

Barreiras no acesso à Atenção Básica pela população LGBTQIA+: uma revisão integrativa

Barriers to access to Primary Care for the LGBTQIA+ population: an integrative review

Barreras de acceso a la Atención Primaria para la población LGBTQIA+: una revisión integradora

Luan Moraes Ferreira¹ , Gisela Gomes Batista¹ , Leoneide Érica Maduro Bouillet¹ 

¹Universidade do Estado do Pará – Santarém (PA), Brasil.

Resumo

Introdução: A população LGBT constitui um grupo cujo acesso à saúde é historicamente limitado e ainda hoje é atravessado por questões complexas que envolvem desde a formação dos profissionais de saúde à própria estrutura organizacional do sistema assistencial. Apesar disso, a literatura científica acerca dos entraves que estes indivíduos enfrentam na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada e coordenadora do cuidado, é particularmente escassa. **Objetivo:** Caracterizar as barreiras envolvidas no acesso da população LGBTQIA+ à APS. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de estudos científicos selecionados nas plataformas de busca PubMed e Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo utilizados como descritores de busca os termos Minorias Sexuais e de Gênero, LGBTQIA+, APS e Acesso aos Serviços de Saúde. Foram incluídos artigos completos sem restrição de período nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram excluídos textos do tipo: revisão bibliográfica; editorial; protocolos de estudo; opinião de especialistas e relato de experiência. **Resultados:** Foram selecionados 14 artigos, sendo seus conteúdos atribuídos a três eixos de discussão: barreiras físicas/organizacionais, barreiras sociais e barreiras relacionadas à educação/formação dos profissionais da saúde. **Conclusões:** É essencial expandir as discussões sociais acerca da temática de diversidade sexual e de gênero de modo a desconstruir os preconceitos instituídos; ademais, faz-se fundamental a revisão da estrutura física e organizacional — bem como da formação dos profissionais da saúde — para criar um ambiente assistencial inclusivo na atenção básica à população LGBTQIA+.

Palavras-chave: Minorias sexuais e de gênero; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

Autor correspondente:

Luan Moraes Ferreira

E-mail: moraesferreirluan@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 27/11/2022.

Aprovado em: 17/06/2024.

Como citar: Ferreira LM, Batista GG, Bouillet LEM. Barreiras no acesso à Atenção Básica pela população LGBTQIA+: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3594. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3594](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3594)



Abstract

Introduction: The LGBT population is a group whose access to health care has historically been limited and is still crossed by complex issues ranging from the training of health professionals to the very organisational structure of the care system. Despite this, the scientific literature on the obstacles faced by these individuals in Primary Health Care, the gateway and coordinator of care, is particularly scarce.

Objective: To characterize the barriers involved in the access of the LGBTQIA+ population to primary care. **Methods:** This is an integrative review of scientific studies selected from the PubMed and Virtual Health Library (VHL) Regional Portal search platforms, using as search descriptors the terms Sexual and Gender Minorities, LGBTQIA+, Primary Health Care, Health Services Accessibility. Complete articles were included without time restriction, in English, Portuguese and Spanish. Texts such as: literature reviews; editorials; study protocols; expert opinions and experience reports were excluded. **Results:** The review was composed by the selection of 14 studies, and their contents were assigned to three axes of discussion: physical/organizational barriers, social barriers, barriers related to education/training of health professionals. **Conclusions:** It is essential to expand the social discussions about the theme of sexual and gender diversity to deconstruct the established prejudices, moreover, it is essential to review the physical and organizational structure — as well as the training of health professionals — to create an inclusive care environment.

Keywords: Sexual and gender minorities; Primary Health Care; Health services accessibility.

Resumen

Introducción: La población LGTB es un colectivo cuyo acceso a la atención sanitaria ha estado históricamente limitado y sigue atravesado por complejas cuestiones que van desde la formación de los profesionales sanitarios hasta la propia estructura organizativa del sistema asistencial. A pesar de ello, la literatura científica sobre los obstáculos a los que se enfrentan estas personas en la Atención Primaria de Salud, puerta de entrada y coordinadora de la atención, es especialmente escasa. **Objetivo:** Caracterizar las barreras que supone el acceso de la población LGBT a la atención primaria. **Métodos:** Se trata de una revisión integradora de estudios científicos seleccionados de las plataformas de búsqueda PubMed y Portal Regional de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), utilizando como descriptores de búsqueda los términos Minorías Sexuales y de Género, LGBT, Atención Primaria de Salud, Accesibilidad a los Servicios de Salud. Se incluyeron artículos completos sin restricción de período, en inglés, portugués y español. Se excluyeron textos como revisiones bibliográficas, editoriales, protocolos de estudio, opiniones de expertos e informes de experiencias. **Resultados:** El corpus final de artículos se compuso de la selección de 14 artículos, y sus contenidos se asignaron a tres ejes de discusión: barreras físicas/organizativas, barreras sociales, barreras relacionadas con la educación/formación de los profesionales sanitarios. **Conclusiones:** Es esencial ampliar las discusiones sociales sobre el tema de la diversidad sexual y de género de manera que se deconstruyan los prejuicios institucionales, además, se hace fundamental la revisión de la estructura física y organizacional — así como la formación de los profesionales de la salud — para crear un ambiente asistencial inclusivo.

