para a educação permanente para usuários, trabalhadores e sociedade pelo SUS sobre as práticas de promoção de saúde da população LGBTQIA+ (BRASIL,2013).

Considerando a necessidade de promover a articulação entre as ações dos diversos órgãos do Ministério da Saúde e das demais instâncias do Sistema Único de Saúde, na promoção de ações e serviços de saúde voltados à população LGBT (BRASIL, 2013, p. 13).

Percebe-se que as políticas públicas empreendidas pelo governo vêm desenhando e executando políticas de saúde mais abrangentes ao público LGBTQIA+, que ao longo do tempo ultrapassou a barreira da secretaria de saúde e alcançou outras secretarias, permitindo uma melhor organização dos movimentos LGBTQIA+ no Brasil (MONEIRO, 2013).

Dois anos mais tarde, em 2006, outra iniciativa do governo que atendia uma demanda por parte de pessoas LGBTQIA+, foi a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, que trata dos direitos ao cuidado, tratamento e ao atendimento no SUS, livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Um importante avanço no combate ao preconceito, principalmente no atendimento nos órgãos dos governos, como hospitais e postos de saúde. Essa portaria foi a primeira a deliberar sobre o uso do nome social para pessoas trans (MELLO et al., 2011).

Ainda em 2006, mais uma conquista, agora existia representatividade no Conselho Nacional de Saúde conferindo a democracia e, com isso, a voz dessa população para promover o debate permanente no tocante a tudo que se referia à orientação sexual e identidade de gênero e suas repercussões na saúde (BRASIL, 2013).

Em 2007 se concretizaram outras ações do governo no combate ao HIV/AIDS. Dois planos tiveram destaques, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS, tendo como pano de fundo o combate ao crescente número de mulheres portadoras do vírus do HIV e o Plano Nacional de Enfrentamento da Pandemia de AIDS e DST entre a população LGBTQIA+. Esse plano sim, com foco a essa parcela da sociedade e com ações diretas (MELLO et al., 2011).

Em 2008, uma fração desse grupo, as pessoas transexuais e travestis, conseguiram

alcance de direitos, por meio da judicialização, que obrigou o Ministério da Saúde a implementar a Política do Processo Transexualizador (JANINI, 2019). Somente três anos depois, o Ministério da Saúde promulgou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, ampliando os direitos conquistados por essa população. No entanto ainda persistem falhas relacionadas ao acolhimento e respeito aos direitos conquistados pelo público LGBTQIA+, tanto por questões programáticas, como sociais (JANINI, 2019; PINTO; MURILLO; OLIVEIRA, 2021).

Outro importante documento surgiu em 2009, oriundo do III Programa Nacional de Direitos Humanos, que também tratava o direito a promoção à saúde por parte das lésbicas, gays, bissexuais e travestis, tratando de assuntos relacionados a atendimento, reconhecimento da orientação sexual (MELLO, 2011).

Um ano depois, foi formulado o documento de Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, com políticas específicas a lésbicas, gays, bissexuais e travestis. Esse documento teve sua primeira versão em 2008, mas sua versão final só teve a sua publicação em 2010. Esse documento, que contém nove diretrizes e que tem como base orientações a respeito de sexualidade, ciclos de vida, raça, etnia e identidade de gênero, teve como marco a portaria nº 457 de 2008, que passava a autorizar o Sistema Único de Saúde a realizar cirurgias de redesignação sexual para mulheres trans (JANINI, 2019).

A saúde mental da população LGBTQIA+ também ganhou impulso por ter sido atendida uma antiga reivindicação, pelo Supremo Tribunal de Justiça, em maio de 2010, que delibera por unanimidade, que casais formados por homossexuais têm o direito de adotar filhos. Esse fato abriu uma ampla discussão social sobre a união estável homoafetiva e, em 2011, o Supremo Tribunal Federal reconheceu a união estável e, em 2013, com a resolução CNJ, 2013 os cartórios de registro civil foram autorizados a registrar o casamento homoafetivo.

Em 2011 foi formalizada a PNSILGBT pelo o Ministério da Saúde, que tornou-se um divisor de águas na saúde pública do Brasil, reivindicada por muitos anos antes por essa população, fazendo com que a equidade estivesse presente na lei que foi formulada a partir da busca por direitos iguais na saúde e que culminou nos direitos ali reconhecidos (BRASIL, 2013).

No ano de 2016, um fato relevante trouxe à luz uma antiga reivindicação LGBTQIA+: o direito a ter um nome social. O decreto 8.727, que garante o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal. A partir desse decreto, as instituições federais, estaduais,

municipais, instituições financeiras e outros órgãos, passaram a aceitar o direito do uso do nome social. Mas foi somente em 2018, com o decreto Conselho Nacional de Justiça, 119/2018, que o Supremo Tribunal Federal autorizou os transexuais a realizarem a alteração de nome de batismo pelo nome social nos cartórios. (PLANALTO, 2016; DJE/CNJ,2018).

No tocante à homofobia, houve em 2019, uma profunda ação da justiça. O Supremo Tribunal Federal determina que toda discriminação contra pessoas LGBTQIA+ seja considerada como racismo, sendo enquadrada na Lei 7.716/1989, que prevê pena de cinco anos de prisão para qualquer forma de discriminação (SANTOS; GARCIA, 2019).

Em 2020 foi derrubada uma das últimas discriminações ao direito a igualdade quando o Supremo Tribunal Federal declarou que é um direito dos homossexuais doarem sangue sem que haja abstinência sexual de, no mínimo, um ano para a doação de sangue por parte dos homossexuais. Embora exista uma política pública de saúde exclusiva para atender as demandas desta população há 10 anos, a sua institucionalização ocorre de forma e velocidade diferente entre os Estados e municípios do Brasil. As produções literárias, acadêmicas e todo o tipo de informe, tanto analógico quanto digital, tem sido produzido e um número grande de pessoas tem se interessado pela divulgação da PNSILGBT (BOLETIN CONJUR, 2020).

Essas políticas podem ser cerceadas e o acesso aos cuidados na APS se tornar um problema em grupos minoritários, sobretudo entre populações vulneráveis que vivenciam situações de desigualdades, iniquidades e violações de direitos. Essa realidade é comumente vivenciada pela população LGBTQIA+, em razão da não adequação da identidade de gênero ao sexo biológico ou à orientação sexual não heteronormativo. Esse grupo, comparado aos indivíduos heterossexuais, enfrentam barreiras organizacionais, estruturais e culturais ao encontrar barreiras de exclusão e/ou não aceitação social (BELÉM et al. 2018).

Nesse panorama desafiador, não são raras de serem observadas nos serviços de saúde, condutas inadequadas dos profissionais, constrangimentos, ofensas verbais com conotações preconceituosas, atendimentos não humanizados, com ausência de acolhimento, negligência de ações e/ou omissão de cuidado e direitos humanos conquistados desaparecem ou são omitidos e tais atitudes concorrem para redução da assiduidade e a busca por serviços de saúde negligenciados, que elevam a vulnerabilidade da população LGBT aos agravos em saúde (BELÉM et al., 2018).

O estímulo para realização da cidadania e da inserção da população LGBTQIA+, através de acordos com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança, estimula a criação de ambientes para promoção da equidade em saúde nos Estados e Municípios (BRASIL,

2013).

São 4 os eixos estratégicos que estruturam o Plano Operativo previsto na PNSILGBT e que refletem sobre as condicionantes e determinantes que eternizam a diferença social em saúde que afeta essa população. O eixo 1 diz respeito as estratégias gerenciais e organização para promoção da equidade, garantindo acesso aos grupos em vulnerabilidade nos locais e instituições públicas onde a comunicação intersetorial sobre a saúde da população LGBTQIA+, para que seja estimulada integralmente (BRASIL, 2013).

O eixo dois trata do aprimoramento das estratégias de vigilância em saúde, inserindo quesitos sobre orientação sexual e identidade de gênero, avançando com a qualificação no conhecimento em análise da saúde específica dessa população, integrando a questão étnico-racial e o territorial para que ações prevenções de saúde e agravos como violência sejam realizadas (BRASIL, 2013).

O eixos três e quatro falam respectivamente da educação de forma permanente que asseguradas a gestores, trabalhadores de saúde direcionada ao combate a homofobia e da supervisão para validação dos eixos anteriores apreciando metas e prioridades (BRASIL, 2013).

