

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

*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*

Bárbara Angélica Santos de Oliveira<sup>I</sup> ; Cleuma Sueli Santos Suto<sup>II</sup> ; Carle Porcino<sup>III</sup> ;  
Helena Moraes Cortes<sup>IV</sup> ; Sinara de Lima Souza<sup>I</sup> 

<sup>I</sup>Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana Bahia, Brasil; <sup>II</sup>Universidade do Estado da Bahia. Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil;  
<sup>III</sup>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil; <sup>IV</sup>Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

## 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.

## 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)care than to care in line with their real health needs.

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

## INTRODUCCIÓN

Cuidar se refiere a cualquier individuo que pueda contribuir a la asistencia de la vida de otro, de forma colectiva o no, es decir, el cuidado es una atención hacia el otro, lo implica que cuidar y ser cuidado<sup>1</sup>.

Las nociones de cuidado para la salud colectiva se comprenden de forma más amplia y desde varias perspectivas, ya sean profesionales o no. Sin embargo, es esencial que las acciones busquen la reducción de las vulnerabilidades ante el proceso de enfermedad. La falta de observancia de estas medidas puede acentuar el agravamiento del estado de salud de esta población, pues no toma en consideración sus experiencias y las barreras enfrentadas en el acceso a los servicios en las diversas redes de atención<sup>2</sup>.

Las complejidades que dificultan la identificación de las condiciones que obstruyen la transversalidad de las acciones de cuidado también dificultan la conquista de la integralidad, prevaleciendo, muchas veces, un enfoque biologizante. Tal enfoque impide que los profesionales accedan a información imprescindible para proporcionar una

atención equitativa y de calidad, considerando las especificidades individuales. La atención centrada solo en el aspecto biológico limita la capacidad de ofrecer una atención holística, que tenga en cuenta factores sociales, psicoemocionales y culturales.

La Atención Básica es reconocida como la puerta de entrada y ordenadora del cuidado y desempeña un papel fundamental en la comunicación de los diferentes puntos de atención en salud. Se destaca su compromiso en no excluir personas basándose en datos sociodemográficos, considerando los determinantes y condicionantes de salud que influyen en el bienestar de la población<sup>3</sup>.

En este contexto, es imprescindible adoptar estrategias de reducción de las inequidades sociales, y la exclusión, discriminación y la estigmatización de grupos específicos, sin perjudicar la autonomía y la salud de estas personas<sup>4</sup>. Comprender las demandas individuales es fundamental para orientar la práctica, pues cada individuo es único y requiere un cuidado personalizado.

Así, es imprescindible romper con la visión (cis)normativa y excluyente que la sociedad impone, garantizando que las personas que se autorreconocen Lésbicas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, *Queer*, Intersexuales, Asexuales/Arrománticos/Agénero, Pansexuales, No-binarias y más (LGBTQIAPN+) sean acogidas y respetadas en todas las instancias de cuidado a la salud. El camino para una asistencia integral y humanizada pasa por la promoción de prácticas inclusivas y libres de prejuicios, buscando proporcionar un ambiente seguro para que todas las personas puedan buscar atención sin temer a la discriminación por falta de respeto al nombre social, su orientación sexual y/o identidad de género<sup>5</sup>.

Como lo preconiza la Política Nacional de Salud Integral para personas LGBT (PNSILGBT), la promoción de la salud debe eliminar la discriminación y el prejuicio institucional, así como contribuir a la reducción de las desigualdades y la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS) como sistema universal, integral y equitativo. La inclusión de los criterios de orientación sexual e identidad de género en los documentos de identificación y notificación del SUS, son obligatorios e importantes para calificar la atención y promover la equidad<sup>6</sup>.

El presente estudio tuvo por objetivo comprender el cuidado en salud dispensado a las personas LGBTQIAP+ por profesionales en Unidades Básicas de Salud.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudio asume como referencial teórico la Política Nacional de Salud LGBT (PNSILGBT), establecida por el Sistema Único de Salud (SUS) para garantizar el acceso universal y el derecho a una atención sin discriminación ni prejuicio institucional, así como para reducir las desigualdades sociales y de salud. Lanzada en 2010 e instituida en 2011 por la Ordenanza MS/GM nº 2.836, esta política surgió como un hito importante en la visibilidad e inclusión de las demandas de salud de la población LGBTQIAP+<sup>6</sup>.

