

O (des)cuidado em saúde às pessoas LGBTQIAP+ dispensado por profissionais em unidades básicas de saúde

The (lack of) healthcare provided to LGBTQIAP+ people by professionals in primary care centers

El (des)cuidado en salud a las personas LGBTQIAP+ dispensado por profesionales en unidades básicas de salud

Bárbara Angélica Santos de Oliveira^I ; Cleuma Sueli Santos Suto^{II} ; Carle Porcino^{III} ;
Helena Moraes Cortes^{IV} ; Sinara de Lima Souza^I 

^IUniversidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana Bahia, Brasil; ^{II}Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil;
^{III}Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil; ^{IV}Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

RESUMO

Objetivo: compreender o cuidado em saúde dispensado às pessoas LGBTQIAP+ por profissionais em Unidades Básicas de Saúde, a partir do referencial teórico da Política Nacional de Saúde LGBT (PNSILGBT) estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Método: estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que entrevistou 12 profissionais de saúde da Atenção Básica. Os dados coletados passaram pela Análise Lexical utilizando-se do software IRAMUTEQ. **Resultados:** emergiram três categorias temáticas que possibilitaram compreender que os profissionais reconhecem as violências praticadas na assistência a essa população, as barreiras no acesso e as dificuldades enfrentadas por pessoas LGBTQIAP+. **Considerações finais:** o desconhecimento das políticas e a não percepção das consequências dessas ações para a saúde dessa população remete muito mais ao (des)cuidado do que efetivamente ao cuidado condizente as suas reais necessidades em saúde.

Descritores: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Minorias Sexuais e de Gênero.

ABSTRACT

Objective: to understand the health care provided to LGBTQIAP+ people by professionals in Primary Care Centers, based on the theoretical framework of the National LGBT Health Policy (PNSILGBT) established by the Unified Health System (SUS). **Method:** a descriptive study with a qualitative approach, which interviewed 12 primary care health professionals. The data collected was subjected to Lexical Analysis using the IRAMUTEQ software. **Results:** Three thematic categories emerged which made it possible to understand that professionals recognize the violence practiced in assisting this population, the barriers to access and the difficulties faced by LGBTQIAP+ people. **Final considerations:** the lack of knowledge of the policies and the lack of perception of the consequences of these actions for the health of this population leads much more to (lack of) healthcare than to care in line with their real health needs.

Descriptors: Nursing; Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Sexual and Gender Minorities.

RESUMEN

Objetivo: comprender el cuidado en salud brindado a las personas LGBTQIAP+ por profesionales en Unidades Básicas de Salud, partiendo del marco teórico de la Política Nacional de Salud LGBT (PNSILGBT) establecida por el Sistema Único de Salud (SUS).

Método: estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, que entrevistó a 12 profesionales de salud de la Atención Básica. Los datos recogidos fueron analizados mediante Análisis Léxico utilizando el *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** surgieron tres categorías temáticas que permitieron comprender que los profesionales reconocen las violencias ejercidas en la asistencia a esta población, las barreras en el acceso y las dificultades enfrentadas por personas LGBTQIAP+. **Consideraciones finales:** el desconocimiento de las políticas y la no percepción de las consecuencias de estas acciones para la salud de esta población reflejan mucho más el (des)cuido que efectivamente el cuidado acorde a sus reales necesidades en salud.

Descriptores: Enfermería; Atención Primaria de Salud; Asistencia Integral de Salud; Minorías Sexuales y de Género.

INTRODUÇÃO

Cuidar diz respeito a qualquer indivíduo que possa contribuir para a assistência da vida de outrem, de forma coletiva ou não, ou seja, o cuidado é uma atenção ao outro, que implica que cuidar e ser cuidado¹.

As noções de cuidado para a saúde coletiva são compreendidas de forma mais ampla e em várias perspectivas, sendo elas profissionais ou não. Porém, é essencial que as ações visem a redução das vulnerabilidades frente ao processo de adoecimento. A falta de observância a essas medidas pode acentuar o agravamento do estado de saúde dessa população, pois não leva em consideração suas experiências e as barreiras enfrentados no acesso aos serviços nas diversas redes de atenção².

As complexidades que dificultam a identificação das condições que obstruem a transversalidade das ações de cuidado também dificultam a conquista da integralidade, prevalecendo, muitas vezes, uma abordagem biologizante. Tal abordagem impede que profissionais acessem informações imprescindíveis para proporcionar um atendimento

equânime e de qualidade, considerando as especificidades individuais. A atenção centrada apenas no aspecto biológico limita a capacidade de oferecer um atendimento holístico, que leve em conta fatores sociais, psicoemocionais e culturais.