O processo democrático no Brasil adquiriu maturidade devido ao crescimento dos movimentos sociais, essenciais para a efetivação das políticas públicas para a garantia de direitos, no entanto, estas ainda se mostram insuficientes para diminuir os preconceitos e discriminações no campo da saúde pública no Brasil (BRANDÃO, 2020).

A seguir as principais políticas públicas voltadas a população LGBTQIA+ no Brasil:

Figura 3: Linha do tempo das políticas públicas mais importantes voltadas à população LGBTQIA+



Fonte: BRANDÃO, 2020.

2.3 DIREITOS HUMANOS E DIREITO À SAÚDE

A Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece, em seu artigo 25, que o direito à saúde é inviolável e um direito fundamental a dignidade humana, cabendo às Nações promoverem esse direito sem nenhum tipo de distinção. O Brasil é signatário dessa declaração e, portanto, adotou o direito a saúde como um direito fundamental na constituição brasileira (LAMY; HAHN; ROLDAN, 2018).

Desde a resolução 217 da ONU, de 10 de dezembro de 1948, após os horrores da Segunda Guerra mundial, que exibiu uma face sombria da humanidade com crimes de guerra, genocídios, assassinatos, torturas, atrocidades entre outros, a Assembleia Geral das Nações Unidas deu um importante passo no sentido de tentar minimizar esses horrores. Houve uma inquietação dos povos, no sentido de criar e disseminar uma proposta para os direitos humanos para todos os povos e Nações. Diante das propostas desafiadoras da ONU, não demorou para que se percebesse o grande abismo entre o discurso dos direitos humanos e a realidade de cada um, em que grande parte da humanidade não alcançou os direitos propostos por essa resolução (SANTOS & CHAUÍ, 2014).

A associação entre direitos humanos e direito à saúde, ao longo dos anos se consolidou, principalmente pela saúde ser um direito básico da pessoa humana, embora haja correntes ideológicas que acreditam que os direitos humanos se caracterizem muito mais como questões

sociais do que propriamente questões de saúde (OLIVEIRA, et al, 2021).

A Constituição Federal brasileira de 1988 garante a vinculação do avanço econômico e social na definição do processo saúde-doença e determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o que se expressou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Em 1990, a criação da Lei 8.080 regulou em todo o Brasil as ações e os serviços de saúde executada, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Teve como principal objetivo regular e regulamentar o maior projeto de saúde até então criado pelo Brasil para o acesso à saúde de todos os brasileiros, independentemente de qualquer forma discriminatória. O direito ao acesso à saúde é uma realidade para mais de 80% das pessoas, que dependem exclusivamente do SUS para o atendimento de saúde. Todos os atendimentos são financiados pelos impostos dos contribuintes. O SUS atende mais de 190 milhões de pessoas, segundo levantamento do IBGE em 2020 (UNA-SUS, 2021).

A saúde é um direito humano pessoal e intransferível, assim sendo, o Sistema Único de Saúde deve ser garantidor de justiça socio sanitária, sem que haja nenhum tipo de perda, seja ela de qualquer natureza, e com equidade, ofertando mais a quem mais precisa e de acordo com a sua necessidade. O SUS deve se empenhar em alcançar os seus objetivos e seus propósitos e com isso, assegurar aos indivíduos o direito, “livre de preconceitos ou privilégios, ao acesso a todas as instituições de saúde em qualquer nível de atenção indispensável ao atendimento da necessidade sentida e tecnicamente identificada” (PONTES et al., 2010).

De certa forma, a ampliação do conceito de Saúde vence a barreira da limitação de enxergar somente o corpo biológico doente e passa a enxergar o sujeito como cidadão com direitos sanitários. A saúde encontra um caminho em direção ao direito público subjetivo com a criação do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA, et al., 2021).

O direito humano à saúde tem uma relação profunda com a cidadania e ao direito de igualdade. Uma saúde vista através das lentes dos direitos humanos traz uma ideia de saúde que pretende garantir um direito às diferenças e a redução das desigualdades sociais, tornando-se um valor de forma inegociável e, ao mesmo tempo, dever do Estado em relação a cada indivíduo. O direito à saúde não pode encontrar barreiras como gênero, raça, classe ou idade (OLIVEIRA, et al., 2021).

O direito humano a saúde está inserido na Constituição Brasileira e precisa estar em consonância com as políticas públicas de forma inegociável e inerente à existência humana,

devendo receber atenção de forma prioritária e integrando todos os projetos de desenvolvimento sociais e econômicos no âmbito da sociedade. Todavia, em uma parcela da população brasileira, há uma sonegação desse direito com cenas de flagrante de desrespeito com os usuários de serviços e falta de equidade na prestação de serviços (OLIVEIRA, et al., 2021).

As pressões dos movimentos sociais foram fundamentais no processo de universalização da saúde no Brasil. Serviram como mola propulsora para o convencimento dos políticos que participaram da constituição de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde no Brasil. (UNA-SUS, 2021). O processo de reivindicação gerado pelos movimentos sociais de diversos grupos e ideologias foi fundamental para criar um sentimento de união em torno da universalização da saúde no Brasil e abrir espaço para o movimento LGBTQIA+ no país em torno das questões ligadas a diversidade de gênero e a igualdade de direitos. Contudo, “na contramão das expectativas de crescente tolerância e liberdade sexual, a homofobia persiste entre nós, sobretudo na forma velada e menos espetacular da humilhação e da segregação cotidianas, que ocorrem em contextos de proximidade, na família, na escola, entre vizinhos e conhecidos” (FACCHINI, 2009; BRASIL, 2010). Efetivamente só em 2011 surge a política nacional de saúde LGBTQIA+ pelo governo federal, como se viu acima.

Não existe dúvida de que a saúde é um direito humano básico, e os determinantes sociais, culturais e econômicos tem uma forte influência sobre as condições de vida e também de saúde das pessoas. Por conta disso, é preciso entender que a vida necessita do acesso a uma saúde de qualidade, fundamentado em um sistema público eficiente e adequado, sem nenhum tipo de discriminação e alicerçado sobre o direito inalienável da pessoa humana (OLIVEIRA, et al., 2021).

Antes da implantação do SUS o serviço de saúde era um privilégio dos contribuintes do sistema previdenciário, ficando a margem da sociedade os demais cidadãos brasileiros (MELLO et al, 2011). Porém, a despeito das conquistas e avanços com a implantação do Sistema Único de Saúde, ainda existem problemas em sua estrutura que necessitam ser superados se quisermos prestar um serviço de qualidade para todos os segmentos da população.

3 METODOLOGIA

Este trabalho realizou uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura, sobre as experiências de atenção à população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde 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 do comportamento, atitudes e motivações humanas e produz significados para o que as pessoas pensam e sentem. (AHMAD *et al.*, 2019).

Em alguns modelos de investigações científicas, é realizada uma consulta prévia à literatura, para se 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 bibliográfica (BATISTA; KUMADA, 2021).

A revisão integrativa é considerada a abordagem metodológica qualitativa ou, para alguns autores um método, dentre as revisões, o mais completo, que recorre aos dados da literatura teórica e empírica combinado com estudos experimentais. O objetivo da revisão integrativa está correlacionado com o estado da arte, com a capacidade de identificação de tendências e lacunas da literatura. (BATISTA; KUMADA, 2021).

A construção epistêmica acerca do método de revisão integrativa surgiu no início da década de 1980 nos campos da educação, da psicologia e da enfermagem (COOPER, 1982, 1984; GANONG, 1987; JACKSON, 1980). Nesse período desenvolveu-se um grande interesse na construção de conhecimento para a caracterização e estruturação da revisão integrativa, ainda limitada em vários quesitos como a elaboração e conceituação das etapas ou diretrizes para consulta dos pesquisadores, formas de abordagens, avaliação crítica de vantagens e desvantagens e caminhos metodológicos de forma a garantir revisões integrativas mais sólidas (TORONTO; REMINGTON, 2020).

Ao longo dos anos, foram consolidadas estratégias de utilização para o aperfeiçoamento da revisão integrativa com base num processo sistemático, com a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências. A revisão integrativa alcançou um alto patamar de credibilidade a tal ponto que, outrora utilizada como fase inicial do trabalho investigativo, atualmente já

pode ser compreendida como uma produção histórica totalitária de um determinado campo, oportunizando a elucidação de questões ainda não respondidas pela literatura (BATISTA; KUMADA, 2021).

