REVISTA ELETRÔNICA PESQUISAS EM SAÚDE
v.3, n.4 out./dez. 2026 DOI: 10.47538/RPS-2026.V3N4
ISSN: 2965-9957

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO LGBTQIAPN+: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA

Zaira Marmitt Barbosa
Faculdade da Amazônia – UNAMA | Curso de Psicologia.
https://orcid.org/0009-0009-6696-3276
E-mail: zaira.marmitt@gmail.com

Rafaela Santos Lima
Faculdade da Amazônia – UNAMA | Curso de Psicologia.
https://orcid.org/0009-0006-0427-1475
E-mail: Raffasanttos1997@gmail.com

Prof.ª Esp. Elaine Cristina Brito Machado
Orientadora. Boa Vista – RR.
https://orcid.org/0009-0004-9186-2008
Email: Elaine.bmachado@hotmail.com

DOI-Geral: http://dx.doi.org/10.47538/RPS-2026.V3N4
DOI-Individual: http://dx.doi.org/10.47538/RPS-2026.V3N4-02

RESUMO: A garantia do acesso universal, integral e equitativo à saúde constitui um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos avanços normativos, a população LGBTQIAPN+ ainda enfrenta barreiras relacionadas ao preconceito, à discriminação, à invisibilidade institucional e às lacunas na formação dos trabalhadores. Este artigo analisa, por meio de revisão bibliográfica narrativa, como a capacitação profissional pode repercutir na qualidade do atendimento na Atenção Primária à Saúde. A discussão aborda os princípios do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, a educação permanente, o acolhimento e os efeitos da discriminação no vínculo com os serviços. A literatura indica que a existência de políticas públicas não assegura, isoladamente, sua efetivação: são necessárias formação continuada, gestão comprometida, protocolos inclusivos e participação social. A produção consultada concentra-se em estudos nacionais e experiências de outras regiões. Não foram analisados dados locais, documentos da gestão municipal ou práticas das UBS de Boa Vista – Roraima; portanto, o artigo não permite conclusões empíricas sobre o município. Conclui-se que a capacitação deve constituir processo institucional permanente, articulado à ética profissional e à equidade, sendo necessárias pesquisas locais sobre a implementação das diretrizes.

PALAVRAS-CHAVE: População LGBTQIAPN+. Capacitação Profissional. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Equidade.

TRAINING OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN PROVIDING CARE TO THE LGBTQIAPN+ POPULATION: A NARRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Universal, comprehensive and equitable access to health care is a fundamental principle of Brazil's Unified Health System (SUS). Despite normative advances, LGBTQIAPN+ people still face barriers related to prejudice, discrimination, institutional invisibility and gaps in health workers' education. This article analyzes,

through a narrative literature review, how professional training may affect the quality of care in Primary Health Care. It discusses SUS principles, the National Policy for Comprehensive LGBT Health, continuing education, welcoming practices and the effects of discrimination on bonds with health services. The literature indicates that public policies alone do not ensure implementation; continuing education, committed management, inclusive protocols and social participation are also required. The literature reviewed is predominantly national and includes experiences from other regions. No local data, municipal management documents or practices in primary health care units in Boa Vista, Roraima, were analyzed; therefore, the article does not support empirical conclusions about the municipality. Training should be a permanent institutional process linked to professional ethics and equity, and local studies are needed to assess implementation.

KEYWORDS: LGBTQIAPN+ Population. Professional Training. Primary Health Care. Unified Health System. Equity.

INTRODUÇÃO

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, assegurado pela Constituição Federal de 1988 e organizado, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por princípios que orientam o acesso e a qualidade da assistência. A Lei nº 8.080/1990 regulamenta as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e estabelece diretrizes para a organização dos serviços. A universalidade, a integralidade e a igualdade da assistência constituem referências indispensáveis para a construção de um sistema público que reconheça as necessidades dos diferentes grupos sociais (Brasil, 1990).