La política se basa en nueve directrices que orientan el desarrollo de planes, programas, proyectos y actividades de salud que respeten los derechos humanos, la inclusión y la diversidad, y promuevan la inclusión. Al adoptar estas directrices, el SUS refuerza su compromiso con la promoción de la salud y con la atención digna a todas las personas, independientemente de su orientación sexual o identidad de género.

La trayectoria histórica revela un cambio progresivo en el escenario en relación con la población LGBTQIAP+, que durante mucho tiempo fue descuidada, invisibilizada y sujeta a prejuicios. Hoy, se hace cada vez más evidente la urgente necesidad de insertar a esta población de manera integral en el sistema de salud, garantizando la aplicabilidad de los principios del SUS y disminuyendo sus vulnerabilidades frente a la asistencia que, durante muchos años, aún se muestra excluyente y poco sensible a sus necesidades específicas<sup>7</sup>.

A pesar de los avances logrados a lo largo de la historia de las políticas públicas y de los derechos a la salud para las personas LGBTQIAP+, provenientes de las luchas de movimientos sociales y de la comunicación con los órganos gubernamentales, todavía hay mucho debate en cuanto a su efectividad y a la garantía de su implementación. No obstante, la política mencionada representa un avance significativo en el compromiso del SUS en promover la equidad y la justicia social en el área de la salud, garantizando que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud de manera digna e igualitaria<sup>8</sup>.

## MÉTODO

Estudio de carácter exploratorio, con enfoque cualitativo, para mejor traducir la aprehensión sobre el cuidado en salud ofrecido en la atención básica a las personas LGBT+, considerando el abanico de acciones y asistencia que puede ser dispensado a este segmento por profesionales de salud. Se trata de un recorte de la disertación titulada: El Cuidado en Salud a las Personas LGBTQIAP+ en la Atención Básica.

La red de atención básica del municipio estudiado cuenta con 52 unidades básicas de salud (UBS), fueron elegidas seis por ser campo de práctica de una Institución de Enseñanza Superior pública. En estas UBS se incluyeron profesionales del área de salud que actúan directamente en la asistencia, desde hace al menos seis meses, prestando atenciones en Unidades Básicas de Salud (UBS) de un municipio de la región del agreste de Bahía, sumando 12 profesionales (médicos, enfermeras, cirujanos dentistas y técnicos de enfermería). Fueron excluidos los profesionales en goce de licencia, licencia maternidad y vacaciones.

La recolección de datos fue realizada en los meses de marzo a mayo de 2023, presencialmente, mediante la aplicación del instrumento compuesto por el perfil socioprofesional y por ocho preguntas abiertas que buscaron identificar la perspectiva del cuidado para personas LGBTQIAP+. Los datos recogidos mediante entrevistas fueron transcritos, por dos investigadores independientes, y sometidos al *software* IRAMUTEQ por el método de Reinert<sup>9</sup>, cuya lematización textual fue realizada previamente al análisis lexical. El análisis de los datos se basó en la caracterización y organización de las informaciones mediante etapas de preparación del *corpus* y procesado por el IRAMUTEQ, con construcción de las categorías del estudio basadas en las palabras y en las clases provenientes de la Clasificación Jerárquica Descendente (CHD).

Para resguardar la identidad de los profesionales, se utilizó códigos de identificación iniciados por la letra P (participante), acompañados del número de orden en el cual ocurrieron las entrevistas, añadido del género, religión, edad y orientación sexual. Los extractos de habla complementan los términos que componen las clases de la CHD.

El protocolo de investigación obedeció a lo preconizado por las resoluciones del Consejo Nacional de Salud vigentes, siendo aprobado por el Comité de Ética de la institución.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Comprender la diversidad de los profesionales involucrados en este estudio y su inserción en el mercado laboral, especialmente en el ámbito de la Atención Básica, resulta relevante. Estos elementos pueden impactar significativamente sus perspectivas en el contexto de la asistencia a la población LGBTQIAP+.