Palabras clave: Minorías sexuales y de género; Atención Primaria de Salud, Accesibilidad a los servicios de salud.

INTRODUÇÃO

Os modelos de atenção à saúde apresentam um grande histórico de transformação de acordo com o desenvolvimento das sociedades. Diante da transição epidemiológica com crescimento forte de condições crônicas ocorridas no Brasil e diversos países em desenvolvimento, o cuidado e a atenção à saúde precisaram ser repensados de maneira drástica. Tais modelos eram, e ainda são, em algumas instâncias e lugares, fragmentados, reativos e episódicos. A APS e a integração dos serviços de atendimento nasceram no contexto da tentativa de acompanhar essa importante transição. A Organização Mundial da Saúde define a APS como nível primário de atendimento e porta de entrada ao sistema de saúde e a seus outros níveis.¹ Ademais, no Brasil, ela se configura como um componente essencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que busca integrar os níveis de assistência — a RAS tem ainda como outros importantes componentes a população e a própria estrutura operacional.² Nesse contexto, é indispensável pensar: quais populações o serviço de saúde pretende atender? Cada população tem suas próprias necessidades, fatores individuais e coletivos que influenciam em seu processo saúde-doença, além de outros componentes que perpassam seu acesso ao sistema de saúde.

No passado, o sistema de saúde nacional era pautado por políticas discriminatórias contra as expressões de sexualidade e identidade de gênero fora dos padrões heterossexuais e cisnormativos. Essas políticas tratavam [...], por exemplo, como doenças passíveis de tratamento psiquiátrico, o que levou diversos indivíduos à internação compulsória e a consequentes danos físicos e psicológicos. Por muito tempo, a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Queers, Intersexuais e Assexuais (LGBTQIA+) não teve suas reais necessidades percebidas e atendidas de maneira adequada pelo sistema de saúde.

Atualmente, contudo, [...] a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) é uma importante ferramenta de inclusão e de revisão das práticas anteriormente adotadas nos serviços de saúde em torno da população LGBTQIA+. Ainda assim, a implementação efetiva da PNSILGBT é limitada e encontra dificuldades de aceitação e divulgação devido a concepções discriminatórias muitas vezes imbricadas nos profissionais da saúde e na própria estrutura e organização da rede assistencial. Tais concepções atuam como fatores limitantes à saúde e como promotoras de adoecimento.^{2,3}

Percebe-se que grande parte da literatura científica que aborda a relação da população LGBTQIA+ com o sistema de saúde procura descrever as experiências dos usuários e servidores, principalmente através de relatos, e analisar recortes específicos dentro da população em estudo. Gomes e Junior,⁴ por exemplo, abordam a experiência de médicos da família no atendimento à população LGBTQIA+ e concluem que falta conhecimento das especificidades dessa população por parte dos profissionais. O crescimento na área da pesquisa por essa temática é de grande contribuição, principalmente quando lidamos com uma parcela da população tão marginalizada. No entanto, ainda são poucos os estudos que focalizam a APS ou que procurem descrever, de maneira mais enfática, como se dá atualmente o acesso da população LGBTQIA+ à atenção básica.⁴

Nesse contexto, o presente trabalho aborda o acesso ao serviço da APS pela população LGBTQIA+. Nesse sentido, o trabalho tem dois objetivos: i. compreender as barreiras que dificultam o acesso dessa população ao nível primário de assistência à saúde, sejam elas de caráter físico e/ou estrutural; e ii. verificar quais aspectos estão envolvidos nesse processo de modo a contribuir — para o desenvolvimento de uma perspectiva integral acerca da saúde individual e da saúde coletiva.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Este trabalho consiste em uma revisão integrativa e classifica-se como de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Tal método de pesquisa foi escolhido porque permite fazer a síntese de estudos já publicados, bem como identificar possíveis lacunas sobre a temática selecionada e orientar novas pesquisas na área. Para a elaboração da revisão, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: quais as principais barreiras envolvidas no acesso da população LGBTQIA+ à APS?