A Atenção Básica é reconhecida como a porta de entrada e ordenadora do cuidado e desempenha um papel fundamental na comunicação dos diferentes pontos de atenção em saúde. Salienta-se o seu compromisso em não excluir pessoas com base em dados sociodemográficos, considerando os determinantes e condicionantes de saúde que influenciam o bem-estar da população³.

Nesse contexto, é imprescindível adotar estratégias de redução das iniquidades sociais, e exclusão, discriminação e a estigmatização de grupos específicos, sem prejudicar a autonomia e a saúde dessas pessoas⁴. Compreender as demandas individuais é fundamental para orientar a prática, pois cada indivíduo é único e requer um cuidado personalizado.

Assim, é imprescindível romper com a visão (cis)normativa e excludente que a sociedade impõe, garantindo que as pessoas que se autorreconhecem Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgeneras, *Queer*, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênera, Pansexuais, Não-binárias e mais (LGBTQIAPN+) sejam acolhidas e respeitadas em todas as instâncias de cuidado à saúde. O caminho para uma assistência integral e humanizada perpassa pela promoção de práticas inclusivas e livres de preconceitos, visando proporcionar um ambiente seguro para que todas as pessoas possam buscar atendimento sem temer a discriminação por desrespeito ao nome social, sua orientação sexual e/ou identidade de gênero⁵.

Como preconizado pela Política Nacional de Saúde Integral para pessoas LGBT (PNSILGBT), a promoção a saúde deve eliminar a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema universal, integral e equitativo. A inclusão dos quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero nos documentos de identificação e notificação dos SUS, são obrigatórios e importantes para qualificar o atendimento e promover a equidade⁶.

O presente estudo teve por objetivo compreender o cuidado em saúde dispensado às pessoas LGBTQIAP+ por profissionais em Unidades Básicas de Saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

Esse estudo assume como referencial teórico da Política Nacional de Saúde LGBT (PNSILGBT), estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o acesso universal e o direito a um atendimento sem discriminação e preconceito institucional, bem como reduzir as desigualdades sociais e de saúde. Lançada em 2010 e instituída em 2011 pela Portaria MS/GM nº 2.836, essa política surgiu como um marco importante na visibilidade e inclusão das demandas de saúde da população LGBTQIAP+⁶.

A política baseia-se em nove diretrizes que orientam o desenvolvimento de planos, programas, projetos e atividades de saúde que respeitem os direitos humanos, a inclusão e a diversidade, e promovam a inclusão. Ao adotar essas diretrizes, o SUS reforça o seu compromisso com a promoção da saúde e com o atendimento digno a todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero.

A trajetória histórica revela uma progressiva mudança no cenário em relação à população LGBTQIAP+, que por muito tempo foi negligenciada, invisibilizada e sujeita a preconceitos. Hoje, torna-se cada vez mais evidente a urgente necessidade de inserir essa população de forma integral no sistema de saúde, garantindo a aplicabilidade dos princípios do SUS e diminuindo suas vulnerabilidades frente à assistência que, por longos anos, ainda se mostra excludente e pouco sensível às suas necessidades específicas⁷.

Apesar dos avanços conquistados ao longo da história das políticas públicas e dos direitos à saúde para pessoas LGBTQIAP+, oriunda das lutas de movimentos sociais e da comunicação com os órgãos governamentais, ainda há muito debate quanto à sua efetividade e à garantia de sua implementação. No entanto, a referida política representa um avanço significativo no compromisso do SUS em promover a equidade e a justiça social na área da saúde, garantindo que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde de forma digna e igualitária⁸.

MÉTODO

Estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, para melhor traduzir a apreensão sobre o cuidado em saúde ofertado na atenção básica às pessoas LGBT+, considerando o leque de ações e assistência que pode ser dispensado a esse segmento por profissionais de saúde. Trata-se de um recorte da dissertação intitulada: O Cuidado em Saúde às Pessoas LGBTQIAP+ na Atenção Básica.