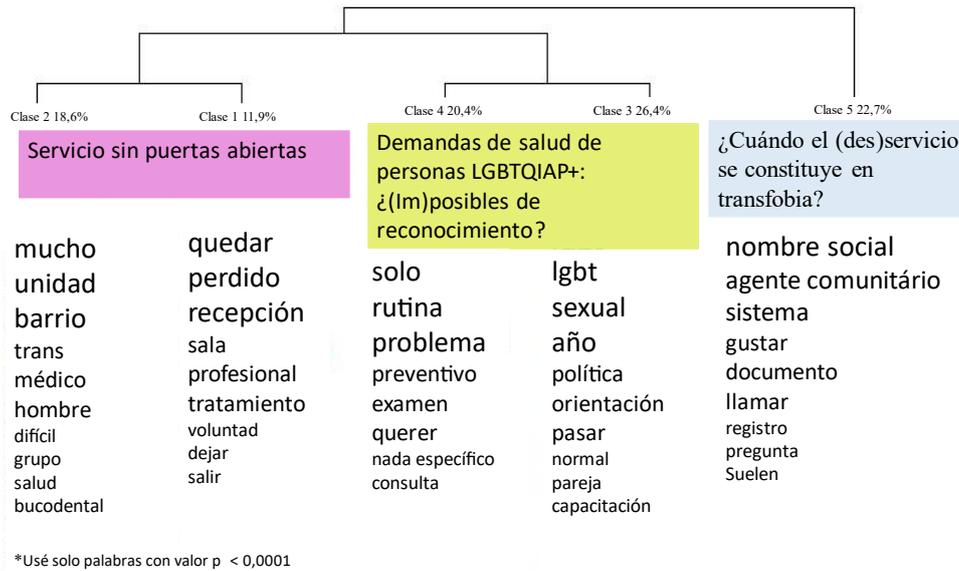
De los 12 profesionales participantes, diez se autodeclararon mujeres y dos se autodeclararon hombres; solo dos con edad superior a 50 años y los demás variando de 26 años a 45 años. En cuanto al color, diez profesionales se autodeclararon negros. Según los datos del IBGE<sup>10</sup>, el 53% de la población brasileña se autodeclara negra o parda.

En relación a la escolaridad, una persona poseía doctorado, dos tenían nivel técnico y nueve tenían bachillerato completo. Todas las participantes afirmaron tener vínculo laboral con empresas contratadas para la prestación de servicio junto al municipio. La mayoría de las entrevistadas profesaba la fe cristiana, siete de ellas eran evangélicas, tres católicas y dos respondieron no poseer religión. En el aspecto relativo a la orientación sexual, diez profesionales se declararon heterosexuales, una homosexual y una bisexual. Todos se autodeclararon cisgéneros. En cuanto al estado civil, siete personas eran solteras y cinco casadas. Como la mayoría se declaró heterosexual y todos eran cisgéneros, esto puede ser indicativo de que el cuidado prestado pueda seguir un patrón cis-heteronormativo.

Además, todos los entrevistados poseen vínculos empleatícios tradicionales, con contrato firmado.

El *software* trató los datos y presentó los siguientes resultados: 11.093 ocurrencias y 1.613 formas (unidad léxica); 179 palabras aparecieron solo una vez en todo el *corpus*; y, el porcentaje de aprovechamiento del *corpus* fue del 83,80%, superior al límite recomendado.

En la Figura 1 es posible visualizar las palabras que obtuvieron mayor frecuencia y p-valor igual o menor que  $p < 0,001$ . Esta representación gráfica está organizada en cinco clases y debe ser leída de izquierda a derecha. La clase 1 y 2 conforman la 1ª categoría; la clase 3 y 4 se juntan para configurar la 2ª categoría; y, la 3ª categoría es formada por la clase 5. Las tres categorías fueron nombradas a posteriori.