Coleta de dados

A coleta de dados foi feita no período de dezembro de 2021 a fevereiro de 2022, enquanto a seleção e a análise dos dados foram feitas em março de 2022. Buscaram-se artigos científicos nos

portais PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incluem as bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os critérios de inclusão foram: artigos científicos disponíveis de maneira integral online, nos idiomas português, inglês e espanhol que estejam de acordo com o tema proposto. Foram excluídos artigos cujo delineamento metodológico fosse revisão bibliográfica; editorial; protocolos de estudo; opinião de especialistas e relato de experiência.

Os descritores foram obtidos a partir dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH), sendo eles: Minorias Sexuais e de Gênero; LGBTQIA+; APS e Acesso aos Serviços de Saúde. A organização da estratégia de busca utilizou os operadores booleanos OR e AND, tendo como resultado para a busca na BVS: ((“Minorias Sexuais e de Gênero” OR “LGBT”)) AND ((“APS” OR “Atenção Básica”)) AND ((“Acesso aos Serviços de Saúde” OR “Acessibilidade aos Serviços de Saúde”). Para PubMed, a estratégia de busca utilizada foi feita a partir dos termos equivalentes no idioma inglês: (((“Sexual and Gender Minorities”[Mesh]) OR “LGBT”) AND “Primary Health Care”[Mesh]) AND “Health Services Accessibility”[Mesh].

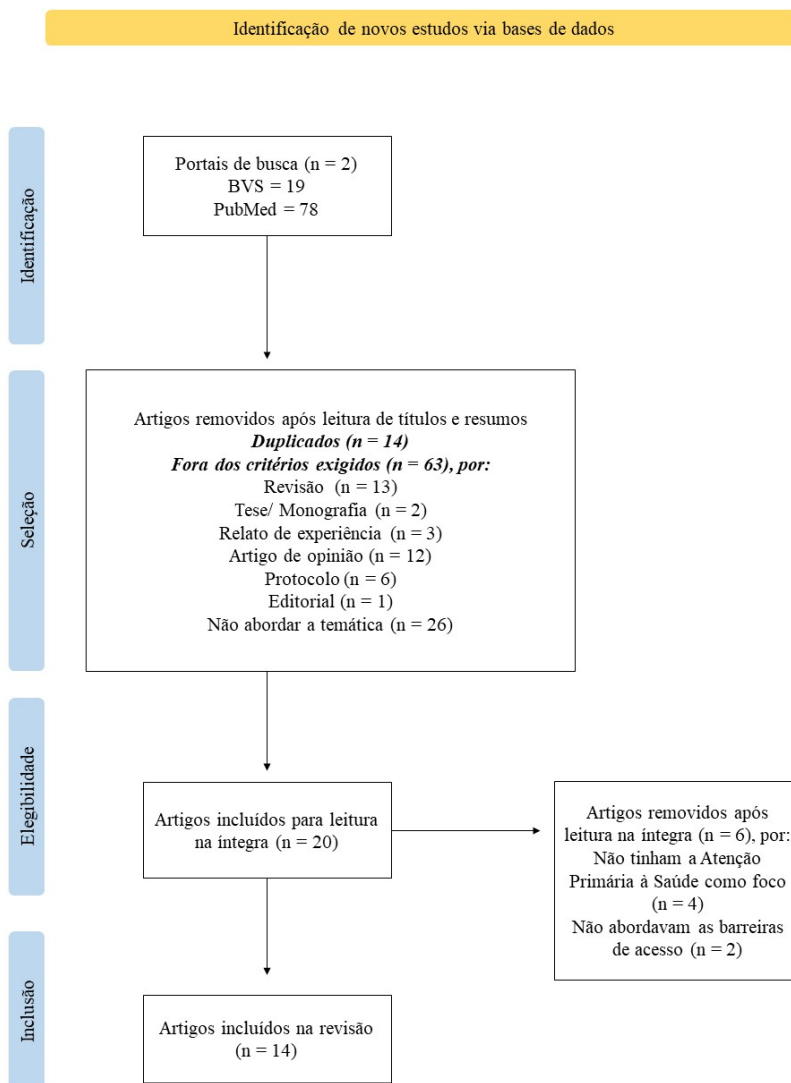


Figura 1. Fluxograma PRISMA de seleção dos artigos.

Os artigos selecionados de acordo com o fluxograma PRISMA (Figura 1) foram sintetizados através de instrumento de coleta de dados com título do artigo, ano de publicação, autor e principais achados conforme Quadro 1.