Entretanto, a existência de garantias legais não elimina automaticamente as desigualdades que atravessam o cotidiano dos serviços. Pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queer, intersexo, assexuais, pansexuais e outras identidades e expressões de gênero e sexualidade podem encontrar barreiras que vão desde constrangimentos no acolhimento até a desconsideração de demandas específicas, a utilização inadequada do nome social e a reprodução de julgamentos morais. Tais situações afetam não apenas a experiência individual de atendimento, mas também a confiança nas instituições e a continuidade do cuidado (Gonçalves et al., 2023; Lionço, 2008).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e

Transexuais, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, representa um marco para o reconhecimento das necessidades dessa população no SUS. A política orienta ações para reduzir desigualdades, combater discriminação e promover atenção integral. Entre as responsabilidades atribuídas aos gestores estaduais e municipais está a inclusão de conteúdos relacionados à saúde LGBT nos processos de educação permanente dos trabalhadores da saúde (Brasil, 2011).

A capacitação profissional, portanto, não deve ser entendida como atividade eventual ou limitada à transmissão de informações. Trata-se de um processo contínuo que envolve conhecimentos técnicos, reflexão ética, revisão de atitudes, compreensão dos determinantes sociais da saúde e construção de práticas de cuidado respeitosas (Brasil, 2009; Oliveira et al., 2025). O atendimento qualificado exige que o profissional reconheça a diversidade sem presumir que todas as pessoas LGBTQIAPN+ possuam as mesmas experiências ou necessidades (Gonçalves et al., 2023).

A Atenção Primária à Saúde (APS), na qual se inserem as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ocupa posição estratégica nesse debate por constituir uma das principais portas de entrada do SUS e acompanhar indivíduos, famílias e comunidades ao longo do tempo (Brasil, 2017). A proximidade territorial pode favorecer prevenção, promoção da saúde, identificação de necessidades e construção de vínculo. Contudo, quando o serviço reproduz estigmas, essa mesma proximidade pode ser vivenciada como exposição, constrangimento ou risco de discriminação (Gonçalves et al., 2023).

Estudos de revisão sobre a APS brasileira identificam barreiras relacionadas à lógica heteronormativa, à formação insuficiente e à dificuldade de reconhecer especificidades da população LGBTQIA+. Gonçalves et al. (2023) observam que a produção científica sobre acesso ainda é limitada e que a organização do cuidado pode desconsiderar identidades e orientações sexuais, produzindo obstáculos à utilização dos serviços. Reis e Carvalho (2023), por sua vez, identificam a influência de fatores morais, culturais e religiosos em experiências de preconceito e afastamento dos serviços.

A discussão assume tamanha relevância porque a implementação de políticas nacionais precisa considerar as condições concretas de cada território. Embora o artigo tenha sido elaborado em Boa Vista – Roraima, esse dado identifica o contexto

institucional de produção do trabalho e não representa um recorte empírico municipal. A revisão utiliza literatura científica e documentos normativos de alcance nacional, sem analisar dados locais, documentos da gestão municipal ou práticas observadas nas UBS de Boa Vista. Portanto, não permite caracterizar empiricamente a atuação das unidades de saúde do município nem afirmar a existência de práticas específicas sem investigação local.

Diante desse contexto, formula-se a seguinte questão norteadora: de que maneira a capacitação dos profissionais de saúde pode influenciar a qualidade do atendimento prestado à população LGBTQIAPN+, considerando os desafios da Atenção Primária à Saúde e suas particularidades? O objetivo geral consiste em analisar, por meio da literatura científica e documental, a influência da capacitação profissional na qualidade do atendimento. Como objetivos específicos, busca-se discutir as diretrizes normativas do SUS; identificar barreiras institucionais descritas na literatura; compreender as relações entre discriminação, saúde mental e vínculo com os serviços; e refletir sobre estratégias de educação permanente e acolhimento inclusivo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

DIREITO À SAÚDE, SUS E EQUIDADE PARA A POPULAÇÃO LGBTQIAPN+

A compreensão do atendimento à população LGBTQIAPN+ deve partir do reconhecimento da saúde como direito humano e social. A Lei nº 8.080/1990 estabelece que a saúde é um direito fundamental do ser humano e atribui ao Estado o dever de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A lei também prevê a universalidade de acesso, a integralidade e a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990). Esses princípios oferecem fundamento jurídico e ético para o enfrentamento de práticas discriminatórias.

A universalidade significa que todas as pessoas devem poder acessar ações e serviços de saúde. A integralidade pressupõe cuidado articulado, que considere promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, sem fragmentar o sujeito ou reduzir suas necessidades a uma única dimensão. A equidade, por sua vez, exige reconhecer

desigualdades concretas e organizar respostas que enfrentem barreiras específicas. Tratar todos de maneira formalmente idêntica pode manter desigualdades quando as condições de acesso e as necessidades são diferentes (Brasil, 1990; Brasil, s.d.).