**Figura 1:** Denograma proporcionado por IRAMUTEQ con adaptaciones de las autoras. Feira de Santana, BA, Brasil, 2023.

### Servicios de puertas abiertas

En la categoría 1, titulada "Servicio sin puertas abiertas", los profesionales proporcionan una descripción clara de la organización del servicio y de los atendimientos disponibles para las demandas de las personas LGBTQIAP+. Además, destacan el interés de la población trans en frecuentar la ESF y buscar atención médica.

La Atención Básica es la ordenadora del cuidado y su papel es no excluir a ninguna persona que entre en el sistema de salud<sup>3</sup>. Los participantes de este estudio perciben a estas personas como parte de un grupo de difícil inserción en la unidad, lo que hace desafiante entender sus necesidades específicas.

Los hallazgos que compusieron la categoría 1 apuntan a la importancia de promover una mayor inclusión de las personas LGBTQIAP+ en los servicios de salud, buscando garantizar una asistencia acogedora, accesible y cualificada. En este sentido, en el contexto de la atención básica, el menú de servicios ofrecidos aún está regido por la cisnormatividad compulsiva, lo que puede hacer que estas personas necesiten 'ajustarse' a lo que está establecido para los atendimientos, en los cuales los profesionales no consideran sus singularidades y la complejidad de cada individuo<sup>11</sup>.

Por una mejor comprensión del cuidado en salud, de forma más amplia y con el objetivo de reducir el proceso de enfermedad y vulnerabilidad<sup>2</sup>, se percibe en este estudio la necesidad de un enfoque más sensible e inclusivo. Este enfoque debe reconocer las especificidades y necesidades de esta población, promoviendo una asistencia más adecuada y respetuosa. A partir del análisis de estas situaciones es posible identificar en el extracto los desafíos/oportunidades para mejorar la asistencia y garantizar el acogimiento adecuado a las personas LGBTQIAP+.

*A nosotros nos toca atender como si fuera otra persona cualquiera, porque ser trans o ser bisexual, sea lo que sea, la opción sexual de la persona, por mí, no influye en la cuestión de mi atención. Estoy para prestar mi servicio independiente de juicios. (P8, mujer, católica, 35 años, heterosexual)*

Las declaraciones de los profesionales, aunque enfatizan la neutralidad en la atención, revelan una posible resistencia hacia las personas disidentes de género y sexualidad y una visión limitada de existencia, reflejando una conformación social que considera solo una forma de identidad como la "normal" o "estándar". Esta perspectiva, basada en la cis-heteronorma, ignora la diversidad de orientaciones sexuales y desrespeta la autodeterminación en relación al género<sup>12</sup>.

Esta concepción es una construcción arraigada en el contexto patriarcal, que atribuye juicios de valor basados en las funcionalidades impuestas por la sociedad que pueden generar barreras/obstáculos para el acogimiento y la oferta de cuidados específicos a las necesidades de las personas LGBTQIAP+<sup>13</sup>. Así, al asumir que todos los usuarios son heterosexuales y cisgéneros, se corre el riesgo de negligenciar las demandas de esta población, reforzando estigmas y prejuicios que contribuyen al silenciamiento de la población LGBTQIAP+.

El acceso desigual a las políticas de salud refleja la realidad de vulnerabilidad social y programática enfrentada por las personas LGBTQIAP+. En este contexto, son visibles las barreras que dificultan el acceso, así como los prejuicios y los estigmas históricos enfrentados por esta población en los entornos de cuidados. Estas dificultades en el acceso

a los servicios de salud tienen orígenes diversos, incluyendo la falta de capacitación adecuada de los profesionales para manejar las especificidades de las demandas LGBTQIAP+<sup>13,14</sup>.

Se reconoce la importancia de proporcionar una asistencia de calidad, con un enfoque holístico, que considere todas las dimensiones del cuidado, con el objetivo de alcanzar mejores resultados y evitar transiciones perjudiciales<sup>15</sup>. Es fundamental comprender que el equipo de salud desempeña sus acciones insertadas directamente en los ambientes que pueden tanto facilitar como dificultar las transiciones personales, comunitarias, familiares o poblacionales. Además, es esencial que los profesionales estén sensibilizados/capacitados para tratar con las particularidades de las transiciones vividas por las personas, especialmente la población LGBTQIAP+<sup>16</sup>.