A partir dos dados sintetizados no Quadro 1, foi possível articular os objetivos, as metodologias e os resultados dos artigos selecionados. Nesse sentido, foi realizada uma análise temática conforme as seis etapas propostas por Braun e Clarke (inserir ano): familiarização com os dados, gerando códigos iniciais, buscando temas, revisando temas, definindo e nomeando temas, produzindo o relatório) na qual foram selecionados os eixos de discussão relevantes para a problemática desta revisão.⁵ Ao final, foram organizados 3 eixos temáticos, sendo eles: barreiras físicas/organizacionais, barreiras sociais e barreiras relacionadas à educação/formação dos profissionais da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Barreiras físicas/organizacionais

Dentro da caracterização do acesso à saúde, as barreiras, sejam elas estruturais, organizacionais ou relacionadas à infraestrutura, impactam diretamente na qualidade do serviço oferecido à população. Ao analisar o acesso à atenção primária pela população LGBTQIA+, ele se torna ainda mais impactante quando se considera que grande parte das barreiras físicas de destaque se revelam como materialização do preconceito vivido fora e dentro dos ambientes de saúde.

Quadro 1. Distribuição dos artigos conforme título, autores, anos de publicação, periódico, base dados e principais achados.

Título	Autores e ano de publicação	Tipo de estudo	Principal achado
Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil	Guimarães et al. (2020) ⁶	Descritivo, exploratório e qualitativo	Há conhecimento limitado sobre a população LGBT e sobre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) por parte dos profissionais, o que limita o acesso à saúde por essa população
<i>Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults</i>	Vermeir et al. (2017) ⁷	Descritivo, exploratório e qualitativo	Adultos trans, em geral, se sentem discriminados e excluídos em serviços de APS por devido a barreiras físicas e socioambientais e a pouco conhecimento dos profissionais da saúde
Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde	Ferreira et al. (2018) ⁸	Descritivo, exploratório e qualitativo	Os atendimentos em saúde são, em geral, estruturados segundo a lógica heterossexual e cisgênero, excluindo pacientes LGBT
<i>Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal</i>	Cele et al. (2015) ⁹	Descritivo, exploratório e qualitativo	Os profissionais da saúde têm pouco conhecimento sobre a homossexualidade, com a influência de concepções culturais e religiosas no atendimento a homossexuais
<i>Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada</i>	Gahagan e Subirina-Malaret (2018) ¹⁰	Descritivo, quantitativo e transversal	Médicos e pacientes apresentam concepções diferentes acerca dos principais tópicos relacionados a sua saúde

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Título	Autores e ano de publicação	Tipo de estudo	Principal achado
<i>Lesbians women's access to healthcare, experiences with expectations towards GPs in German primary care</i>	Hirsch et al. (2016) ¹¹	Descritivo, quantitativo e transversal	Mulheres lésbicas relatam baixo conhecimento dos profissionais sobre temas ligados à lesbianidade, bem como preconceito e discriminação
<i>Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBT populations</i>	Whitehead et al. (2016) ¹²	Descritivo, quantitativo e transversal	Pessoas trans tem menor acesso à saúde e geralmente precisam viajar por mais tempo para alcançar centros de saúde
<i>Primary care access and foregone care: a survey of transgender adolescents and young adults</i>	Clark et al. (2017) ¹³	Descritivo, exploratório e qualitativo	Os pacientes relatam se sentirem mais confortáveis para abordar temas ligados à sexualidade e à identidade de gênero com médicos de família e com comunidade
Primary care clinician's willingness to care for transgender patients	Shires et al. (2018) ¹⁴	Descritivo, quantitativo e transversal	A transfobia é apontada como um importante fator limitante da disposição de médicos da APS para ofertar cuidado às pessoas trans Atendimentos de saúde tendem a ser padronizados conforme protocolos heterossexuais e...
Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais	Oliveira et al. (2018) ¹⁵	Descritivo, exploratório e qualitativo	Há tendência à padronização dos atendimentos de acordo com protocolos heterossexuais, assim como baixa competência cultural em temas LGBTQIA+
<i>Stigma, gender affirmation, and primary healthcare use among black transgender youth</i>	Goldenberg et al. (2019) ¹⁶	Descritivo, quantitativo e transversal	A ausência de políticas afirmativas de gênero foi correlacionada à limitação do acesso aos serviços de saúde
<i>Transgender and gender nonconforming patient experiences at a family medicine clinic</i>	Hinrichs et al. (2017) ¹⁷	Descritivo, exploratório e qualitativo	O cuidado de qualidade para com as pessoas trans envolve respeito à autoidentificação e foco na saúde da pessoa como um todo, não apenas em temas relacionados à diversidade de gênero, como terapias para a transição
<i>Transphobia rather than education predicts provider knowledge of transgender health care</i>	Stroumsa et al. (2019) ¹⁸	Descritivo, quantitativo e transversal	A transfobia é o principal fator que limita o conhecimento dos profissionais da saúde sobre o cuidado à população transgênero
<i>Health care access among transgender and nonbinary people in Canada, 2019: a cross-sectional survey</i>	Scheim et al. (2021) ¹⁹	Descritivo, quantitativo e transversal.	O tempo de espera para o acesso a serviços de saúde e à APS atua como uma barreira significativa para indivíduos trans e não binários