Nesse sentido, a revisão integrativa torna-se um método capaz de elucidar questões importantes para o campo da saúde a partir da síntese de pesquisas, levando a conclusões sobre diversas fontes de um tópico. Com isso o pesquisador tem a compreensão mais holística de um assunto, como o estado e qualidade atual da evidência de um determinado fenômeno e as etapas futuras para pesquisa e prática (TORONTO; REMINGTON, 2020).

A revisão integrativa é composta por seis etapas que auxiliam e garantem o rigor da investigação, que podem ser sintetizadas nas seguintes fases: 1) Estabelecimento da pergunta norteadora e hipótese; 2) Busca ou amostragem na literatura, com determinação dos critérios para inclusão e exclusão para a busca dos dados na revisão de literatura; 3) Determinação das informações investigadas para coleta de dados; 4) Análise crítica dos estudos incluídos: avaliação dos estudos enquadrados nos critérios de inclusão e categorização dos dados; 5) Interpretação e discussão dos resultados e, 6) Apresentação da revisão (BATISTA; KUMADA, 2021; SOUSA et al., 2018).

3.1 COLETA DE DADOS: PERGUNTA NORTEADORA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

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 informações a serem investigadas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). 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 LGBTQIA+?

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 resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados eletrônicos BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e na Scielo (Scientific Electronic Library Online) no período de 2012 à 2022. Essa escolha se deveu à instituição da PNSILGBT realizada em dezembro de 2011 e considerada um marco importante para a atenção à saúde das pessoas LGBTQIA+.

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 (Quadro 1).

Quadro 1: Estratégia de busca por base bibliográfica

Base	Descritor	No. de artigos
BVS	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.	144
Scielo	Minoria sexuais e de gênero OR lgbt* OR homossexualidade OR Transexualidade OR pessoas Transgênero AND Serviços de Saúde.	55

Fonte: Elaboração própria

Os operadores booleanos AND e OR foram utilizados para fazer a unificação dos descritores para a pesquisa no banco de dados. Os operadores booleanos 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; Remington (2020).

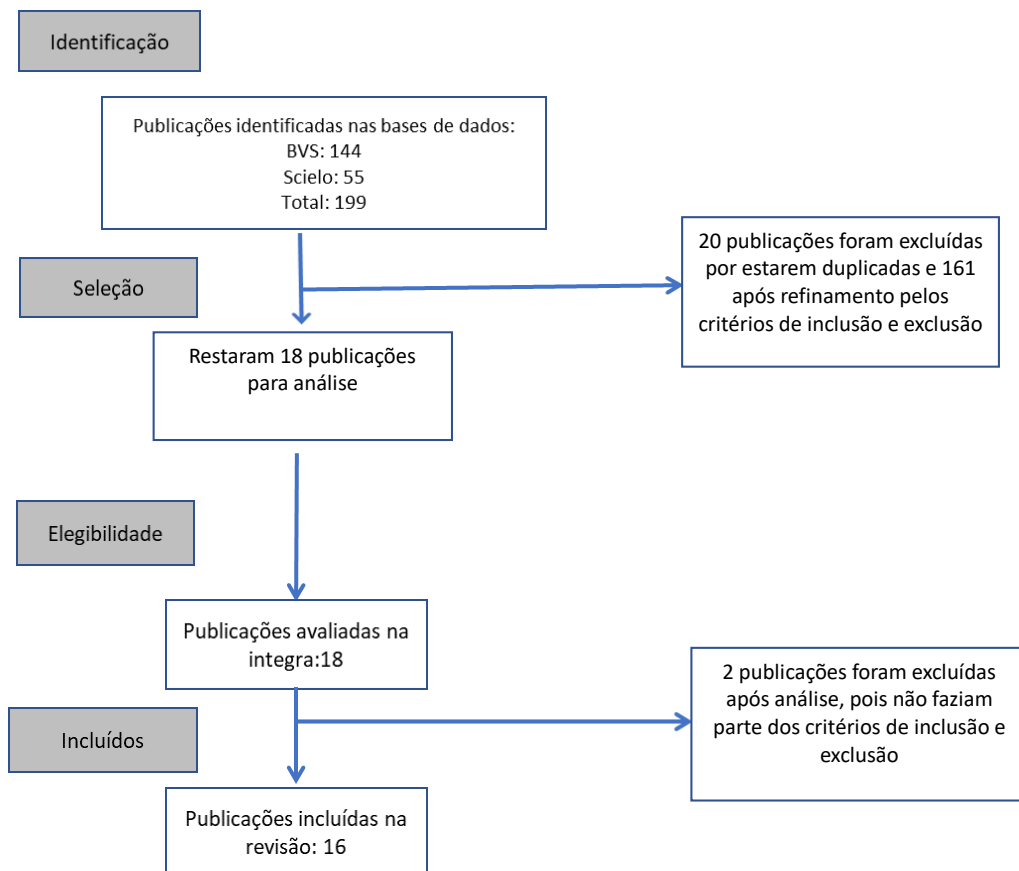
Na pesquisa de bases de dados foi utilizado o vocabulário controlado, constituído por descritores em Ciências de Saúde-DeCS que consistem em um conjunto padronizado de termos usados por um banco de dados para atribuir determinado tipo de informação. MeSH (Medical Subject Headings), é a versão em inglês do DeCS, desenvolvido pela National Library of Medicine e atribuído a artigos no Medline, PubMed, CINAHL, Cochrane e outras bases de dados (TORONTO; REMINGTON, 2020). 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. Geram menos produções, contudo, costumam apresentar resultados mais relevantes (TORONTO; REMINGTON, 2020).

Após a busca de dados realizou-se a etapa fundamental de definição dos critérios de

inclusão e exclusão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010), 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 PNSILGBT, que abordassem práticas de cuidado da saúde na atenção primária brasileira no atendimento à população LGBTQIA+. 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, foram selecionados na base BVS 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 duas publicações foram excluídas após análise, pois atendíamos critérios de inclusão e exclusão. Após criteriosa análise restaram 16 publicações, que foram incluídas na revisão.

Fluxograma da seleção das publicações:



Fonte: Elaboração própria.

3.2 AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

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 registro (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 104).

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 do revisores que foram observados na literatura de Souza. Silva; Carvalho (2010). Com base nas

fichas foi criado um quadro com as principais informações sobre cada publicação (Quadro2).

Quadro 2: Visão geral das publicações

Nº de ordem	Autor	Ano	Título	Revista	Local estudo	Objetivos
1	Araújo, LM et al	2018	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	Araújo, LM et al	2015	Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas	UERJ/REDE/SIRIUS/CBB	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	2018	Atenção à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais na Estratégia Saúde da Família	Ver. baiana enferm	Juazeiro do Norte/CE	Analisar a atenção à saúde prestada à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Estratégia Saúde da Família.
4	Cabral, KTF et al	2019	Assistência de Enfermagem as mulheres lésbicas e bissexuais	Revista de Enfermagem UPFE on line	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	2019	“Não tem essas pessoas especiais na minha área”: saúde e invisibilidades das populações LGBT na perspectiva de agentes comunitários de saúde	Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov 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	2020	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	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	2017	Assistência à saúde população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os agentes comunitários de saúde?	Actas de Saúde Coletiva	Goiânia/CO	Investigar percepção do ACS em 5 UBS
8	Lima, AM et al	2019	Atributos da Atenção Primária a saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento as diversidades sexual e de gênero: relato de caso	Rev. Bras Med Fam 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 transsexuais

9	Monteiro, S e Brigeiro, M	2019	Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões	Cad. 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	2018	Serviços de saúde para Lésbicas, gays, bissexuais travestis/transsexuais	Rev enferm UERJ, on line	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	2020	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	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	2020	“Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans”: performatividade trans, família e cuidado em saúde	Saúde Soc. São Paulo,	São Paulo/SP	Compreender como um contexto identitário trans mobiliza, na articulação com família e serviço de saúde, performances identitárias.
13	Roncon, PC	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	2021	Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária	REVISA.2021	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	2019	Representações sociais de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre pessoas LGBT	Trab. Educ. saúde, Rio de Janeiro	Florianópolis/SC	Compreender as representações sociais de trabalhadores da atenção Básica a Saúde sobre essas pessoas, partindo-se da premissa que podem atuar como barreiras de acesso as ações e serviços.
16	Souza, MHT et al	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.

3.3 INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

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 dados (MINAYO, 2015). Três categorias de análise emergiram do material analisado, que foram: a esfera relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBTQIA+; a organização do serviço e a atenção à saúde LGBTQIA+ e, por fim, a garantia de direitos dos usuários. O Quadro 3 exibe as categorias formuladas (utiliza o número de ordem definido no Quadro 2).