No caso da população LGBTQIAPN+, a equidade demanda atenção a processos de estigmatização e exclusão que podem atravessar a vida social e os serviços. Isso não significa pressupor que toda pessoa LGBTQIAPN+ esteja em situação de vulnerabilidade da mesma maneira, mas reconhecer que discriminação, violência e invisibilidade podem produzir necessidades específicas e dificultar o exercício do direito à saúde. A assistência deve ser individualizada, sem estereótipos e sem transformar identidade de gênero ou orientação sexual em explicação automática para qualquer demanda clínica.

Lionço (2008) argumenta que a formulação de uma política de saúde voltada à população LGBT está relacionada à violação de direitos humanos e à necessidade de promover integralidade e equidade. A autora evidencia que o acesso não se resume à existência formal de serviços: é necessário que as práticas institucionais reconheçam a diversidade e garantam atendimento sem discriminação. Essa perspectiva ajuda a compreender que a qualidade do cuidado depende tanto da estrutura dos serviços quanto das relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída em 2011, procura orientar a superação das desigualdades e o reconhecimento das especificidades dessa população. A Portaria nº 2.836/2011 distribui responsabilidades entre União, estados e municípios e prevê, entre outras ações, a inclusão de conteúdos sobre saúde LGBT nos materiais de educação permanente dos trabalhadores. Também estabelece a promoção de ações educativas e de práticas de saúde que considerem orientação sexual, identidade de gênero e recortes territoriais e étnico-raciais (Brasil, 2011).

A política, portanto, não atribui a responsabilidade apenas ao profissional que realiza o atendimento. A gestão deve planejar, apoiar, monitorar e avaliar sua implementação; os serviços precisam organizar fluxos e protocolos; e os processos formativos devem integrar o cotidiano do trabalho. A ausência dessas condições pode transformar uma diretriz normativa em compromisso apenas formal, sem repercussão

suficiente na experiência dos usuários.

FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A formação dos profissionais de saúde influencia a maneira como as necessidades dos usuários são identificadas, interpretadas e atendidas. Quando conteúdos sobre diversidade sexual e de gênero aparecem de forma superficial, fragmentada ou restrita à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, o profissional pode não desenvolver repertório suficiente para acolher demandas amplas de saúde (Reis; Carvalho, 2023; Gonçalves et al., 2023). A assistência à população LGBTQIAPN+ envolve saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, prevenção de doenças crônicas, cuidado em todas as fases da vida, acompanhamento de pessoas trans e travestis e atenção a situações de violência, entre outras dimensões (Gonçalves et al., 2023).

A capacitação precisa combinar conhecimento técnico e reflexão sobre atitudes. Conhecer conceitos de orientação sexual, identidade de gênero, expressão de gênero, características sexuais e nome social é importante, mas não suficiente se o trabalhador mantém práticas de julgamento, constrangimento ou desrespeito. A formação deve criar oportunidades para examinar preconceitos naturalizados, compreender os efeitos da discriminação e desenvolver comunicação respeitosa. Deve também evitar tratar a população LGBTQIAPN+ como um grupo homogêneo (Gonçalves et al., 2023; Paranhos; Willerding; Lapolli, 2021).

Gonçalves et al. (2023), ao revisarem a produção científica sobre acesso de pessoas LGBTQIAPN+ à atenção básica, identificam que os modos de atuação dos profissionais e as estratégias de acolhimento são aspectos centrais para a garantia efetiva do cuidado. A revisão aponta a presença de uma lógica heteronormativa que pode desconsiderar identidades e orientações, criando barreiras no acesso. Esse achado sugere que a formação deve abordar não apenas informações biomédicas, mas também a organização institucional e as relações de poder presentes no atendimento.

Reis e Carvalho (2023) analisam experiências de atenção à população

LGBTQIAPN+ na APS e destacam a influência de fatores morais e religiosos sobre práticas de preconceito e discriminação. A discussão não implica desrespeitar a liberdade de crença dos trabalhadores, mas afirmar que convicções pessoais não podem se sobrepor aos direitos dos usuários, aos princípios do SUS e aos deveres éticos das profissões. O atendimento deve ser orientado por evidências, respeito, confidencialidade e não discriminação.