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Dentre as principais limitações nesse contexto, são destacadas de maneira geral a invisibilização da existência dessas pessoas nos ambientes físicos marcada, por exemplo, pela falta de banheiros neutros e ambientes com privacidade básica.⁷ Vale ressaltar que a ausência de elementos básicos como esses revela disparidade de acessibilidade entre a população cisgênero heterossexual e a população LGBTQIA+, especialmente no que tange à população trans, cuja necessidade de escolher entre um banheiro feminino ou masculino e precisar se trocar na frente de outras pessoas pode gerar grande ansiedade e afastamento social. A estruturação de um ambiente receptivo e seguro à comunidade LGBTQIA+ através de estratégias

de baixo custo, como a instalação de bandeiras e cartazes, foi revelado como um fator favorecedor da procura ao cuidado em saúde.⁷

Ainda com relação à população trans, é inconcebível discutir barreiras físicas que limitem o acesso dessa parcela de pessoas à atenção primária ou qualquer serviço de saúde sem citar o uso do nome social. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais já prevê que um de seus objetivos é o uso do nome social nos prontuários médicos e atendimentos desde 2013.²⁰ No entanto, a realidade do atendimento, incluindo a atenção primária, não se configura dessa forma em grande parte das vezes. O uso do nome social funciona como principal porta de entrada para a população trans aos serviços de saúde, e a -não inclusão de tal nome nos formulários quebra a relação médico-paciente de maneira bastante precoce.^{6,8} Inclusive, em um estudo realizado na Nova Escócia (Canadá), prontuários médicos binários foram identificados como importantes barreiras físicas para o atendimento dessa população.⁷

Outra barreira apontada pelos estudos envolvendo pacientes trans foi a atual tendência de o atendimento a tais pacientes se concentrar em ambientes de especialidade — a exemplo dos ambulatórios voltados à transição de gênero —, fato que os exclui da APS.^{6,8,18} Embora a criação de ambientes especializados seja uma grande conquista em termos de oferecimento de consultas e serviços de maior complexidade — os quais se relacionam principalmente a questões específicas como transição e hormonização —, a concentração do atendimento a pacientes trans nesses ambientes os retira da APS e, conseqüentemente, dificulta o acesso deles a um acolhimento capaz de integrar os diversos aspectos de seu processo saúde-doença e de realizar um acompanhamento próximo e longitudinal.⁸

A falta de instrumentos adequados para coletas de dados sobre indicadores de saúde da população LGBTQIA+ no Brasil também se manifesta como considerável barreira estrutural/organizacional.⁶ A falta desses indicadores impede a prestação de serviço adequado, além de estratégias específicas, identificação de fatores/situações de vulnerabilidade e agravos importantes.⁶ É como se as questões de saúde dessa população fossem desprezíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS), o que, contudo, contradiz os próprios princípios desse sistema. Ele prevê, pelo menos em princípio, que o acesso à saúde é universal, equitativo e integral. Outro fator relatado como dificultador foi a própria região de atendimento, haja vista que regiões rurais por vezes são mais marcadas por preconceito contra a população LGBTQIA+.¹² Além do preconceito, o fato de essas regiões serem menos habitadas, favorece a chance de os profissionais de saúde fazerem parte do convívio social desses pacientes, o que pode interferir diretamente no receio de eles revelarem sua sexualidade durante as consultas e sofrer algum tipo de represália.^{7,12} Assim, a parcela da população LGBTQIA+ que habita regiões rurais pode encontrar, em seu próprio espaço físico de moradia, um fator de barreira aos serviços básicos de saúde. O deslocamento para onde se localizam os serviços de ponta, aliado aos grandes tempos de espera e custos envolvidos, parece atuar de maneira conjunta para que esse acesso seja ainda mais difícil.^{13,19}

Barreiras sociais

O acesso da população LGBTQIA+ à APS é atravessado e limitado por preconceitos historicamente construídos, consolidados e propagados em uma sociedade marcada pelo conservadorismo e pela estigmatização de vivências de gênero e sexualidade que transgridem o padrão cisgênero heterossexual. Diante disso, observa-se que muitas vezes os atendimentos de saúde são estruturados conforme uma cosmovisão segregadora e incapaz de compreender as particularidades do processo saúde-doença das minorias sexuais

e de gênero, tentando encaixá-las em modelos teóricos voltados à população cisgênero heterossexual.¹⁰ Concomitantemente, vê-se uma exotificação de corpos e existências acompanhada pelo reducionismo das necessidades de saúde LGBTQIA+ a temas ligados a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e ao processo transsexualizador, negligenciando, assim, temas basilares da APS como as que se elencam a seguir: prevenção e cuidado de — doenças crônicas não transmissíveis, cuidado pré-natal e assistência à saúde mental.¹⁵ Dessa forma, ressaltam a importância da superação e da desconstrução de preconceitos para a organização de uma rede de cuidado LGBTQIA+ que atue no acolhimento da pessoa como um todo, não invisibilizando suas nuances e necessidades particulares ou operando com base em estereótipos.^{8,10,17}