A rede de atenção básica do município estudado conta com 52 unidades básicas de saúde (UBS), foram escolhidas seis por serem campo de prática de uma Instituição de Ensino Superior pública. Nessas UBS foram incluídos profissionais da área de saúde que atuam diretamente na assistência, há no mínimo seis meses, prestando atendimentos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município da região do agreste da Bahia, totalizando 12 profissionais (médicos, enfermeiras, cirurgiões-dentistas e técnicos de enfermagem). Foram excluídos os profissionais em gozo de licença, licença maternidade e férias.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a maio de 2023, presencialmente, por meio da aplicação do instrumento composto pelo perfil socioprofissional e por oito perguntas abertas que buscaram identificar a perspectiva do cuidado para pessoas LGBTQIAP+. Os dados coletados por intermédio de entrevistas foram transcritos, por dois pesquisadores independentes, e submetidos ao *software* IRAMUTEQ pelo método de Reinert⁹, cuja lematização textual foi realizada previamente à análise lexical. A análise dos dados foi embasada na caracterização e organização das informações por meio de etapas de preparo do *corpus* e processado pelo IRAMUTEQ, com construção das categorias do estudo com base nas palavras e nas classes oriundas da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Para resguardar a identidade dos profissionais, utilizou-se códigos de identificação iniciados pela letra P (participante), acompanhados do número de ordem no qual ocorreram as entrevistas, acrescido do gênero, religião, idade e orientação sexual. Os excertos de fala complementam os termos que compõem as classes da CHD.

O protocolo de pesquisa obedeceu ao preconizado das resoluções do Conselho Nacional de Saúde vigentes, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreender a diversidade dos profissionais envolvidos neste estudo e sua inserção no mercado de trabalho, especialmente no âmbito da Atenção Básica, revela-se relevante. Esses elementos podem impactar significativamente suas perspectivas no contexto da assistência à população LGBTQIAP+.

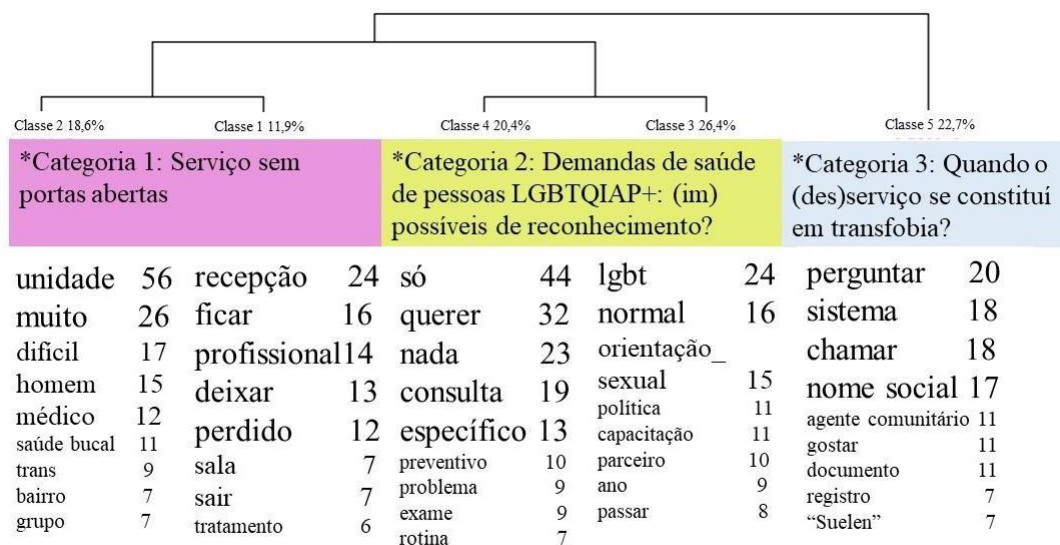
Dentre as/os 12 profissionais participantes, dez se autodeclararam mulheres e dois se autodeclararam homens; apenas duas com idade superior a 50 anos e os demais variando de 26 anos a 45 anos. Quanto à cor, dez profissionais se autodeclararam negros. De acordo com os dados do IBGE¹⁰, 53% da população brasileira se autodeclararam pretos ou pardos.

Em relação à escolaridade, uma pessoa possuía doutorado, duas tinham nível técnico e nove tinham bacharelado completo. Todas as participantes afirmaram ter vínculo trabalhista com empresas contratadas para prestação de serviço junto ao município. A maioria das entrevistadas professava a fé cristã, sete delas eram evangélicas, três católicas e duas responderam não possuir religião. No aspecto relativo à orientação sexual, dez profissionais se declararam heterossexuais, uma homossexual e uma bissexual. Todos se autodeclararam cisgêneros. Quanto ao estado civil sete pessoas eram solteiras e cinco casadas. Como a maioria se declarou heterossexual e todos eram cisgêneros, isso pode ser indicativo de que o cuidado prestado possa seguir um padrão cis-heteronormativo.