A educação permanente em saúde oferece uma perspectiva adequada para enfrentar essas questões porque parte dos problemas concretos do trabalho e promove reflexão coletiva sobre os processos de cuidado. Em vez de limitar-se a palestras isoladas, pode incluir discussão de casos, revisão de formulários e prontuários, construção de protocolos, avaliação de fluxos de encaminhamento, participação de movimentos sociais e acompanhamento das mudanças nas práticas. Essa abordagem aproxima a aprendizagem da realidade cotidiana das equipes.

O artigo de Barbosa (2025), uma revisão narrativa sobre o atendimento LGBTQIAPN+ na APS, reforça a necessidade de educação em saúde e de revisão das políticas públicas para reduzir iniquidades no acesso. A capacitação, nesse sentido, precisa ser contínua e institucionalizada, com apoio das gestões e participação dos trabalhadores. Também deve alcançar equipes multiprofissionais e trabalhadores administrativos, recepção e acolhimento, pois a experiência do usuário começa antes da consulta clínica.

ACOLHIMENTO, DISCRIMINAÇÃO E INVISIBILIDADE INSTITUCIONAL

O acolhimento é uma dimensão central da qualidade da assistência. Envolve escuta qualificada, respeito à singularidade, identificação das necessidades e responsabilização pelo cuidado. Não se reduz a uma saudação cordial nem a uma etapa burocrática de triagem (Brasil, 2017). Para pessoas LGBTQIAPN+, o acolhimento inclui o respeito ao nome social, o uso de linguagem não discriminatória, a preservação da privacidade e a não realização de perguntas invasivas que não tenham pertinência clínica (Gonçalves et al., 2023).

A invisibilidade institucional ocorre quando as rotinas, registros, protocolos e práticas dos serviços não reconhecem a existência ou as necessidades de determinados grupos. Pode aparecer em formulários que não permitem registrar nome social, em profissionais que presumem a orientação sexual dos usuários, na ausência de informação sobre fluxos de cuidado ou na falta de preparo para atender pessoas trans e intersexo. A invisibilidade também pode ser produzida quando a equipe considera que a diversidade não é relevante para o cuidado e, por isso, deixa de perguntar de maneira respeitosa sobre aspectos que podem ter pertinência clínica (Lionço, 2008; Gonçalves et al., 2023).

Gonçalves et al. (2023) apontam que a atenção básica pode ser atravessada por uma lógica heteronormativa que desconsidera identidades e orientações sexuais. Reis e Carvalho (2023) também discutem barreiras relacionadas a julgamentos e fatores morais no cotidiano dos serviços. Esses estudos permitem compreender que a discriminação não se manifesta apenas em agressões explícitas: pode estar presente em omissões, pressupostos, procedimentos padronizados e falhas de comunicação.

A qualidade do atendimento depende de práticas concretas. Entre elas estão perguntar como a pessoa deseja ser chamada; utilizar o nome social e os pronomes informados; garantir privacidade durante a consulta; evitar pressupostos sobre parceiros, práticas sexuais ou composição familiar; registrar informações clínicas relevantes com respeito; e encaminhar o usuário de maneira responsável quando a demanda ultrapassar a capacidade do serviço. Essas condutas devem ser incorporadas aos protocolos e não depender exclusivamente da iniciativa individual de um trabalhador (Brasil, 2011; Brasil, 2017; Gonçalves et al., 2023).

Também é necessário evitar a redução da saúde LGBTQIAPN+ à prevenção do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis. Embora essas ações sejam relevantes, a assistência integral envolve condições crônicas, vacinação, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, envelhecimento, violência, uso de substâncias, prevenção de cânceres conforme órgãos e necessidades individuais e acompanhamento longitudinal. A abordagem deve ser orientada pela necessidade concreta da pessoa, não por estereótipos (Gonçalves et al., 2023; Barbosa, 2025).

SAÚDE MENTAL, ESTIGMA E VÍNCULO COM OS SERVIÇOS

A discriminação pode produzir sofrimento psicossocial e afetar a relação das pessoas com instituições que deveriam oferecer proteção. Experiências repetidas de rejeição, humilhação ou deslegitimação podem gerar expectativa de novo constrangimento, levando alguns usuários a evitar determinados serviços, adiar consultas ou omitir informações importantes durante o atendimento. É importante não generalizar essas experiências para todas as pessoas LGBTQIAPN+, mas reconhecer que o estigma constitui um fator social capaz de interferir no cuidado (Lionço, 2008; Gonçalves et al., 2023).