A comunidade LGBTQIA+ é submetida cotidianamente a um *continuum* de preconceito que inclui desde manifestações sutis de discriminação até casos de violência física extrema, de modo que muitos indivíduos relatam episódios traumáticos e experiências negativas associados aos ambientes de APS — as quais levam a uma relutância na procura desses serviços, afastando essa população da porta de entrada do SUS.⁷ Em paralelo, a constante exposição ao preconceito nos serviços de saúde faz com que muitos indivíduos LGBTQIA+ desenvolvam uma estigmatização interna que, aliada a um forte sentimento de culpa, leva à normalização de atendimentos inadequados e de comportamentos excludentes por parte dos profissionais da saúde.^{7,12}

O medo de novos episódios de preconceito prejudica a relação médico-paciente. Inclusive, há relatos de desconforto em falar abertamente a respeito de temas ligados à orientação sexual e à identidade de gênero com profissionais médicos — fato associado a uma menor frequência de consultas médicas, bem como a piores indicadores de saúde geral e mental.^{6,10} Todavia, é válido ressaltar que médicos de família e comunidade são, em geral, vistos como mais receptivos à população LGBTQIA+ e também considerados como mais capazes de ofertar um cuidado compreensivo, tolerante e integral, o que reforça o papel fundamental desses profissionais na expansão do acesso à APS para indivíduos que não se enquadram no padrão cisgênero heterossexual.^{13,11}

É importante observar que, embora a violência perpassasse a sociedade como um todo, os diversos grupos que integram o acrônimo LGBTQIA+ são atingidos por diferentes manifestações e intensidades de preconceito, com casos mais graves e violentos recaindo sobre indivíduos não brancos que mais divergem do padrão cisgênero heterossexual e com menor passabilidade.¹⁵

Nesse sentido, pessoas trans e não binárias são, em geral, os principais alvos de ações discriminatórias, com relatos frequentes de uso inadequado de pronomes, utilização proposital do nome-morto e associação de sua identidade de gênero à “confusão” ou a traumas pregressos. Acrescenta-se que profissionais da saúde transfóbicos frequentemente estão menos dispostos a oferecer um cuidado atencioso às referidas pessoas população, havendo, inclusive, relatos de recusa de atendimento.^{21,14}

Homens gays, por sua vez, percebem passar por um processo ambíguo no âmbito do atendimento referente à APS. Isso porque, embora nos últimos anos tenham ocorrido diversos avanços em termos de direitos sociais e de desconstrução de preconceitos, tais avanços parecem estar profundamente atrelados à figura do chamado “gay contido”, branco e de elevado poder aquisitivo, enquanto gays pretos, pobres e/ou tidos como afeminados permanecem marginalizados e expostos a violências graves no contexto da APS.⁸ Os principais relatos de preconceito a essa população incluem: discriminação baseada na aparência e no modo de vestir; rejeição e ameaças dirigidas por outros pacientes nas salas de espera; influência de concepções culturais e religiosas no direcionamento dos atendimentos médicos; e envolvimento pessoal inadequado dos profissionais da saúde durante as consultas, culminando em assédio moral e sexual.^{15,9}

No que tange ao grupo das mulheres lésbicas, observa-se que parte dos profissionais da APS estrutura seus atendimentos segundo concepções machistas e heterocentradas, as quais consideram que o sexo feminino é ligado constantemente à maternidade e que a lesbianidade se associa à promiscuidade e se categoriza como

comportamento de risco para IST.¹¹ Como consequência, muitas lésbicas apresentam ansiedade e desconforto relacionados ao medo de discriminação nos serviços de saúde, os quais deveriam atuar com receptividade e acolhimento. Além do mais, mesmo em países de grande acessibilidade à APS, como é o caso da Alemanha, nota-se que uma parcela significativa das pacientes (60%) opta por não informar ao médico sua orientação sexual por medo dos impactos negativos que essa revelação pode ter na relação médico-paciente.^{15,11}

A população bissexual é notadamente submetida à invalidação de sua sexualidade. A bissexualidade é comumente atribuída à indecisão ou à libertinagem e é muitas vezes renegada ao esquecimento mesmo em ambientes receptivos à população LGBTQIA+. A presente revisão não encontrou na literatura científica analisada estudos direcionados a identificar e/ou descrever barreiras de acesso dos bissexuais à APS. Tal carência reforça a invisibilização recorrente a que esse grupo é sistematicamente submetido.²²