Além disso, todos os entrevistados possuem vínculos empregatícios tradicionais, com carteira assinada.

O *software* tratou os dados e apresentou os seguintes resultados: 11.093 ocorrências e 1.613 formas (unidade lexical); 179 palavras apareceram apenas uma vez em todo o corpus; e, o percentual de aproveitamento do corpus foi de 83,80%, superior ao limite recomendado.

Na Figura 1 é possível visualizar as palavras que obtiveram maior frequência e p-valor igual ou menor que $p < 0,001$. Essa representação gráfica é organizada em cinco classes e deve ser lida da esquerda para a direita. A classe 1 e 2 conformam a 1ª categoria; a classe 3 e 4 se juntam para configurar a 2ª categoria; e, a 3ª categoria é formada pela classe 5. As três categorias foram nomeadas a posteriori.



*utilizado apenas palavras com p valor < 0,0001

Figura 1: Denograma fornecido pelo IRAMUTEQ com adaptações das autoras. Feira de Santana, BA, Brasil, 2023.

Serviços de portas aberta

Na categoria 1, intitulada "Serviço sem portas abertas", os profissionais fornecem uma descrição nítida da organização do serviço e dos atendimentos disponíveis para as demandas das pessoas LGBTQIAP+. Além disso, destacam o interesse da população trans em frequentar a ESF e buscar atendimento médico.

A Atenção Básica é a ordenadora do cuidado e seu papel é o de não excluir nenhuma pessoa que adentre o sistema de saúde³. Os participantes deste estudo percebem essas pessoas como parte de um grupo de difícil inserção na unidade, o que torna desafiador entender suas necessidades específicas.

Os achados que compuseram a categoria 1 apontam para a importância de promover uma maior inclusão das pessoas LGBTQIAP+ nos serviços de saúde, visando garantir uma assistência acolhedora, acessível e qualificada. Nesse sentido, no contexto da atenção básica, o cardápio de serviços oferecidos ainda é pautado na/pela cisnormatividade compulsória, o que pode fazer com que essas pessoas precisem 'se ajustar' ao que está estabelecido para os atendimentos, nos quais os profissionais não são considerados suas singularidades e complexidade de cada indivíduo¹¹.

Por melhor compreensão do cuidado em saúde, de forma mais ampla e visando reduzir o processo de adoecimento e vulnerabilidade², percebe-se nesse estudo a necessidade de uma abordagem mais sensível e inclusiva. Essa abordagem deve reconhecer as especificidades e necessidades dessa população, promovendo uma assistência mais adequada e respeitosa. A partir da análise dessas situações é possível identificar no excerto os desafios/oportunidades para aprimorar a assistência e garantir o acolhimento adequado às pessoas LGBTQIAP+.

A gente faz nosso atendimento como se fosse uma outra pessoa qualquer, porque ser trans ou ser bissexual, seja lá o que for, a opção sexual da pessoa, por mim, não influencia na questão do meu atendimento. Estou para prestar o meu serviço independente de julgamentos. (P8, mulher, católica, 35 anos, heterossexual)

As falas dos profissionais, embora enfatizem a neutralidade no atendimento, revelam uma possível resistência às pessoas dissidentes de gênero e sexualidade e uma visão limitada de existência, refletindo uma conformação social que considera apenas uma forma de identidade como a "normal" ou "padrão". Essa perspectiva, embasada na cis-heteronorma, ignora a diversidade de orientações sexuais e desrespeita a autodeterminação em relação ao gênero¹².

Essa concepção é uma construção enraizada no contexto patriarcal, que atribui juízos de valor com base nas funcionalidades impostas pela sociedade que pode gerar barreiras/obstáculos para o acolhimento e a oferta de cuidados específicos às necessidades das pessoas LGBTQIAP+¹³. Assim, ao assumir que todos os usuários são heterossexuais e cisgêneros, corre-se o risco de negligenciar as demandas dessa população, reforçando estigmas e preconceitos que contribuem para o silenciamento da população LGBTQIAP+.