O vínculo entre usuário e equipe é construído por confiança, continuidade, respeito e comunicação. Quando a pessoa percebe que sua identidade será questionada ou desrespeitada, pode reduzir a procura pelo serviço ou buscar atendimento apenas em situações de maior gravidade. Isso compromete ações preventivas e o acompanhamento longitudinal, que são fundamentais na Atenção Primária. A discriminação também pode dificultar a revelação de informações relevantes para avaliação clínica e planejamento terapêutico (Gonçalves et al., 2023; Reis; Carvalho, 2023).

A Psicologia Social contribui para essa discussão ao considerar que o sofrimento não pode ser explicado exclusivamente por características individuais. É necessário observar as relações sociais, as instituições, as normas culturais e as desigualdades que atravessam a experiência subjetiva. Assim, o sofrimento associado à discriminação não deve ser tratado como consequência da identidade LGBTQIAPN+, mas como possível efeito de contextos de violência, exclusão e negação de direitos (Meyer, 2003; Conselho Federal de Psicologia, 2023).

A atuação psicológica nos serviços de saúde pode colaborar com a escuta qualificada, o acolhimento, a promoção de saúde mental e a articulação com redes de apoio (Conselho Federal de Psicologia, 2023). Entretanto, a responsabilidade pela atenção inclusiva não é exclusiva da Psicologia. Toda a equipe multiprofissional deve compartilhar o compromisso com a não discriminação e com o cuidado integral. A atuação interdisciplinar permite compreender demandas em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais (Brasil, 2017).

A literatura revisada por Reis e Carvalho (2023) registra que o preconceito e a discriminação nos serviços podem contribuir para o afastamento da população LGBTQIAPN+ do SUS. Gonçalves et al. (2023) também destacam que o acesso deve ser compreendido para além da chegada física ao serviço, incluindo a garantia de direitos, o acolhimento e a construção de vínculos. Portanto, avaliar a qualidade do atendimento exige considerar a experiência do usuário e não apenas a disponibilidade formal de consultas e procedimentos.

ATENÇÃO PRIMÁRIA, TERRITÓRIO E LIMITES DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Atenção Primária à Saúde tem papel estratégico na organização do SUS porque desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, além de coordenar o cuidado na rede. As UBS são espaços relevantes para o acompanhamento contínuo e para a construção de relações entre equipes e comunidades. Para que esse potencial se concretize, é necessário que o serviço reconheça a diversidade presente no território e desenvolva respostas compatíveis com as necessidades dos usuários (Brasil, 2017).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT prevê responsabilidades para estados e municípios, inclusive a inclusão de conteúdos sobre a saúde dessa população nos processos de educação permanente e a implantação de práticas educativas nos serviços. Dessa forma, a implementação municipal não deve ser vista como mera reprodução de orientações federais: requer diagnóstico das necessidades locais, planejamento, metas, participação social, monitoramento e avaliação (Brasil, 2011). A literatura nacional oferece elementos para compreender barreiras recorrentes, mas não substitui estudos locais (Gonçalves et al., 2023; Barbosa, 2025).

Essa limitação não diminui a relevância dos recortes municipais ou estaduais; ao contrário, evidencia uma lacuna de conhecimento. O artigo pode contribuir ao organizar a discussão nacional e indicar questões que merecem investigação no território: quais ações de educação permanente são ofertadas; se os profissionais conhecem a Política

Nacional de Saúde Integral LGBT; como o nome social é registrado e utilizado; quais são os fluxos de encaminhamento; como a gestão acompanha a qualidade do acolhimento; e de que forma a população LGBTQIAPN+ participa do planejamento das ações.

A consideração das particularidades regionais deve ser feita com rigor, evitando atribuir automaticamente a uma região ou município características homogêneas. Fatores culturais, religiosos, econômicos, geográficos e institucionais podem influenciar a implementação de políticas, mas sua presença e seus efeitos precisam ser demonstrados por estudos e documentos locais. A revisão bibliográfica permite formular hipóteses interpretativas e apontar lacunas, mas não autoriza conclusões empíricas sobre o funcionamento de serviços específicos.