Quadro 3: Processo de formulação e número de ordem das categorias

Categoria	Subcategoria	Unidades de significado	Nº de ordem das publicações (conforme quadro 2)
Esfera relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBT	Acolhimento e vínculo	<p>Falta de acolhimento e desinteresse dos trabalhadores</p> <p>Lésbicas masculinas e bissexuais disseram não serem acolhidas e cuidadas</p> <p>Médico de família e comunidade capaz de estabelecer vínculo e prestar cuidados</p> <p>Travestis buscam cuidado em outros espaços fora da saúde onde experimentam acolhimento</p> <p>Profissional LGBTQIA+ na equipe facilita o acolhimento</p>	4, 8, 11 e 16
	Preconceito e discriminação	<p>Minimização do problema, falta de respeito e preconceito como barreira</p> <p>Reconhecimento da existência de preconceito e discriminação como elementos que dificultam a interação</p> <p>Representações sociais dos trabalhadores ancoradas em preceitos morais e religiosos</p> <p>Percepção da sexualidade e da identidade de gênero como incorretas</p> <p>Usuários LGBTQIA+ não revelam orientação sexual e identidade de gênero por vergonha e medo da discriminação, principalmente as lésbicas</p>	3,4,7,10,15 e 16

<p>Organização do serviço e atenção à saúde LGBT</p>	<p>Formação dos trabalhadores da saúde</p>	<p>Falta de informação e preparo dos profissionais para o atendimento a especificidades e necessidades em saúde dos usuários LGBTQIA+</p> <p>Falta de preparo ainda maior em lésbicas, bissexuais, trans e travestis</p> <p>Dificuldades de discriminação entre orientação sexual e identidade de gênero</p> <p>Inabilidade de comunicação (perguntas e afirmações inadequadas)</p> <p>Estereótipos das necessidades de saúde (centradas em ISTs) e permanência da concepção de promiscuidade e grupo de risco</p> <p>Falta de informação dos profissionais sobre as ISTs quando necessário e oportuno</p> <p>Médico de família e comunidade capaz de prestar cuidados adequados</p> <p>Capacitações como sendo ineficientes para mudar valores, atitudes e representações sociais</p> <p>Formação dos profissionais depende de iniciativa individual e não institucional</p> <p>Necessidade de mais investimento em pesquisas para fornecer subsídios para melhorar formação dos profissionais</p>	<p>1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14 e 15</p>
--	--	---	---

Organização do serviço e atenção à saúde LGBT	Acesso e qualidade da atenção	<p>Barreiras de acesso, insatisfação, baixas assiduidades e adesão</p> <p>Travestis enfrentam barreiras ainda maiores e raramente buscam por serviços de saúde</p> <p>Baixa oferta de ações específicas para transição de gênero,</p> <p>ISTs/AIDS não são a principal razão de procura da população LGBT</p> <p>Organização da rede de serviços de saúde</p>	3, 5, 7, 9, 11, 13 e 16
Garantia de direitos dos usuários	Observância das políticas e normativas que garantem direitos	<p>Incompreensão do sentido de equidade</p> <p>Desconhecimento da PNSILGBT e outras políticas na área da saúde</p> <p>Inobservância de normas legais garantidoras de direitos (p. ex. nome social)</p> <p>Reconhecimento da expressão identitária Trans para estabelecimento de vínculo, acolhimento eficaz e cuidado integral</p> <p>Sofrimento psíquico causado pelas violações de direitos</p>	2, 3, 6, 7, 9, 10, 12 e 13

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Devido ao estudo tratar-se revisão integrativa da literatura, que não envolve seres humanos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

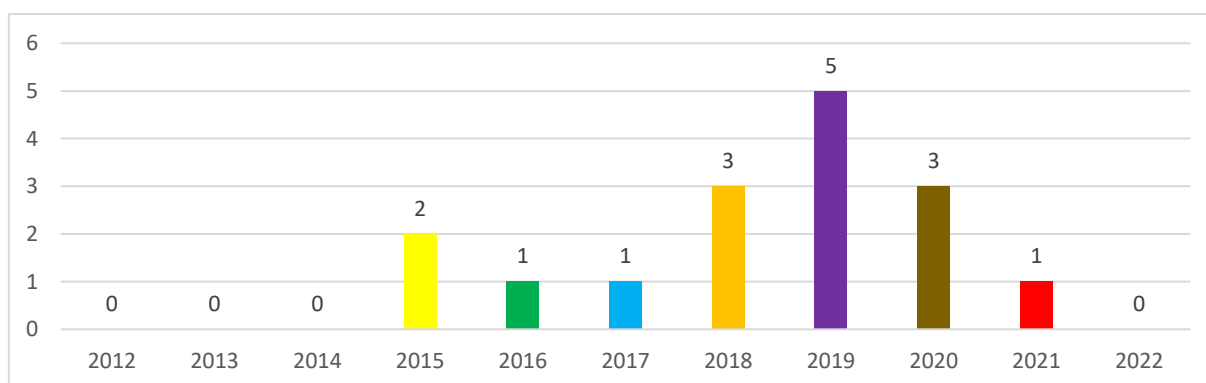
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PANORAMA DAS PUBLICAÇÕES

Os estudos foram classificados e ordenados de acordo com o ano de publicação, região do País, metodologia utilizada e status dos participantes.

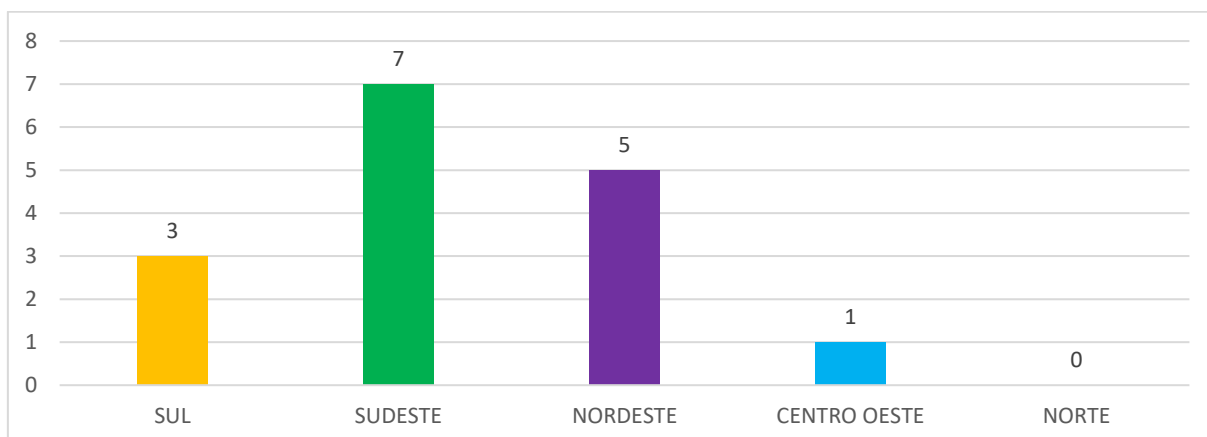
Embora o período pesquisado tenha se iniciado em 2012, apenas em 2015 foram registradas publicações. Entre os anos de 2016 e 2019 houve um aumento no número de estudos publicados relacionados ao tema desta pesquisa. A visibilidade da população LGBTQIA+ vem crescendo e, com a veiculação de sua demanda por direitos, inclusive à saúde, é possível o assunto venha conquistando mais nos estudos sobre a saúde. A diminuição das publicações em 2020 pode estar relacionada à redução de atividades em razão da pandemia de covid-19, mas também por uma reificação questão da moralidade e da religiosidade, que atravessou o discurso governamental nos últimos anos, porém, o número de estudos é pequeno para que se possa avançar na compreensão desse fenômeno.