O acesso desigual às políticas de saúde reflete a realidade de vulnerabilidade social e programática enfrentada pelas pessoas LGBTQIAP+. Nesse contexto, são visíveis as barreiras que dificultam o acesso, bem como os preconceitos e os estigmas históricos enfrentados por essa população nos ambientes de cuidados. Essas dificuldades no acesso aos

serviços de saúde têm origens diversas, incluindo a falta de capacitação adequada dos profissionais para lidar com as especificidades das demandas LGBTQIAP+^{13,14}.

Reconhece-se a importância de proporcionar uma assistência de qualidade, com uma abordagem holística, que considere todas as dimensões do cuidado, visando alcançar melhores resultados e evitar transições prejudiciais¹⁵. É fundamental compreender que a equipe de saúde desempenha suas ações inserida diretamente nos ambientes que podem tanto facilitar como dificultar as transições pessoais, comunitárias, familiares ou populacionais. Ademais, é essencial que os profissionais estejam sensibilizados/capacitados para lidar com as particularidades das transições vivenciadas pelas pessoas, especialmente a população LGBTQIAP+¹⁶.

Ainda tem uma certa rejeição, um certo preconceito com relação à equipe, não que a equipe vá destratar, mas ainda ficam surpresos, algumas pessoas não entendem de fato como é que é proceder com pessoas trans. (P5, mulher, sem religião, 28 anos, heterossexual)

Não tem esse tipo de problema graças a Deus. A gente atende todo mundo, ninguém deixou de ser atendido. (P10, mulher, católica, 42 anos, heterossexual)

A insegurança dos usuários perpassa desde a busca e acesso às unidades de saúde até o momento de revelar questões relacionadas ao campo da sexualidade durante a anamnese, com receio de que o atendimento não seja adequado às suas necessidades. Além disso, o medo, a discriminação e as violências que podem ser vivenciadas acabam por agravar o estado de saúde, tornando ainda mais difícil o acesso aos serviços e a busca por cuidados preventivos e tratamentos^{17,18}.

Nessa acepção, é essencial desenvolver estratégias que levem em consideração as particularidades de cada indivíduo, especialmente ao lidar com questões de saúde. Ao adotar uma abordagem sensível, torna-se possível estabelecer uma relação de cuidado que respeita às diferenças e promove o bem-estar e a dignidade de cada pessoa³.

Demandas de Saúde de pessoas LGBTQIAP+: (im)possíveis de reconhecimento?

A categoria 2, "Demandas de Saúde de pessoas LGBTQIAP+: (im)possíveis de reconhecimento?", corresponde às classes 3 e 4. Os profissionais de saúde apresentam a ideia de igualdade no atendimento, acreditando que essa abordagem é apropriada para todos os usuários. No entanto, ao adotarem uma abordagem generalista, sem levar em consideração as especificidades dos grupos populacionais, acabam violando o princípio da equidade do SUS.

Embora alguns profissionais mencionem a importância do atendimento individualizado, na prática, a disponibilização de agenda para consultas e exames é feita de forma igualitária para a população em geral, sem considerar as necessidades específicas das pessoas LGBTQIAP+. Essa falta de sensibilidade/capacitação para atender adequadamente a essa população acaba criando barreira se dificuldades para o acesso a esses serviços¹⁷.

A falta de contato e conhecimento incipiente sobre a PNASLGBT+ leva a processos de adoecimento e vulnerabilidade dessa população. A escassez de profissionais capacitados para lidar com as especificidades das pessoas LGBTQIAP+ resulta em uma assistência desqualificada e desprovida de acolhimento adequado. A ausência de políticas públicas e diretrizes claras para a promoção da saúde contribui para a invisibilidade de suas necessidades e dificulta o acesso a serviços de saúde¹⁸. As falas destacam a falta de conhecimento e capacitação em relação à PNASLGBT, pois afirmam não ter tido acesso a informações sobre em seus espaços de formação profissional, o que sugere uma lacuna na preparação dos profissionais de saúde.

Não conheço a Política Nacional LGBT, não vi em nenhum espaço de formação nem na rede tive capacitação. (P1, mulher, evangélica, 55 anos, heterossexual)

Em algumas situações, é comum atribuírem a outra causa, além do próprio interesse ou falta dele, como forma de evitar a responsabilização por suas ações. Isso pode ocorrer seguindo um discurso politicamente correto, desviando a atenção de sua própria responsabilidade e atribuindo-a a terceiros, como outros profissionais ou até mesmo à própria população.