METODOLOGIA

Este artigo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica narrativa, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-analítico. A revisão narrativa foi escolhida por permitir a discussão interpretativa de produções científicas e documentos normativos relacionados à capacitação profissional, à saúde da população LGBTQIAPN+ e à Atenção Primária à Saúde. Diferentemente de uma revisão sistemática, o objetivo não é esgotar todas as publicações existentes nem produzir estimativa quantitativa de efeitos, mas reunir contribuições relevantes e construir uma análise crítica do tema.

O levantamento bibliográfico exploratório foi realizado em 2026, durante a elaboração deste artigo, e considerou publicações científicas disponíveis em periódicos e bases de acesso acadêmico, com atenção especial à SciELO e à Biblioteca Virtual em Saúde, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde e da legislação brasileira. Foram considerados trabalhos publicados entre 2008 e 2025, período que permite articular discussões iniciais sobre direitos e equidade com estudos mais recentes sobre a Atenção Primária. Também foram examinadas referências indicadas no projeto de pesquisa original, desde que relacionadas diretamente ao objeto e passíveis de

conferência bibliográfica.

A seleção das fontes foi orientada pela pertinência temática em relação à questão norteadora e aos objetivos do artigo. Foram priorizados artigos científicos, revisões de literatura, estudos sobre a Atenção Primária à Saúde brasileira, trabalhos que abordassem formação e atuação profissional e documentos oficiais relacionados ao direito à saúde. A triagem considerou a relação do título, do resumo e, quando pertinente, do texto integral com o tema. Foram excluídas referências cuja identificação bibliográfica não pôde ser confirmada ou cuja relação com o problema de pesquisa não estava suficientemente demonstrada. A seleção não corresponde a protocolo sistemático com contagem exaustiva de resultados; por isso, não se apresenta número total de registros encontrados ou de estudos excluídos.

Por se tratar de revisão bibliográfica baseada em materiais publicados e documentos de acesso público, sem coleta de informações diretamente com participantes, não foram realizadas entrevistas ou aplicação de questionários. Este estudo observa as orientações para pesquisas bibliográficas e as normas de apresentação de trabalhos acadêmicos da instituição. Caso futuras pesquisas alterem esse escopo para incluir dados primários ou informações identificáveis de participantes, será necessária a submissão aos procedimentos éticos pertinentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A EXISTÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS E OS DESAFIOS DE SUA EFETIVAÇÃO

A literatura e os documentos normativos analisados apontam uma diferença importante entre o reconhecimento formal de direitos e sua concretização no cotidiano dos serviços. A Lei nº 8.080/1990 estabelece fundamentos universais para o acesso à saúde, enquanto a Portaria nº 2.836/2011 especifica diretrizes voltadas à redução das desigualdades enfrentadas pela população LGBT. A política também distribui responsabilidades entre os entes federativos e prevê ações de educação permanente, o que demonstra que a qualificação do atendimento depende de planejamento

institucional.

Lionço (2008) contribui para compreender que a equidade exige reconhecer processos históricos de discriminação e não apenas oferecer formalmente o mesmo serviço a todos. As revisões mais recentes reforçam que o acesso à APS pode ser limitado por práticas heteronormativas, desconhecimento e julgamentos morais. Portanto, a política pública precisa ser traduzida em rotinas, protocolos, formação e mecanismos de avaliação.

Um desafio é evitar que a política seja tratada como conteúdo periférico, acionado apenas em campanhas ou datas comemorativas. A inclusão de conteúdos sobre diversidade sexual e de gênero deve integrar a educação permanente, os processos de acolhimento, a gestão de prontuários e a avaliação da qualidade. A formação deve alcançar todos os trabalhadores que participam da trajetória do usuário, inclusive recepção, agentes comunitários, equipes clínicas e gestão.

CAPACITAÇÃO COMO PROCESSO TÉCNICO, ÉTICO E INSTITUCIONAL

Os estudos examinados indicam que o despreparo não pode ser compreendido somente como falta de informação individual. Ele também se relaciona à organização do trabalho, à ausência de protocolos, à escassez de espaços de discussão e à pouca prioridade institucional conferida ao tema. Por isso, ações formativas isoladas podem ter alcance limitado quando não são acompanhadas de mudanças nos processos de trabalho.