Gráfico 1- Estudos por ano de publicação



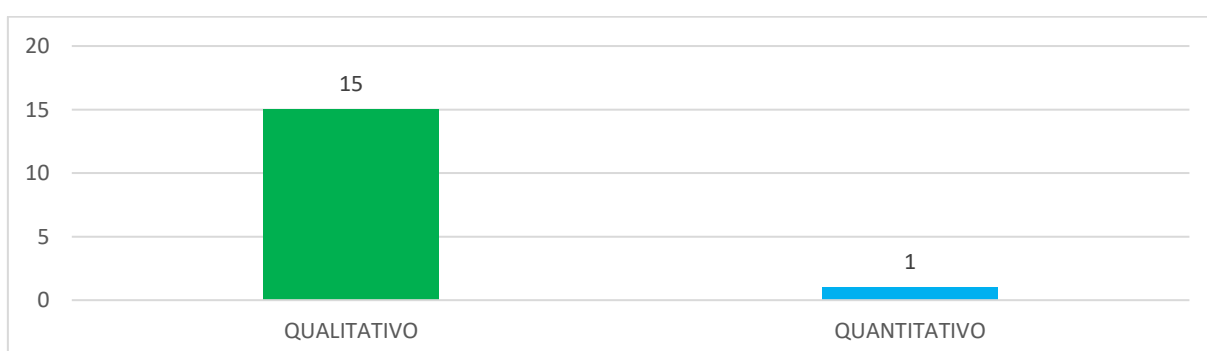
Fonte: Elaboração própria.

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 País. Nenhum trabalho foi realizado na região Norte do Brasil (Gráfico 2).

Gráfico 2- Estudos por região do Brasil

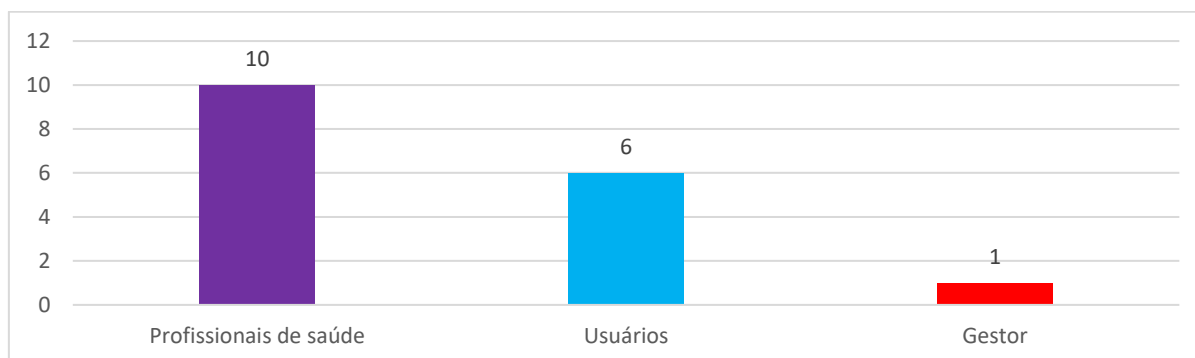
Fonte: Elaboração própria.

Quanto à natureza metodológica dos estudos, foram encontrados 15 estudos qualitativos e somente um 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 foram encontradas foram análise de conteúdo, hermenêutica dialética e análise do discurso.

Gráfico 3- Estudos por tipo de metodologia

Fonte: Elaboração própria.

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 4- Estudos por categoria dos sujeitos pesquisados

Fonte: Elaboração própria.

Percebe-se, que a maioria dos estudos são realizados com profissionais de saúde, devido a facilidade de acesso aos sujeitos de pesquisa pois, em geral, esses estudos são feitos por profissionais de saúde, dentro de unidades de saúde.

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

4.2 ANÁLISE DAS CATEGORIAS

4.2.1 Esfera relacional entre profissionais de saúde e usuários LGBTQIA+

Acolhimento e vínculo

Podemos citar várias palavras para o sentido de acolher, tais como: dar acolhida, admitir, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender a uma necessidade (BRASIL, 2010, p.6). O acolhimento, em um sentido mais humanizado da palavra, expressa sentido de inclusão, tendo como exemplo ações de aproximação, atitude de inclusão, conexão com o outro e empatia. O acolhimento é capaz de promover um fenômeno chamado vínculo, que se caracteriza por um elo ou conexão entre duas ou mais pessoas que possuem uma ligação sobre um determinado assunto ou sentimento em comum (CABRAL et al, 2019).

O vínculo criado durante o acolhimento se estabelece na relação profissional entre o usuário e a equipe de saúde, construído ao longo do tempo, com base na confiança do usuário no profissional e na responsabilização da equipe no cuidado e promoção da saúde dos usuários (GIOVANELLA et al., 2019). O cuidado integral é capaz de criar vínculos entre o público LGBTQIA+ e o profissional de saúde (LIMA et al, 2019).

Um dos estudos (SOUZA; PERREIRA, 2015) relata que as travestis, por não encontrarem acolhimento nas UBS, buscam cuidados em outros espaços fora da saúde, como pontos de prostituição, boates gays, delegacias de polícia, residência de familiares, paradas e excursões LGBTQIA+, pois não são bem-vindas na unidade de saúde.

O desinteresse dos profissionais de saúde é uma das principais lacunas a serem preenchidas em relação à chegada da população LGBTQIA+ aos serviços de atenção primária. É frequente o relato, por parte dos usuários LGBTQIA+, 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 atenção primária (PADILHA, 2020).

Os artigos revisados para a elaboração desse trabalho mostraram que lésbicas de aparência masculina e mulheres bissexuais informaram não serem acolhidas, cuidadas e assistidas em suas especificidades, prejudicando a acessibilidade aos serviços de saúde oferecidos (CABRAL et al, 2018). 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 possuíam a empatia necessária para a construção do vínculo entre usuário, profissional e, conseqüentemente, com a unidade de saúde (CABRAL et al, 2018).

Existem ainda relatos de 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. Lésbicas também deixam de procurar as unidades de saúde para obter informações e atendimento para sua saúde, como é no caso de prevenção das ISTs. As lésbicas acreditavam ser imunes às infecções sexualmente transmissíveis, pois só se relacionavam sexualmente com mulheres e 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 a saúde. Essa falta de consonância ocorre quando os profissionais de saúde não possuem a qualificação, preparo e o interesse para o atendimento e o acolhimento dessa população (CABRAL et al, 2018).

Um dos estudos apontou que a produção de vínculo entre usuários e unidade de saúde

aumenta quando um dos membros da equipe faz parte abertamente da população LGBTQIA+, o que facilita o acolhimento, a compreensão e o atendimento a demandas específicas dessa população (PADILHA, 2020).

Preconceito e discriminação

O preconceito e a discriminação estão arraigados em todos os setores da sociedade e na área da saúde não é diferente. Na análise dos artigos foram encontrados muitos depoimentos sobre atos de preconceito sofridos por pessoas do público LGBTQIA+. Raras são as exceções, excluindo alguns profissionais que fazem parte da população LGBTQIA+ e de poucos profissionais sensibilizados que se interessam em prestar atendimento digno a qualquer cidadão que procure atendimento nas unidades de saúde (GUIMARÃES, 2017; BELÉM et al, 2018).

A partir de 2019, tornaram-se crime os atos discriminatórios contra pessoas da população LGBTQIA+, enquadrados na Lei 7.716/1989. 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 dificultam a interação do usuário com os serviços ofertados (GUIMARÃES, 2017; BELÉM et al, 2018).

Fatores morais e religiosos influenciam no preconceito e na discriminação. Representações sociais dos trabalhadores de saúde muitas vezes são ancoradas em ensinamentos culturais, influência familiar ou de grupos sociais que não aceitam a diversidade sexual. Pessoas fora da cisheteronormatividade são consideradas como incorretas e inaceitáveis, segundo esses valores morais e religiosos, o que afasta os usuários dos serviços de saúde (SILVA et al, 2019). Por sua vez, o preconceito inibe a população LGBTQIA+ de revelar sua orientação sexual e identidade de gênero, por vergonha e medo da discriminação (OLIVEIRA et al, 2018). A incompreensão acerca de comportamentos sexuais contrários a cisheteronormatividade aumentam a vulnerabilidade da população LGBTQIA+, ao provocar de sofrimento e adoecimento psíquico, físico e social (PADILHA, 2020). Além disso, o sentimento de não pertencimento aos espaços de saúde afasta a população LGBTQIA+, não só dos serviços de saúde ofertados, como também da possibilidade de socializarem com grupos da comunidade e da unidade de saúde (BELÉM et al, 2018).

4.2.2 Organização do serviço e atenção à saúde LGBT

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 a infecções sexualmente transmissíveis, não havendo uma maior preocupação com as demandas e especificidades da população LGBTQIA+ (GUIMARÃES et al, 2020). Tais cursos pouco contemplam questões ligadas a gênero e sexualidade e questões de saúde entre pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais, e tampouco é dada ênfase aos assuntos relacionados a discriminações, iniquidades e violência deste público, o que poderia contribuir para uma postura mais humanizada, ética e respeitosa por parte dos profissionais (ARAÚJO et al, 2018). Um ponto a se destacar é que um dos estudos revela que as capacitações ofertadas aos trabalhadores se mostraram ineficientes para mudar valores, atitudes e representações sociais e que os vários tipos de formação deveriam também abordar crenças e valores morais.