Esse comportamento pode ser prejudicial, pois ao não assumir a responsabilidade por suas ações, os profissionais podem perpetuar práticas inadequadas e não contribuir para a melhoria dos serviços de saúde. É fundamental o reconhecimento de limitações e a busca por capacitação, a fim de oferecer um atendimento mais adequado e sensível às necessidades dos usuários.

Há necessidade de que as políticas públicas e os documentos normativos sejam efetivamente implementados por ações de sensibilização, capacitação e educação para os profissionais de saúde, com o objetivo de promover uma assistência mais humanizada, inclusiva e livre de preconceitos para a população LGBTQIAP+.

Para promoção de espaços com diálogo e reflexão sobre as práticas de saúde, de forma a incentivar a autoavaliação dos profissionais e o aprimoramento constante de suas habilidades e competências. Dessa forma, será possível superar as insuficiências e desafios das transições, garantindo a humanização da assistência para toda a população¹⁸.

Eu entendo as especificidades desse cuidado [...] acho que falta essa questão de educação em saúde para essas pessoas entenderem que por mais que elas se comportem ou gostem de ser de uma forma, elas precisam cuidar da saúde como um geral. (P5, mulher, sem religião, 28 anos, heterossexual)

Quando o (des)serviço se constitui em transfobia?

A terceira categoria, intitulada "Quando o (des)serviço se constitui em transfobia?", reforça as constatações das duas categorias anteriores ao evidenciar que os profissionais de saúde não estão adequadamente preparados para lidar com os direitos conquistados pela população LGBTQIAP+. A falta de preparo se torna contraditória, uma vez que os profissionais reconhecem as necessidades dessas pessoas, mas as atribuem ao sistema de saúde e responsabilizam os agentes comunitários de saúde.

Esses profissionais, que têm a responsabilidade de realizar o cadastro das pessoas nos serviços de saúde, são apontados como responsáveis pela não inserção do nome social no momento do registro. Isso faz com que o nome social não seja reconhecido e alterado posteriormente nos documentos do usuário, resultando em uma situação de desrespeito e violência, pois essas pessoas continuam sendo chamadas pelo nome civil.

A regulamentação do decreto nº 8.727 em 2016¹⁹, que assegura a inclusão do campo destinado ao nome social nos documentos de atendimento no SUS, permite que as pessoas utilizem o nome de preferência, independentemente do registro civil. O decreto representa um marco na promoção e inclusão dessas pessoas no contexto da saúde, garantindo que sejam acolhidas e respeitadas em suas identidades de gênero.

Ignorar isso revela a transfobia presente no atendimento de saúde, pois a não inclusão do nome social contribui para perpetuar a violência e a discriminação¹⁴. Além disso, a exigência de documentação retificada para realizar a mudança no cadastro é mais uma barreira burocrática que dificulta o acesso ao atendimento adequado e respeitoso, pois nem todas as pessoas possuem os mesmos interesses e/ou recursos disponíveis. A este respeito, o uso do nome social no SUS é garantido pela Portaria 1820 do Ministério da Saúde desde 2009²⁰.

As falas trazem à tona a necessidade urgente de sensibilização, capacitação e formação dos profissionais de saúde, bem como a implementação de políticas e práticas que garantam o respeito aos direitos e à dignidade das pessoas LGBTQIAP+. Somente com ações efetivas e inclusivas é que será possível superar a transfobia e promover uma assistência de saúde verdadeiramente igualitária e acolhedora para essa população.

Só se ele tiver o documento porque o sistema exige o documento para fazer o cadastro não pode editar e colocar porque o sistema não dá essa possibilidade para a gente. (P8, mulher, evangélica, 35 anos, heterossexual)

Do jeito que tá aqui no registro não tem como alterar no registro por exemplo o nome social você chama João, vê uma pessoa de vestido e tudo mais e não tem como alterar. (P3, mulher, evangélica, 26 anos, bissexual)

Revela-se uma abordagem que se direciona ao sistema binário, onde gênero e sexo são considerados numa perspectiva linear, como sendo as únicas formas de ser e existir, excluindo assim aquelas pessoas que não se identificam com as definições impostas a suas existências. Essa visão restrita e excludente acaba por negligenciar e marginalizar as pessoas dissidentes de gênero, desconsiderando a existência de indivíduos que não correspondem à heteronorma impostas pelo (cis)stema.