Barreiras relacionadas à educação/formação dos profissionais da saúde

Observa-se que parte da falta de capacitação dos profissionais da saúde no que tange a temas ligados ao atendimento integral às minorias sexuais e de gênero deriva da existência de uma abordagem não sistematizada da saúde LGBTQIA+ nos ambientes de ensino, o que leva ao agravamento e à perpetuação de preconceitos históricos.⁶ A temática, já raramente abordada, é por vezes vista exclusivamente no escopo das IST, corroborando a perspectiva patologizante acerca da população não cisgênera e não heterossexual. Tal perspectiva frequentemente considera essa população como um grupo de risco.⁶

As deficiências de ensino também aparecem no processo de formação continuada dos profissionais da saúde, na medida em que muitos pacientes trans relatam que seus médicos têm pouco conhecimento sobre temas de sexualidade e gênero e que, com frequência, buscam informações em fontes não confiáveis e não científicas na internet, o que gera colocações e perguntas constrangedoras e inadequadas que dificultam a execução de uma boa relação médico-paciente.^{6,7}

Como consequência do baixo conhecimento sobre a população LGBTQIA+, muitos profissionais atribuem aos pacientes a responsabilidade de educá-los sobre a temática de sexualidade e gênero, o que abala a confiança dos pacientes acerca das orientações e decisões terapêuticas tomadas por esses profissionais, além de atuar como estressor para os pacientes que são postos em posição de educadores em um ambiente que deveria ser centrado em seu cuidado.^{7,9}

Em um levantamento realizado no Canadá, foi demonstrado que 54,7% dos profissionais da saúde não-LGBTQIA+ nunca receberam treinamento em competência cultural sobre a população LGBTQIA+ e que somente 9,4% relataram sentirem-se confiantes para atender pacientes integrantes de minorias sexuais e de gênero; em oposição a isso, os profissionais LGBTQIA+ referem maior sensibilidade e segurança para o atendimento destas populações, embora aproximadamente 75% ainda se sintam inseguros.¹⁰ Em decorrência dos fatos observados, forma-se um ambiente fértil para práticas não adequadas e para a tomada de atitudes preconceituosas que culminam, por exemplo, em exposições desnecessárias dos corpos LGBTQIA+ para sanar a curiosidade de profissionais assistentes.¹⁰

No contexto nacional, embora a PNSILGBT tenha contribuído para uma melhoria gradual do acesso da população LGBTQIA+ à APS e por consequência ao SUS, ainda observam-se grandes barreiras para a implementação efetiva desse acesso, haja vista que a maioria dos profissionais demonstra ter pouca competência cultural em relação à população LGBTQIA+, bem como tem baixo conhecimento acerca dos objetivos, orientações e implicações da PNSILGBT para o atendimento dessa população. Muitos dos profissionais alegam conhecer apenas generalidades sobre a temática, muitas vezes restringindo-se ao uso do nome social.⁶

Os médicos de família e comunidade geralmente demonstram ter mais conhecimento e competência cultural ao lidar com a população LGBTQIA+, o que provavelmente se relaciona com os treinamentos recebidos durante o processo de residência médica e com o fato de esses profissionais serem os principais provedores de cuidado da referida população. Pacientes LGBTQIA+ relatam maior acolhimento e menos situações constrangedoras em atendimentos com os profissionais em tela, reforçando o papel fundamental destes na expansão do acesso à saúde de tais pacientes.¹⁸

Nota-se, portanto, a necessidade de introduzir uma abordagem sistematizada acerca da saúde LGBTQIA+ tanto no processo de formação profissional quanto nos programas de educação continuada. Essa abordagem precisa enfatizar o desenvolvimento das competências culturais necessárias para o fornecimento de um atendimento de qualidade e integral ao grupo em questão. Todavia, é fundamental ressaltar que o simples aumento da carga horária de ensino técnico-científico sobre a temática LGBTQIA+ não é suficiente para expandir o conhecimento e a receptividade dos profissionais da saúde, sendo necessário combater e desconstruir também os pensamentos preconceituosos e discriminatórios, os quais são apontados como os principais fatores que limitam uma boa relação profissional-paciente.¹⁸

CONCLUSÃO

Observa-se que a construção de um sistema de saúde verdadeiramente inclusivo e capaz de ofertar um cuidado resolutivo e integral para a população LGBTQIA+ passa pela construção de políticas públicas capazes de superar as barreiras sociais, as físicas/organizacionais e as relacionadas à formação dos profissionais da saúde. Para tanto, torna-se essencial expandir o debate sobre diversidade sexual e de gênero nas diversas esferas públicas a fim de naturalizar a discussão do referido tema e de trabalhar na desconstrução de preconceitos, os quais compõem o cerne dos obstáculos a um acesso pleno da população LGBTQIA+ à APS.