Em relação a formação profissional, existe um silêncio sobre questões de saúde relacionadas às lésbicas, principalmente nas matérias de apoio voltadas para os profissionais de saúde e usuárias dos serviços como, materiais de divulgação das campanhas de saúde, em materiais educativos, em pesquisas de campo relacionadas à saúde da mulher e também nos investimentos para o desenvolvimento de recursos tecnológicos, que de alguma forma possa contribuir para a qualidade do cuidado da saúde das lésbicas (ARAÚJO, 2015).

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 institucional (PADILHA, 2020).

Os profissionais de saúde evidenciam inúmeras lacunas, como defasagem de conhecimento, inabilidade de comunicação e omissão em relação às demandas relacionadas à 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 sexualidades (ARAÚJO et al, 2018).

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 LGBTQIA+, sendo apontadas as capacitações como fator primordial para a melhoria no atendimento desse público (BELÉM et al, 2018).

Existe a necessidade em se colocar em pauta, nas instituições de formação dos profissionais de saúde, as questões ligadas ao público LGBTQIA+, 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 a sexualidade de forma aberta e sem preconceito (GUIMARÃES et al, 2020).

O despreparo dos profissionais em relação ao atendimento da população LGBTQIA+, também é percebido na persistência do estereótipo dos “grupos de risco”, que relaciona as pessoas LGBTQIA+ às infecções sexualmente transmissíveis, e na concepção de promiscuidade sexual mostrando a permanência de visões preconceituosas e inadequadas (SILVA et al, 2019).

A formação adequada do profissional de saúde é peça fundamental para a captação do público LGBTQIA+ para realizar exames de prevenção, necessários para a detecção precoce de doenças nas unidades da atenção primária, como é o caso do exame preventivo de câncer de colo de útero (exame citopatológico). A deficiente comunicação entre o público LGBTQIA+ e o profissional de saúde, que não questiona a orientação sexual das mulheres durante as consultas de enfermagem, e elas por sua vez, não revelam sua orientação por não se sentirem confortáveis e não existir a criação de vínculos (CABRAL et al, 2018).

Os obstáculos observados no que se refere as propostas do governo relacionadas ao público LGBTQIA+, se dá por falta de investimentos na formação profissional dos trabalhadores da saúde, focada na competência e desenvolvimento ligados a comunicação dos profissionais de saúde com o propósito de capacitá-los a fazer uso de linguagem não discriminatória para um atendimento com melhores resultados para a população LGBTQIA+ (SILVA et al, 2021).

Acesso e qualidade da atenção

O acesso pode ser definido como a capacidade e a liberdade para se obter algo ou fazer uso de alguma coisa. Na saúde, acesso 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 importante e determinante para elucidar as variações na oferta de serviços de saúde a população e apresenta dimensões que impactam na equidade aos serviços de saúde. O acesso, é entendido como a percepção das pessoas a acessibilidade, enquanto esse último refere-se a forma de como se chega aos serviços de saúde (VUORI, 1991; FIGUEIRA;

SILVA 2018).

Na visão da população LGBTQIA+ a rede de serviços não atende suas necessidades de saúde de maneira satisfatória. Barreiras simbólicas ao acesso, geradas por intolerância aos comportamentos sexuais divergentes do padrão heteronormativo, desencadeiam processos de sofrimento, insatisfação, baixa assiduidade, baixa adesão, adoecimento e morte prematura nessa população. Como consequência, a qualidade da atenção de saúde prestada ao público LGBTQIA+ é baixa (GUIMARÃES et al, 2017). 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 (BELÉM et al, 2018; GUIMARÃES et al, 2017).

As dificuldades recorrentes no acesso terminam por inibir a procura pelos serviços, pré-julgados como inacessíveis e ineficientes para atender as demandas e atender suas expectativas, como 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 LGBTQIA+ (BELÉM et al, 2018).

As travestis enfrentam barreiras ainda maiores por apresentarem modificações em seus corpos que são, seguidas vezes, incompreendidas pelos profissionais e pouco buscam por serviços públicos de saúde. Tampouco se sentem aceitas, respeitadas e valorizadas, pois relatam que são questionadas pela forma como vivem. 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 afro, por exemplo (SOUZA; PEREIRA, 2015).

Alguns profissionais de saúde acreditam que a população trans sequer deveria ser atendida na atenção primária, mas apenas na atenção especializada, mesmo que suas queixas se refiram a questões de saúde pertinentes à atenção primária (PADILHA, 2020). 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, ainda não fornecido por todos os estados brasileiros, apesar do Ministério da Saúde em 2008 ter lançado o processo transexualizador no SUS (ROCON; ZAMBONI, 2016).

Apesar de muitos profissionais acreditarem que a principal razão de procura da população LGBTQIA+ esteja relacionada com as infecções sexualmente transmissíveis, esse público busca ações intersetoriais de educação permanente relacionadas aos direitos humanos no Sistema Único de Saúde, inclusão de questões referentes à identidade de gênero e orientação sexual, garantia do direito sexual e reprodutivo, maior participação nos conselhos de saúde e direito a ter seu nome social nos prontuários do sistema, como se discutirá no próximo tópico. (FERREIRA, et al, 2018).

4.3 GARANTIA DE DIRETOS DOS USUÁRIOS

A constituição brasileira de 1988, em seu artigo 196, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. A Lei Orgânica 8080/90 estabelece os 3 princípios orientadores do SUS: a universalidade que estabelece o acesso universal às ações e aos serviços de saúde, sem restrições de origem, raça, gênero, classe, religião ou qualquer outra forma de descriminalização; a integralidade que implica na obrigatoriedade de oferecer uma atenção à saúde de qualidade, que vai da proteção e prevenção a todos os níveis de complexidade dos cuidados, envolvendo não apenas os aspectos biológicos, como também os psicossociais e culturais (GUIMARÃES et al, 2017).

Não se pode questionar que a saúde é um direito básico do ser humano, então se torna necessário entender que a vida depende do acesso à saúde de forma igualitária e de qualidade, com um sistema de saúde público que atenda as várias necessidades do ser humano de forma adequada, sem que haja discriminação e firmado sobre o direito inalienável da pessoa humana. Sendo assim, a saúde se torna um direito fundamental para que os demais direitos possam também existir (OLIVEIRA, 2021).

Na constituição a igualdade de direitos está relacionada à equidade, em uma de suas acepções. A palavra equidade é utilizada comumente quando se trata de direitos sociais. Existem duas formas de se entender equidade, a primeira, em um sentido genérico que se confunde com o sentido de justiça, pois estabelece regras justas para a convivência em sociedade e que constantemente é ligado ao princípio de igualdade. O segundo considera equidade uma adaptação da norma geral a situações específicas, para não produzir injustiça, devido ao perigo de se aplicar uma norma genérica de forma literal, sem levar em conta as especificidades de cada grupo (BARROS; SOUSA, 2016). Esse é o sentido de equidade no tocante à atenção à saúde.

Uma visão recorrente entre os profissionais de saúde é a ideia de igualdade no cuidado

a pessoas LGBTQIA+, sem levar em consideração o princípio da equidade por conta das demandas específicas de cada indivíduo dessa população. Em pesquisa realizada com profissionais de saúde do sexo feminino, foi constatado que há um desconhecimento das necessidades e especificidades desse público com relação a saúde, existindo uma ideia de generalização, ou seja, de que todos devem ter o mesmo acolhimento e tratamento, o que contribui para a vulnerabilidade e exclusão (OLIVEIRA et al, 2018).

Para que haja maior equidade relacionada aos direitos dos usuários, é necessário que os profissionais da área de saúde melhorem o conhecimento relacionado as políticas públicas e especificidades relacionadas às pessoas LGBTQIA+, promovendo uma maior qualificação dos serviços prestados, contribuindo para os princípios de universalidade, integralidade e equidade, colaborando para o enfrentamento das consequências excludentes da cisheteronormatividade e LGBT fobia (OLIVEIRA, 2018).

Com relação às garantias de direitos humanos, um dos artigos pesquisados salientou a inexistência e a insuficiência de diretrizes e políticas de cuidados institucionalizados da população LGBTQIA+, pois os participantes da pesquisa quando questionados sobre os cuidados de saúde em relação a essa população, demonstraram constrangimento e dúvidas em relação a temática, fazendo com que a pesquisadora ficasse com essa impressão (PADILHA, 2020).