Até o momento ainda não surgiu nenhuma demanda diferente para essa população. Eu também já atendi uma pessoa que é hermafrodita e ela usa o nome social que é vulgo Marta [nome fictício], mesmo ela se vestindo do sexo masculino, então respeitei a vontade dela, se ela fosse registrada como Marta e quisesse usar um nome masculino aí eu ia chamar ela pelo nome masculino. (P8, mulher, evangélica, 35 anos, heterossexual)

Essa perspectiva binária e limitada impõe uma divisão rígida entre homens e mulheres, ignorando as diversas existências além dessa dicotomia. Ao perpetuar essa visão, os serviços de saúde podem falhar em reconhecer e respeitar a autodeterminação em relação ao gênero, dificultando o acesso a uma assistência inclusiva²¹. É fundamental reconhecer a existência de pessoas não-binárias ou que não se 'enquadram' nas (cis)normas impostas. Isso implica em garantir acesso a informações sobre questões de gênero.

A gente sabe que tem que chamar pelo nome como a pessoa quer. Não é o que a gente quer, nem o que está no registro. Então, tudo isso a gente já tem ciência e a gente atende dessa forma. (P1, mulher, evangélica, 55 anos, heterossexual)

Os resultados obtidos a partir das análises das categorias, expressam a não utilização dos princípios dos SUS diante das pessoas LGBTQIAP+, enfatizando a assistência desigual e a problemática nos discursos em não perceber as violências perpetuadas em seus atendimentos, ausência de especificidades diante da assistência que é prestada de forma insuficiente, além da negação das barreiras no acesso e permanência dessas pessoas nas unidades de saúde^{22,23}.

Limitações do estudo

Por se tratar de pesquisas de abordagem qualitativa com dados locais não é possível generalização dos dados. A aplicação para a pesquisa e prática de cuidados em saúde decorrem dos aspectos apresentados ao possibilitar reflexão sobre a assistência frente às especificidades de demandas de cuidado a esse grupo populacional. As limitações desse estudo estão no número de entrevistados, desse modo, estudos futuros devem ser realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As participantes apresentam dificuldade em compreender que a violência é a principal causa de (des) cuidado. Percebê-la faz parte de um processo de (re)construção necessária para a prática do cuidar na assistência às pessoas LGBTQIAP+.

Foi perceptível o uso de estratégias para se desvencilhar da responsabilização desse (des)cuidado ao revelarem uma assistência centrada no modelo biomédico em contraposição, os princípios do SUS que preconiza um modelo baseado no vínculo, integralidade e cuidado humanizado.

O distanciamento de pessoas LGBTQIAP+ das UBS está atrelado à falta de cuidado integral, invisibilização e abordagens discriminatórias que as afastam da promoção em saúde. Pois os discursos/atos velados acabam repercutindo em agravos de saúde que as levam a busca pelos serviços de emergência, tornando-se 'porta de entrada' e caracterizando a assistência prestada como desigual e sem equidade.