*Aún hay cierto rechazo, cierto prejuicio con respecto al equipo, no es que el equipo vaya a maltratar, pero aún se sorprenden, algunas personas no entienden de hecho cómo es que se procede con personas trans. (P5, mujer, sin religión, 28 años, heterosexual)*

*No hay ese tipo de problema gracias a Dios. Atendemos a todo el mundo, nadie dejó de ser atendido. (P10, mujer, católica, 42 años, heterosexual)*

La inseguridad de los usuarios permea desde la búsqueda y acceso a las unidades de salud hasta el momento de revelar cuestiones relacionadas con el campo de la sexualidad durante la anamnesis, con temor de que la atención no sea adecuada a sus necesidades. Además, el miedo, la discriminación y las violencias que pueden ser vivenciadas terminan por agravar el estado de salud, haciendo aún más difícil el acceso a los servicios y la búsqueda de cuidados preventivos y tratamientos<sup>17,18</sup>.

En este sentido, es esencial desarrollar estrategias que tengan en cuenta las particularidades de cada individuo, especialmente al tratar cuestiones de salud. Al adoptar un enfoque sensible, se hace posible establecer una relación de cuidado que respeta las diferencias y promueve el bienestar y la dignidad de cada persona<sup>3</sup>.

### **Demandas de Salud de Personas LGBTQIAP+: ¿(Im)posibles de Reconocimiento?**

La categoría 2, "Demandas de Salud de Personas LGBTQIAP+: ¿(Im)posibles de Reconocimiento?", corresponde a las clases 3 y 4. Los profesionales de salud presentan la idea de igualdad en la atención, creyendo que este enfoque es adecuado para todos los usuarios. Sin embargo, al adoptar un enfoque generalista, sin tener en cuenta las especificidades de los grupos poblacionales, terminan violando el principio de equidad del SUS.

Aunque algunos profesionales mencionan la importancia de la atención individualizada, en la práctica, la disponibilidad de agenda para consultas y exámenes se realiza de manera igualitaria para la población en general, sin considerar las necesidades específicas de las personas LGBTQIAP+. Esta falta de sensibilidad o capacitación para atender adecuadamente a esta población termina creando barreras y dificultades para el acceso a estos servicios<sup>17</sup>.

La falta de contacto y conocimiento incipiente sobre la PNASLGBT+ conduce a procesos de enfermedad y vulnerabilidad de esta población. La escasez de profesionales capacitados para manejar las especificidades de las personas LGBTQIAP+ resulta en una asistencia descalificada y carente de un acogimiento adecuado. La ausencia de políticas públicas y directrices claras para la promoción de la salud contribuye a la invisibilidad de sus necesidades y dificulta el acceso a servicios de salud<sup>18</sup>. Las declaraciones destacan la falta de conocimiento y capacitación en relación a la PNASLGBT, ya que afirman no haber tenido acceso a información sobre esta en sus espacios de formación profesional, lo que sugiere un vacío en la preparación de los profesionales de salud.

*No conozco la Política Nacional LGBT, no la vi en ningún espacio de formación ni en la red he recibido capacitación. (P1, mujer, evangélica, 55 años, heterosexual)*

En algunas situaciones, es común que atribuyan a otra causa, además del propio interés o falta de él, como forma de evitar la responsabilización por sus acciones. Esto puede ocurrir siguiendo un discurso políticamente correcto, desviando la atención de su propia responsabilidad y atribuyéndola a terceros, como otros profesionales o incluso a la propia población.

Este comportamiento puede ser perjudicial, pues, al no asumir la responsabilidad por sus acciones, los profesionales pueden perpetuar prácticas inadecuadas y no contribuir a la mejora de los servicios de salud. Es fundamental el reconocimiento de limitaciones y la búsqueda de capacitación, con el fin de ofrecer una atención más adecuada y sensible a las necesidades de los usuarios.