Nesse contexto, a violação dos direitos da população LGBTQIA+ se explica pela inabilidade dos profissionais dos serviços de saúde de promover acesso, acolher e construir vínculos com o público LGBTQIA+, 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 grupo (BELÉM et al, 2018).

No campo das normativas que visam à saúde integral, a PNSILGBT 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 PNSILGBT indicou que 70% dos profissionais, ao serem indagados sobre conhecimentos referentes à política, relataram não ter nenhum conhecimento sobre o assunto (GUIMARÃES, 2020). Além da falta de conhecimento em relação as políticas inclusivas dessa população, os profissionais de saúde lidam com outra situação constrangedora como citada no próximo parágrafo.

Há uma preocupação em demonstrar uma boa relação entre o profissional de saúde e a

população LGBTQIA+, indicando que existem cobranças e censuras impostas no seu local de trabalho, onde subjetivamente as políticas públicas deveriam ser respeitadas, assim como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT que exerce pressão para o posicionamento dos profissionais de saúde (ARAÚJO, 2015). Embora a PNSILGBT 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 população (OLIVEIRA et al, 2018).

Um dos direitos mais importantes para o público LGBTQIA+, garantido pela portaria do Ministério da Saúde nº 1.820/2009 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 a diversidade, porém, o cumprimento de sua utilização ainda depende da aceitação por parte dos profissionais da saúde em abandonar os preconceitos e dogmas (GUIMARÃES, 2020).

O nome social é fundamental para as pessoas trans. A inobservância em seu uso dificulta a permanência desse segmento nos serviços ofertados pelo SUS e aumenta o abandono nos tratamentos de saúde. O desrespeito ao nome social por parte dos profissionais de saúde tem sido indicado como uma das principais barreiras de acesso enfrentadas por esse público (ROCON; ZAMBONI, 2016).

Monteiro e Brigeiro (2019) observaram que a não utilização do nome social nas consultas, por parte dos profissionais de saúde, acarretaram um sentimento de constrangimento nas usuárias trans. A maioria das entrevistadas em sua pesquisa conheciam 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 (2018) 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. São necessárias outras ações, especialmente no fortalecimento da confiança, para a captação de informações de saúde, bem como o uso da simpatia e cordialidade que facilitam o estreitamento de vínculos e laços tão importantes para saúde mental dessa população (OLIVEIRA et al, 2018).

É importante o aprimoramento e o conhecimento das políticas públicas voltadas para a atenção integral da saúde da população LGBTQIA+, diminuindo a distância criada pela cisheteronormatividade em relação aos direitos conquistados desse grupo. Além dos preceitos

constitucionais sobre o direito à saúde, vários documentos corroboram para a garantia dos direitos dos usuários do SUS, como é o caso da Política Nacional de Atenção Básica, em todas as suas versões, e da própria Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Em sua última revisão, a PNAB, em seu Art.2º § 3º, estabelece que “É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero” (BRASIL, 2017). A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, no Art. 2º, define que “Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde” (BRASIL, 2011). Diante disso, torna-se fundamental que, tanto os serviços de saúde quanto os profissionais de saúde, estejam alertas para identificar a importância da expressão identitária dos usuários para a articulação com os laços familiares, entendendo a sua relação na dinâmica, cuidado, saúde e doença entre as pessoas trans, visando o acolhimento na visão da integralidade dos sujeitos (PAULINO; MACHIN; VALERO, 2020).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste trabalho foram analisar a literatura produzida sobre as experiências de atenção a população LGBTQIA+ na APS no Brasil, compreendendo como essas experiências são desenvolvidas dentro das unidades básicas de saúde no seu cotidiano, identificando os aspectos que dificultam ou mesmo facilitam a atenção à saúde dessa população, identificando se as experiências existentes respeitam os direitos humanos voltados a esse grupo.

A literatura analisada nesse trabalho aponta que as ações ainda são incipientes, fragmentadas e pouco efetivas diante das necessidades apresentadas por esse segmento, questão que se agrava considerando-se que a APS é uma das principais portas de entrada para o SUS e, conseqüentemente, o primeiro contato da comunidade com o serviço de saúde e isso não se deve à falta de normas formais. Como relatado anteriormente, existem políticas públicas promotoras de equidade de gênero e atenção integral à saúde e normativas que garantem direitos ao público LGBTQIA+.

A análise dos artigos revisados, indica ainda que o público LGBTQIA+ não é bem acolhido, o que prejudica o acesso aos serviços de saúde oferecidos. Em grande parte da literatura examinada persistem relatos de despreparo das equipes de saúde para o atendimento e falta da empatia necessária para a construção de vínculo entre o usuário e o profissional de saúde o que, conseqüentemente, afeta de forma negativa a regularidade na frequência à unidade de saúde. As barreiras pessoais, baseadas em crenças e valores morais, não podem se sobrepor ao compromisso do profissional com os direitos dos usuários. Esse público permanece pouco visível em suas singularidades e também no que tange aos problemas de saúde mais comuns, que deveriam ser contemplados pela APS.

Conclui-se, também que fatores morais e religiosos tem 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 que poderiam explicar algumas atitudes excludentes, além da orientação sexual e 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 cisheteronormatividade são consideradas como incorretas e 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 a infecções sexualmente transmissíveis, não havendo uma preocupação maior com outras demandas e especificidades inerentes a cada segmento dessa população.

Em relação à formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, independentemente de seu nível de escolaridade, um ponto a se destacar é que poucas ações aprofundam temas ligados a gênero e sexualidade e questões de saúde entre pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais, e tampouco é dada ênfase aos assuntos relacionados a 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 atenção primária a saúde 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, a 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 atenção primária 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, recuperação, reabilitação e 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 haja uma sociedade mais justa.

REFERÊNCIAS

- AHMAD, S. et al. Qualitative v/s Quantitative Research. v. 6, p. 2828–2832, 28 out. 2019.
- ALENCAR ALBUQUERQUE, G. et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. **BMC International Health and Human Rights**, v. 16, n. 1, p. 2, dez. 2016.
- ARAÚJO L.M, et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Revista de enfermagem UERJ*, v.27, p.e 34262, 2019.
- ARAUJO L. M. Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas /Luciane Marques de Araújo. Tese de doutorado - 2015.
- BARROS e SOUSA. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 25, n.1. p- 18, 2016.
- BATISTA, L. DOS S.; KUMADA, K. M. O. Análise metodológica sobre as diferentes configurações da pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, v. 8, p. e021029–e021029, 18 jul. 2021.
- BELÉM, J. M. et al. ATENÇÃO À SAÚDE DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 29 dez. 2018.
- BOLETIN. CONJUR. Disponível em: [ConJur - STF derruba normas que proíbem homens gays de doar sangue](#). Acesso em : 21/09/2022.
- BRANDÃO, B.A. Cuidado a população LGBT: iniciativas das equipes da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro, 2020
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p. 1988.
- BRASIL, Decreto Nº 8.727. de 28 de abriu de 2016. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília- DF, 2016.
- BRASIL, Decreto Nº 119/2018, de 29 de Junho de 2018. Conselho Nacional de Justiça. Corregedoria Nacional de Justiça. Brasília- DF, 2018.
- BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, roteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. . 1990.
- BRASIL. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST, 1999.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria 457, de 19 de agosto de 2008. Aprova, na forma**

dos Anexos desta Portaria a seguir descritos, a Regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de saúde - SUS: Brasília: [s.n.].

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde.** – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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). 21 set. 2017.

CABRAL, K.T.F. et al. Assistência de Enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Revista de enfermagem UFPE online* ., Recife, 2019.

CARMO, R. F. et al. Acesso aos serviços de saúde na rede de atenção: compreendendo a narrativa de profissionais de saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 77–85, mar. 2021.

CARVALHO, J. R. DE A.; TAVARES, F. C. CRIMINALIZAÇÃO DA LGBTFOBIA COMO FORMA DE PROTEÇÃO À DIGNIDADE HUMANA. **Legis Augustus**, v. 11, n. 2, p. 70–95, 2018.

COOPER, H. M. Diretrizes Científicas para a Condução de Revisões Integrativas de Pesquisa. **Review of Educational Research**, v. 52, n. 2, p. 291–302, 1 jun. 1982.

COOPER, R. New Product Strategies: What Distinguishes the Top Performers? **Journal of Product Innovation Management - J PROD INNOVAT MANAGE**, v. 1, p. 151–164, 1 set. 1984.

FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 3, p. 54–81, 1 dez. 2009.

FERREIRA, B.O. et al. "Não tem essas pessoas especiais na minha área": Saúde e invisibilidade das populações LGBT na perspectiva de Agente comunitário de Saúde, 2019.

FIGUEIRA, M. C. E S.; SILVA, W. P. DA; SILVA, E. M. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1178–1188, jun. 2018.

FREIRE, Teresa; TAVARES, Dionísia. Influência da autoestima, da regulação emocional e do

gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 38, p. 184-188, 2011.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v. 10, n. 1, p. 1–11, 1987.

GARCIA, C. DE L. et al. Health of sexual minorities in north-eastern Brazil: representations, behaviours and obstacles. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, n. 1, p. 95–100, 28 abr. 2016.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. DE. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1475–1482, 6 abr. 2020.

GOMES, S. M. et al. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 1120–1133, dez. 2018.

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 Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2020.

GUIMARÃES, R.C.P. et al. Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. *Tempos, actas de saúde coletiva, Brasília* 2017.

JACKSON, G. B. Métodos para revisões integrativas. **Review of Educational Research**, v. 50, n. 3, p. 438–460, 1 set. 1980.

JANINI, J. P. **O cuidado da enfermeira à pessoa transexual, no processo transexualizador, na perspectiva familiar**. Faculdade de Enfermagem: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019.

LAMY, M.; HAHN, M. M.; ROLDAN, R. M. O DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL. **Revista Em Tempo**, v. 17, n. 01, p. 37–60, 30 nov. 2018.

LIMA, A.M. et al. Atributos da Atenção Primária à Saúde e ferramentas de medicina de família no atendimento às diversidades sexual e de gênero: relato de caso. *UERJ*. 2019.

LIMA, C. V. DE. **Sentidos de profissionais da psicologia sobre o acesso da população LGBT na atenção básica em saúde de Maringá - PR : quatro mitos perniciosos**. <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/5687>. 2017.

MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 9, p. 7–28, dez. 2011.

MELO, E.A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e

desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V.42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 38-51- Setembro 2018.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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, p. 758–764, dez. 2008.

MINAYO, M, C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Artigo Article*, p, 221.

MONTEIRO.S. Estigma e Saúde. /organizado por Simone Monteiro e Wilza Villela. - Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2013.

MONTEIRO, S; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cad. Saúde Pública*, 2019.

OLIVEIRA, G. S. et al. Serviço de Saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais. *Revista enfermagem UFPE on line*; Recife 2018.

OLIVEIRA, L. H. S. DE et al. Atenção primária à saúde: sua importância no contexto da saúde pública brasileira. **Diversitas Journal**, v. 5, n. 4, p. 2806–2819, 27 out. 2020.

OLIVEIRA, M. A. DE et al. O acesso à saúde pela população em situação de rua da Avenida Paulista: barreiras e percepções. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03744, 2020.

OLIVEIRA, M.H.B., TELES, N., and CASARA, R. R. R. Direitos Humanos e saúde: reflexões e possibilidades de intervenção [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2021.

PADILHA, V.B. 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. 2020.

PAULINO, D.B. et al. "Pra mim, foi assim: homossexual, travesti e, hoje em dia, trans": performatividade trans, família e cuidado em saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, 2020.

PEREIRA, E. O. et al. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. ág. 51-67, 13 nov. 2017.

PEREIRA, L. B. DE C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1795–1795, 14 maio 2019.

PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integridade**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R. et al. (EDS.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. 1a ed ed. Rio de Janeiro: CEPESC : IMS/UERJ : ABRASCO, 2008.

PINTO, D. R.; MURILLO, R. S. G.; OLIVEIRA, M. DE J. Revendo a questão da saúde LGBT no âmbito da atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 4, n. 13, p. 306–326, 25 out. 2021.

PONTES, A. P. M. DE et al. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 574–580, ago. 2010.

RIBEIRO, V. L. D. R.; BENETTI, M. B.; SILVA, S. P. D. Considerações sobre o conceito de equidade no Sistema Único de Saúde. **Salão do Conhecimento**, v. 7, n. 7, 18 out. 2021.

ROCON, P; ZAMBONE.J. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. Article in ciência & Saúde Coletiva. 2016.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260–268, mar. 2012.

SANTOS, C. J.; GARCIA, C. V. A CRIMINALIZAÇÃO DA LGBTFOBIA PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL DO BRASIL. **Revista Direito UFMS**, v. 5, n. 2, p. 294–317, 2019.

SANTOS, J. S. DOS; SILVA, R. N. DA; FERREIRA, M. DE A. Saúde da população LGBTI+ na Atenção Primária à Saúde e a inserção da Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 23, 14 out. 2019.

SANTOS, J. A. F. **Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil**. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 556–572, jun. 2018.

SILVA, A.A.C. et al. Produção do cuidado de enfermagem à população LGBTQIA+ na atenção primária. REvisa. 2021.

SILVA, A.L.R. et al. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019.

SILVA, L. M. P. **Nos nervos, na carne, na pele : uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS**. [s.l.] Universidade Federal de São Carlos, 13 jun. 2007.

SILVA, A.C.A; ALCANTARA, A.M; OLIVEIRA, D. C; SIGNORELLI, M.C. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. Interface (Botucatu). 2020.

SOUSA, L. M. M. D. et al. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, v. 1, n. 1, p. 45–54, 23 jun. 2018.

SOUZA, M.H.T; PEREIRA, P.P.G. Cuidado com saúde: As travestis de Santa Maria, RS. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015.

SOUZA, M. T. DE; SILVA, M. D. DA; CARVALHO, R. DE. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, mar. 2010.

STARFIELD, BARBARA. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia/Barbara Starfield. - Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TORONTO, C. E.; REMINGTON, R. (EDS.). **A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review**. Cham: Springer International Publishing, 2020.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1561–1569, dez. 2002.

UNA-SUS. Maior sistema público do mundo, SUS completa 31 anos. 2021. Disponível em: <https://unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em 21 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ljubljana Charter on Reforming Health Care**, 19 jun. 1996. . Acesso em: 21 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Social determinants of health**, 22 jan. 2021. . Acesso em: 21 nov. 2021.

APÊNDICE A

Ficha Extração Dados – Cuidado Saúde LGBT

Número Artigo:

Avaliador: Pendência: () Não () Sim. Qual?.....

1. Autor principal, Ano:

2. Título:.....

3. Revista:.....

4. Região do estudo:..... estado:..... cidade:.....

5. Idioma:.....

6. Objetivos:.....

7. Metodologia:

7.1. Natureza estudo (descrever):.....

() Qualitativa () Quantitativa () Outra:

7.2. Participantes: número.....

sexo: () F () M

gênero: () M () F () não binário () “LGBT” () gênero dos ppts não é especificado

categoria: () profissional de saúde () usuário () gestor () outro:.....

7.3. Localização na APS

() unidade básica de saúde () ESF

() rede de serviços básicos de saúde

() intersetorial

() comunidade

() outra. Qual:

7.4. Amostra: () conveniência () representativa/probabilística () outra:.....

7.5. Técnicas Coleta: () entrevista semi-estruturada () entrevista aberta () grupo focal ()

observação participante () questionário () outra:.....

7.6. Técnicas de Análise:

Análise de dados discursivos: () análise de conteúdo () hermenêutico-dialético () análise do discurso

() outra:.....

Análise descritiva: () frequências simples () proporções () outra:.....

Análise: () associação (regressão, correlação) () controle de confundimento ()

outro:.....

Software: () SPSS () NVIVO () outro:.....

8. Resultados

8.1. Achados:

8.2. Escopo: () promoção () prevenção () atenção () políticas de saúde LGBT

8.3. Principais temáticas abordadas: () acesso () acolhimento () práticas de cuidado ()

direitos humanos () políticas de saúde LGBT () outra:.....

9. Recomendações:

10. Limitações Autor:.....

11. Observações/limitações dos revisores:.....

APÊNDICE B

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

1)Título	
2)Fonte	
3)Autor	
4)Ano	
5)Objetivo	
6)Método	
7)Amostra	
8)População de estudo e resultados	
9)Acesso	
10)Acolhimento	
11)Promoção a saúde	
12)Práticas Dos Profissionais	
13)Qualificação Profissional	
14) Estratégias desenvolvidas pelos profissionais para o cuidado a população LGBTQIA+	
15)Garantia De Direitos Humanos	