Outrossim, é fundamental transcender o campo do debate público e atingir o território da prática. Nesse território é necessário revisar a própria estruturação física e organizacional dos serviços de APS com vistas a mitigar as manifestações de segregação que muitas vezes se fazem presentes de modo sutil e imperceptível ao olhar cis-heteronormativo.

Por fim, deve-se expandir arduamente os esforços para a construção de um modelo educacional de saúde capaz não somente de integrar com sucesso a temática de diversidade sexual e de gênero à formação dos profissionais da saúde, mas também de combater, de modo eficaz e assertivo, o preconceito contra pessoas LGBTQIA+.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LEMB: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Administração do Projeto, Visualização, Escrita — Primeira Redação, Escrita — Revisão e Edição, Supervisão. LMF: Análise Formal, Escrita — Primeira Redação, Escrita — Revisão e Edição. GGB: Análise Formal, Escrita — Primeira Redação, Escrita — Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. AAPS e as redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS; 2015. 127 p.
2. Aragusuku HÁ, de Oliveira Lee H. A psicologia Brasileira e as Políticas LGBT no Conselho Federal de Psicologia. *Rev Gest Políticas Públicas* 2015;5(1):131-154. <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.v5p131-154>
3. Nogueira FJS, Aragão TAP. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais da saúde. *Saúde e Pesqui* 2019;12(3):463. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n3p463-470>
4. Gomes JAS, Tesser Junior ZC. Experiências de médicos de família e comunidade no cuidado com a saúde de pacientes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2022;17(44):2407. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2407](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2407)
5. Souza LK de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq Bras Psicol* 2019;71(2):51-67. <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>
6. Guimarães NP, Sotero RL, Cola JP, Antonio S, Galavote HS. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde* 2020;14(2):372-85. <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1712>
7. Vermeir E, Jackson LA, Marshall EG. Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults. *Cult Health Sex* 2018;20(2):232-46. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1338757>
8. Ferreira BO, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Promoc Saúde* 2018;31(1):1-10. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6726>
9. Cele NH, Sibiyi MN, Sokhela DG. Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal. *Curatiosis* 2015;38(2):1522. <https://doi.org/10.4102/curatiosis.v38i2.1522>
10. Gahagan J, Subirana-Malaret M. Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada. *Int J Equity Health* 2018;17(1):76. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0786-0>
11. Hirsch O, Löltgen K, Becker A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Fam Pract* 2016;17(1):162. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0562-4>
12. Whitehead J, Shaver J, Stephenson R. Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBT populations. *PLoS One* 2016;11(1):e0146139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146139>
13. Clark BA, Veale JF, Greyson D, Saewyc E. Primary care access and foregone care: a survey of transgender adolescents and young adults. *Fam Pract* 2018;35(3):302-6. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz112>
14. Shires DA, Stroumsa D, Jaffee KD, Woodford MR. Primary care clinicians' willingness to care for transgender patients. *Ann Fam Med* 2018;16(6):555-8. <https://doi.org/10.1370/afm.2298>
15. Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GOP, Medeiros RLSFM, de Oliveira T, de Almeida SA. Serviços de saúde para lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transexuais. *Rev Enferm UFPE Online* 2018;12(10):2598. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237014p2598-2609-2018>
16. Goldenberg T, Jadwin-Cakmak L, Popoff E, Reisner SL, Campbell BA, Harper GW. Stigma, gender affirmation, and primary healthcare use among black transgender youth. *J Adolesc Heal* 2019;65(4):483-90. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.04.029>
17. Hinrichs A, Link C, Seaquist L, Ehlinger P, Aldrin S, Pratt R. Transgender and gender nonconforming patient experiences at a Family Medicine Clinic. *Acad Med* 2018;93(1):76-81. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001837>
18. Stroumsa D, Shires DA, Richardson CR, Jaffee KD, Woodford MR. Transphobia rather than education predicts provider knowledge of transgender health care. *Med Educ* 2019;53(4):398-407. <https://doi.org/10.1111/medu.13796>
19. Scheim AI, Coleman T, Lachowsky N, Bauer GR. Health care access among transgender and nonbinary people in Canada, 2019: a cross-sectional survey. *C Open* 2021;9(4):E1213-22. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20210061>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais [Internet]. Ministério da Saúde; 2013. p. 34 [acessado em 01 dez. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_lesbicas_gays_bissexuais_travestis.pdf
21. Furness BW, Goldhammer H, Montalvo W, Gagnon K, Bifulco L, Lentine D, et al. Transforming primary care for lesbian, gay, bisexual, and transgender people: A collaborative quality improvement initiative. *Ann Fam Med* 2020;18(4):292-302. <https://doi.org/10.1370/afm.2542>
22. Miskolci R, Gomes Pereira PP. Between visibility and listening: access of the LGBTI+ population to primary healthcare. *Soc Estado* 2022;37(1):193-215. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202237010009>