A capacitação efetiva deve contemplar conhecimentos sobre diversidade sexual e de gênero, necessidades de saúde ao longo do ciclo de vida, direitos dos usuários, comunicação inclusiva, confidencialidade, prevenção de violências e encaminhamento responsável. Deve ainda abordar situações concretas, como atendimento de pessoas trans em consultas preventivas, registro do nome social, cuidado em saúde sexual e reprodutiva e acolhimento de pessoas que vivenciaram discriminação.

A educação permanente pode ser organizada por meio de reuniões de equipe, discussão de casos, oficinas com participação de usuários e movimentos sociais, atualização de protocolos e avaliação periódica das práticas. A participação social é

relevante porque permite que as ações não sejam construídas apenas a partir da perspectiva institucional, mas também considerem as experiências e demandas de quem utiliza os serviços.

REPERCUSSÕES DO ACOLHIMENTO NA CONTINUIDADE DO CUIDADO

A literatura aponta que a experiência de atendimento influencia a confiança dos usuários nos serviços. O acesso não se encerra quando a pessoa consegue agendar uma consulta ou entrar na UBS: envolve ser recebida com respeito, ter suas necessidades reconhecidas e obter respostas adequadas. Quando o atendimento reproduz discriminação, pode ocorrer afastamento, adiamento da procura por cuidado ou dificuldade de compartilhar informações relevantes.

Esse processo tem implicações para a prevenção e o acompanhamento longitudinal. A APS depende da continuidade das relações e da capacidade de acompanhar necessidades ao longo do tempo. Um ambiente acolhedor favorece comunicação, vínculo e adesão; um ambiente hostil pode fragilizar esses elementos. A qualidade do atendimento deve, portanto, ser avaliada considerando não apenas a oferta de procedimentos, mas também a experiência do usuário e a capacidade do serviço de responder às suas necessidades.

SAÚDE MENTAL E RESPONSABILIDADE DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A discussão sobre saúde mental deve evitar interpretações que patologizem identidades LGBTQIAPN+. O foco deve recair sobre os efeitos que a violência, o estigma e a exclusão podem produzir na vida das pessoas. A Psicologia Social ajuda a compreender o sofrimento em sua relação com as condições sociais e institucionais, reconhecendo que experiências de discriminação podem afetar autoestima, segurança, pertencimento e confiança nos serviços.

O cuidado em saúde mental não pode ser separado do enfrentamento das práticas discriminatórias no próprio serviço. Não seria coerente oferecer atendimento

psicológico ao usuário e, ao mesmo tempo, permitir que rotinas institucionais reproduzam desrespeito. A responsabilidade é compartilhada por toda a equipe e pela gestão, com atuação articulada entre acolhimento, prevenção, assistência e rede de proteção.

O QUE A LITERATURA PERMITE AFIRMAR

A revisão permite afirmar que existem diretrizes nacionais que orientam a atenção integral e a educação permanente dos trabalhadores, bem como evidências nacionais de barreiras na APS relacionadas a preconceito, heteronormatividade e lacunas formativas. Contudo, as fontes consultadas não permitem medir o grau de implementação da política nas UBS nem avaliar a capacitação dos profissionais. Essa distinção é fundamental para manter a consistência científica do artigo.

Como contribuição, o estudo aponta a necessidade de pesquisas futuras que examinem planos municipais de saúde, ações de educação permanente, protocolos e fluxos assistenciais, além de experiências de usuários e profissionais. A investigação territorial pode identificar barreiras específicas, boas práticas e prioridades de formação, subsidiando intervenções compatíveis com a realidade municipal.

A análise também indica que a gestão pode utilizar as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral LGBT para planejar ações verificáveis: formação periódica, revisão de formulários e sistemas de registro, divulgação dos direitos dos usuários, protocolos de acolhimento, participação de organizações sociais e monitoramento da qualidade. Tais medidas não devem ser apresentadas como ações já existentes sem documentação que as comprove; são possibilidades de aprimoramento derivadas da literatura e do marco normativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo foi analisar, por meio de revisão bibliográfica narrativa, como a capacitação dos profissionais de saúde pode influenciar a qualidade do atendimento prestado à população LGBTQIAPN+, considerando os desafios da Atenção

Primária à Saúde. A literatura discutida indica que a formação profissional constitui componente importante para a efetivação do direito à saúde, pois influencia o acolhimento, o reconhecimento das necessidades, a comunicação e a continuidade do cuidado.