REFERÊNCIAS

1. Lima AP. Cuidado, emoções e políticas públicas. Reflexões a partir do caso português. *Sex, Salud Soc.* 2022 [cited 2022 May 25]; (38):e22314. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22314.a>.
2. Gouvêa LF, Souza LL. Saúde e população LGBTQIA+: desafios e perspectivas da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *PERI.* 2021 [cited 2022 May 25]; 16(3):23-42. DOI: <https://doi.org/10.9771/peri.v3i16.33474>.
3. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.436/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Diário Oficial. 2017 [cited 2022 May 25]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
4. Muñoz RLS, Miguel LDP. Estigma e discriminação sociais como fardo oculto no processo saúde-doença. João Pessoa: Editora UFPB, 2020 [cited 2022 May 25]. Available from: <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/book/828>.
5. Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, Santos AM. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate.* 2019 [cited 2022 May 25]; 43(spe8):305-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S822>.
6. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.836/2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília. Gabinete do Ministro. 2011 [cited 2022 May 25]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html.
7. Guimarães NP, Sotero RF, Cola JP, Antonio S, Galavote HS. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à região da população LGBT em um município do Sudeste do Brasil. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2020 [cited 2022 May 25]; 14(2):372-85. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1712>.
8. Sousa Júnior CAA, Mendes DC. Políticas públicas para a população LGBT: uma revisão de estudos sobre o tema. *Cad EBAPEBR.* 2021 [cited 2022 May 25]; 19(spe):642-55. DOI: <https://doi.org/10.1590/1679-395120200116>.
9. Salviati ME. Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3). Planaltina. 2017 [cited 2022 May 25]. 93p. Available from: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/anexomanual-do-aplicativo-iramuteq-parmaria-elisabeth-salviati>.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Br). Indicadores Sociais Mínimos. Censo 2000 [cited 2022 May 25]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresmin>.
11. Santos JS dos, Silva RN da, Ferreira M de A. Health of the LGBTI+ Population in primary healthcare and the insertion of nursing. *Esc Anna Nery.* 2019 [cited 2022 May 25]; 23(4):e20190162. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0162>.
12. Freitas AL, Silva GM, Paula Júnior NF, Giuliani CD. Dimensões do cuidado à saúde da população LGBTQIA+ ofertado pelos profissionais de saúde. *REAS.* 2023 [cited 2023 sep 30]; 23(3):e12114. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e12114.2023>.
13. Martins AN. Caminhos da criminalização da LGBTfobia: racionalidade criminalizante, neoliberalismo e democratização. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. 2020 [cited 2022 May 25]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-19022021-174812/pt-br.php>.
14. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Violência contra Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo nas Américas, 2015 [cited 2022 May 25]. 319p. Available from: <https://www.oas.org/pt/cidh/docs/pdf/violenciapessoaslgbti.pdf>.
15. Dissidências sexuais e de gênero em diversos campos de lutas: o sentido do Direito à existência. Porto Velho: EDUCAR, 2021. 249 p.
16. Granja CS, Vaz FFS, Aragão MLDA, Coelho Junior LGT, Mauricio HA, Coelho JMM, Calumby NRS. LGBTQIA+ population and access to health services: an integrative review. *Concilium.* 2023 [cited 2023 Sep 30]; 23(19):253-64. DOI: <https://doi.org/10.53660/CLM-2101-23P40>.

17. Moraes IK N, Ferreira JP, Pontes SRS, Sousa HP, Moreira JPS. Acesso da população LGBTQ+ aos serviços públicos de saúde: entraves e perspectivas. RSC. 2023 [cited 2023 Sep 30]; 19(1). DOI: <https://doi.org/10.22481/rsc.v19i1.12380>.
18. Christoffersen A, Hankivsky O. Responding to iniquities in public policy: is GBA+ the right way to operationalize intersectionality? Canadian public administration. 2021 [cited 2023 Sep 30]; 23(3):524-58. DOI: <https://doi.org/10.1111/capa.12429>.
19. Secretaria Geral da República Federativa do Brasil (Br). Decreto nº 8.727/2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2016 [cited 2023 Sep 30]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm.
20. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1820/2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília. Gabinete do Ministro. 2009 [cited 2023 Sep 30]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html
21. Gurgel DG, Sousa IMC, Oliveira SR, Santos FAS, Diderichsen F. The National Health Services of Brazil and Northern Europe: universality, equity, and integrality—time has come for the latter. Int J Health Serv. 2017 [cited 2023 Sep 30]; 47(4):690–702. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020731417732543>.
22. Freitas CC. Corpos que resistem: acesso e qualidade da assistência prestada a travestis e transexuais no Sistema Único De Saúde (SUS). Monografia. Cuité, Universidade Federal de Campina Grande. 2023 [cited 2023 Sep 30]. 64p. Available from: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/31057>.
23. Costa-Val A, Manganelli MS, Moraes VMF, Cano-Prais HA, Ribeiro GM. The care of the LGBT population from the perspective of Primary Health Care professionals. Physis. 2022 [cited 2023 Sep 30]; 32(2):e320207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320207>.

Contribuições dos autores

Concepção, B.A.S.O., C.S.S.S., C.P., H.M.C. e S.L.S.; Metodologia, B.A.S.O., C.S.S.S. e C.P.; Software, C.S.S.S.; Validação, C.S.S.S. e C.P.; Análise Formal, B.A.S.O., C.S.S.S. e C.P.; Investigação, B.A.S.O.; Curadoria de Dados, B.A.S.O. e C.S.S.S.; Redação - Preparação do Manuscrito, B.A.S.O., C.S.S.S. e C.P.; Redação – Revisão e Edição, B.A.S.O., C.S.S.S., C.P., H.M.C. e S.L.S.; Supervisão, C.S.S.S. e C.C.P.; Administração do Projeto: C.S.S.S. e C.C.P. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.