Hay necesidad de que las políticas públicas y los documentos normativos sean efectivamente implementados mediante acciones de sensibilización, capacitación y educación para los profesionales de salud, con el objetivo de promover una asistencia más humanizada, inclusiva y libre de prejuicios para la población LGBTQIAP+.

Para la promoción de espacios con diálogo y reflexión sobre las prácticas de salud, de manera que se incentive la autoevaluación de los profesionales y el perfeccionamiento constante de sus habilidades y competencias. De esta forma, será posible superar las insuficiencias y desafíos de las transiciones, garantizando la humanización de la asistencia para toda la población<sup>18</sup>.

*Entiendo las especificidades de este cuidado [...] Creo que falta esa cuestión de educación en salud para que estas personas entiendan que, aunque se comporten o les guste ser de una manera, necesitan cuidar su salud en general. (P5, mujer, sin religión, 28 años, heterosexual)*

### Quando el (des)servicio se constituye en transfobia?

La tercera categoría, titulada "¿Cuándo el (des)servicio se constituye en transfobia?", refuerza las constataciones de las dos categorías anteriores al evidenciar que los profesionales de salud no están adecuadamente preparados para manejar los derechos conquistados por la población LGBTQIAP+. La falta de preparación se vuelve contradictoria, ya que los profesionales reconocen las necesidades de estas personas, pero las atribuyen al sistema de salud y responsabilizan a los agentes comunitarios de salud.

Estos profesionales, que tienen la responsabilidad de registrar a las personas en los servicios de salud, son señalados como responsables de la no inclusión del nombre social en el momento del registro. Esto resulta en que el nombre social no sea reconocido ni modificado posteriormente en los documentos del usuario, creando una situación de irrespeto y violencia, ya que estas personas continúan siendo llamadas por su nombre civil.

La regulación del decreto nº 8.727 de 2016<sup>19</sup>, que asegura la inclusión del campo destinado al nombre social en los documentos de atención en el SUS, permite que las personas usen el nombre de preferencia, independientemente del registro civil. Este decreto representa un hito en la promoción e inclusión de estas personas en el contexto de la salud, garantizando que sean acogidas y respetadas en sus identidades de género.

Ignorar esto revela la transfobia presente en la atención de salud, pues la no inclusión del nombre social contribuye a perpetuar la violencia y la discriminación<sup>14</sup>. Además, la exigencia de documentación rectificadora para realizar el cambio en el registro es otra barrera burocrática que dificulta el acceso a una atención adecuada y respetuosa, ya que no todas las personas tienen los mismos intereses y/o recursos disponibles. El uso del nombre social en el SUS está garantizado por la Portaria 1820 del Ministerio de Salud desde 2009<sup>20</sup>.

Las declaraciones subrayan la urgente necesidad de sensibilización, capacitación y formación de los profesionales de salud, así como la implementación de políticas y prácticas que garanticen el respeto a los derechos y la dignidad de las personas LGBTQIAP+. Solo con acciones efectivas e inclusivas será posible superar la transfobia y promover una atención sanitaria verdaderamente igualitaria y acogedora para esta población.

*Solo si tiene el documento porque el sistema exige el documento para hacer el registro, no puede editar y colocar porque el sistema no da esa posibilidad para nosotros. (P8, mujer, evangélica, 35 años, heterosexual)*

*Como está aquí en el registro no hay cómo cambiar en el registro, por ejemplo el nombre social lo llamas João, ves a una persona con vestido y todo y no hay cómo cambiar. (P3, mujer, evangélica, 26 años, bisexual)*

Esta aproximación se dirige al sistema binario, donde género y sexo son considerados desde una perspectiva lineal, como las únicas formas de ser y existir, excluyendo así a aquellas personas que no se identifican con las definiciones impuestas a sus existencias. Esta visión restringida y excluyente termina por negligenciar y marginar a las personas disidentes de género, ignorando la existencia de individuos que no corresponden a la heteronorma impuesta por el (cis)sistema.