Os estudos analisados apontam que barreiras de acesso não se limitam à disponibilidade física de serviços. Práticas heteronormativas, julgamentos morais, desconhecimento e invisibilidade institucional podem comprometer a experiência dos usuários e enfraquecer o vínculo com as equipes. Nesse cenário, a capacitação deve ultrapassar a transmissão pontual de informações e integrar um processo institucional permanente, associado à revisão de atitudes, protocolos, fluxos e mecanismos de gestão.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT oferece fundamento normativo para esse processo ao atribuir responsabilidades aos gestores e prever a inclusão do tema na educação permanente dos trabalhadores. Sua efetivação requer compromisso das diferentes esferas de gestão, participação social e avaliação contínua. O atendimento inclusivo não deve depender apenas da sensibilidade individual de determinados profissionais, mas ser incorporado como padrão ético e organizacional do SUS.

No campo da saúde mental, conclui-se que o enfrentamento da discriminação é parte do cuidado integral. O sofrimento relacionado à exclusão não deve ser atribuído à identidade ou orientação sexual do sujeito, mas compreendido em relação às condições sociais e institucionais que podem produzir estigma e violência. A Psicologia Social e a Saúde Coletiva contribuem para ampliar essa compreensão e fortalecer práticas comprometidas com direitos humanos.

Assim, não se pode afirmar, com base neste estudo, qual é o nível de capacitação dos profissionais locais ou a frequência de situações discriminatórias. Essa limitação evidencia a necessidade de pesquisas territoriais que investiguem a implementação da política, a formação das equipes e as experiências da população LGBTQIAPN+ nos serviços municipais.

Conclui-se que a capacitação profissional, quando contínua, crítica e articulada à gestão, pode contribuir para práticas mais acolhedoras, éticas e equitativas. Recomenda-

se que futuros estudos aprofundem a realidade de Municípios e Estados, ouvindo usuários e trabalhadores e examinando documentos institucionais, a fim de produzir subsídios para políticas e intervenções locais. Dessa maneira, o artigo reafirma que garantir saúde à população LGBTQIAPN+ exige mais do que reconhecer direitos em documentos: exige transformá-los em práticas cotidianas de respeito, cuidado e dignidade.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Paulo Rogério Nunes. **Atendimento da população LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde:** uma revisão narrativa de literatura. Sanare – Revista de Políticas Públicas, v. 24, n. 1, 2025. DOI: https://doi.org/10.36925/sanare.v24i01.1799.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/sus. Acesso em: 20 nov. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Referências técnicas para atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogues em políticas públicas para população LGBTQIA+.** Brasília, DF: CFP, 2023. Disponível em: https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-psicologos-e-psicologues-em-politicas-publicas-para-populacao-lgbtqia/. Acesso em: 24 nov. 2026.

GONÇALVES, Emília de Fátima Miterofe et al. **Saúde de LGBTQIA+ na atenção básica de saúde:** uma revisão de escopo. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 47, número especial 1, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19111P.

LIONÇO, Tatiana. **Que direito à saúde para a população GLBT?** Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/

S0104-12902008000200003.

MEYER, Ilan H. **Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations:** conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, Washington, DC, v. 129, n. 5, p. 674–697, 2003. DOI: https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674.

OLIVEIRA, Karine da Silva; FREITAS, Neíres Alves de; DINIZ, Danielly Custódio Cavalcante; MELO, Maria Vanusa Sousa. **Educação Permanente em Saúde e Círculo de Cultura no cuidado à população LGBTQIAPN+ no SUS.** Revista de Instrumentos, Modelos e Políticas em Avaliação Educacional, v. 6, e025027, 2025. DOI: https://doi.org/10.51281/impa.e025027.

PARANHOS, William Roslindo; WILLERDING, Inara Antunes Vieira; LAPOLLI, Édis Mafra. **Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 25, e200684, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.200684.

REIS, Andréa Andrade; CARVALHO, Henrique Rabello de. **A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a população LGBTI+:** uma revisão integrativa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 47, número especial 1, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/235828 982023E19135P.

Submissão: julho de 2026. Aceite: agosto de 2026. Publicação: novembro de 2026.