*Hasta ahora no ha surgido ninguna demanda diferente para esta población. También he atendido a una persona que es hermafrodita y usa el nombre social que es vulgo Marta [nombre ficticio], incluso aunque se vista del sexo masculino, entonces respeté su voluntad, si ella estuviera registrada como Marta y quisiera usar un nombre masculino entonces la llamaría por el nombre masculino. (P8, mujer, evangélica, 35 años, heterosexual)*

Esta perspectiva binaria y limitada impone una división rígida entre hombres y mujeres, ignorando las diversas existencias más allá de esta dicotomía. Al perpetuar esta visión, los servicios de salud pueden fallar en reconocer y respetar la autodeterminación respecto al género, dificultando el acceso a una asistencia inclusiva<sup>21</sup>. Es fundamental reconocer la existencia de personas no binarias o que no se 'ajustan' a las (cis)normas impuestas. Esto implica garantizar acceso a información sobre cuestiones de género.

*Sabemos que tenemos que llamar por el nombre como la persona quiere. No es lo que queremos, ni lo que está en el registro. Entonces, de todo eso ya tenemos conocimiento y atendemos de esa manera. (P1, mujer, evangélica, 55 años, heterosexual)*

Los resultados obtenidos a partir de los análisis de las categorías expresan la no utilización de los principios del SUS frente a las personas LGBTQIAP+, enfatizando la asistencia desigual y la problemática en los discursos al no percibir las violencias perpetradas en sus atenciones, la ausencia de especificidades ante la asistencia que se presta de forma insuficiente, además de la negación de las barreras en el acceso y permanencia de estas personas en las unidades de salud<sup>22,23</sup>.

## Limitaciones del estudio

Dado que se trata de investigaciones de enfoque cualitativo con datos locorregionales, no es posible la generalización de los datos. La aplicación para la investigación y la práctica de cuidados en salud se deriva de los aspectos presentados al posibilitar la reflexión sobre la asistencia frente a las especificidades de demandas de cuidado a este grupo poblacional. Las limitaciones de este estudio están en el número de entrevistados, por lo tanto, se deben realizar estudios futuros.

## CONSIDERACIONES FINALES

Las participantes presentan dificultades para comprender que la violencia es la principal causa de (des)cuidado. Percibirlo forma parte de un proceso de (re)construcción necesario para la práctica del cuidar en la asistencia a las personas LGBTQIAP+.

Fue perceptible el uso de estrategias para desvincularse de la responsabilización de este (des)cuidado al revelar una asistencia centrada en el modelo biomédico en contraposición a los principios del SUS que preconiza un modelo basado en el vínculo, la integralidad y el cuidado humanizado.

El alejamiento de las personas LGBTQIAP+ de las UBS está vinculado a la falta de cuidado integral, la invisibilización y enfoques discriminatorios que las alejan de la promoción en salud. Pues los discursos/actos velados terminan repercutiendo en agravios de salud que las llevan a buscar los servicios de emergencia, convirtiéndose en 'puerta de entrada' y caracterizando la asistencia prestada como desigual y sin equidad.

## REFERENCES

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://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvmsms.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://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvmsms.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 Derechos 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](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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](https://bvsm.s.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, Manganeli 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/S0103-7331202320207>.

#### Contribuciones de los autores

Concepción, B.A.S.O., C.S.S.S., C.P., H.M.C. y S.L.S.; Metodología, B.A.S.O., C.S.S.S. y C.P.; Software, C.S.S.S.; Validación, C.S.S.S. y C.P.; Análisis Formal, B.A.S.O., C.S.S.S. y C.P.; Investigación, B.A.S.O.; Curaduría de Datos, B.A.S.O. y C.S.S.S.; Redacción – Original Preparación de Borradores, B.A.S.O., C.S.S.S. y C.P.; Redacción – Revisión y Edición, B.A.S.O., C.S.S.S., C.P., H.M.C. y S.L.S.; Supervisión, C.S.S.S. y C.C.P.; Administración del Proyecto: C.S.S.S. y C.C.P. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.