



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Coordenação-Geral de Acesso e Equidade na Atenção Primária à Saúde

NOTA TÉCNICA Nº 10/2026-CGAEQ/DESF/SAPS/MS

1. APRESENTAÇÃO

1.1. A presente Nota Técnica tem por objetivo apresentar orientações e diretrizes destinadas a gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), visando o aprimoramento do acesso, do acolhimento e do cuidado integral à população LGBTIA+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexo, Assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2. A iniciativa está alinhada às diretrizes da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps/MS) e fundamenta-se no reconhecimento de que os determinantes sociais da saúde (DSS), a interseccionalidade, as experiências prévias nos serviços e as barreiras institucionais podem influenciar o acesso oportuno e a continuidade do cuidado para alguns grupos populacionais.

1.3. Nesse sentido, a Nota reafirma o papel da APS como porta de entrada preferencial do SUS, responsável pela coordenação do cuidado, pelo acompanhamento longitudinal e pela garantia da atenção integral à saúde, considerando as singularidades das pessoas e dos territórios.

2. FUNDAMENTAÇÃO NORMATIVA

2.1. As orientações a seguir fundamentam-se nos seguintes marcos legais e normativos:

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017.
- Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT), instituída pela Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011.
- Portaria de Consolidação GM/MS n.º 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde, incluindo a PNAB e a PNSI LGBT.
- Política Nacional de Humanização (PNH).
- Demais diretrizes e publicações técnicas do Ministério da Saúde.

2.2. Dessa forma, este documento busca contribuir para a consolidação de práticas que promovam a superação das iniquidades no acesso e na atenção à saúde oferecida à população LGBTIA+ no âmbito da Atenção Primária. Para tanto, reafirma os princípios da universalidade, integralidade, equidade, humanização e não discriminação,

que orientam a organização dos serviços e as práticas de cuidado no âmbito do SUS.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE ACESSO E CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1. A Constituição Federal do Brasil estabelece a saúde como um direito universal e um dever do Estado, tendo no Sistema Único de Saúde (SUS) a sua operacionalização. Para garantir esse direito constitucional, são desenvolvidas políticas, serviços e práticas fundamentadas nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. Contudo, mesmo com os marcos legais em vigor, a discriminação continua a ser um obstáculo que dificulta o acesso adequado aos serviços e aos cuidados em saúde¹.

3.2. O acesso à saúde é um conceito complexo que pode ser entendido como a possibilidade de utilização dos serviços de saúde quando estes se fazem necessários, abrangendo as ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. No entanto, existem barreiras de acesso, que são obstáculos que dificultam ou impedem o acesso de pessoas ou grupos a esses serviços, bens, espaços ou informações². Essas barreiras podem ser geográficas, socioeconômicas, culturais ou institucionais, afetando a equidade e a inclusão social, e restringindo o exercício pleno de direitos e da participação em diferentes esferas da vida. Assim, as barreiras de acesso limitam as pessoas de usufruir de ações essenciais para a promoção e manutenção da sua saúde.

3.3. A população LGBTIA+ enfrenta diversas barreiras no acesso à saúde, como o estigma, a discriminação, limitações no acolhimento pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), além de lacunas nos sistemas de informação do SUS¹. Essas dificuldades são agravadas por fatores como a invisibilidade das especificidades de saúde, a necessidade de aprimoramento profissional e maior sensibilização de profissionais, bem como pelas vivências negativas nos serviços³.

3.4. Tais circunstâncias podem repercutir na redução da procura pelos serviços, no adiamento da busca por cuidado e na descontinuidade do acompanhamento em saúde. Diante desse contexto, a APS deve adotar estratégias que promovam ambientes acolhedores, relações de cuidado pautadas no respeito e práticas profissionais aprimoradas, contribuindo para a redução das iniquidades e para o fortalecimento do vínculo entre equipes e população usuária.

4. DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

4.1. A abordagem de questões como orientação sexual, identidade de gênero e práticas sexuais ainda enfrenta resistência, frequentemente associada ao desconhecimento e ao desconforto dos próprios profissionais de saúde diante do tema. Esse tabu reforça um sistema que regula comportamentos por meio da imposição de roteiros normativos — como a repressão da sexualidade e a heterossexualidade enquanto padrão. A ausência de ambientes seguros para o diálogo contribui para o silenciamento dessas vivências e dificulta o acesso à saúde como um direito. Por isso, é essencial que profissionais de saúde atuem como facilitadores nesse processo, buscando constante atualização e o desenvolvimento de competências voltadas à atenção integral e acolhedora à população LGBTIA+⁴.

4.1.1. Acolhimento e abordagem das demandas em saúde

4.1.1.1. O acolhimento representa um elemento essencial, que tem como objetivo construir relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhadores/equipes e a pessoa usuária⁵.

4.1.1.2. O acolhimento é compreendido como um processo que contribui para a promoção e a produção da saúde, envolvendo escuta qualificada e compromisso com uma atenção responsável. Caracteriza-se, assim, como um espaço potencializador do cuidado e se destaca como uma importante ferramenta de gestão e cuidado na APS. Dessa forma, funciona como uma ponte que facilita a entrada e a permanência da população LGBTIA+ no sistema de

saúde, minimizando barreiras institucionais e socioculturais que frequentemente dificultam o acesso.

4.1.1.3. Na Atenção Primária, é fundamental que o acolhimento ocorra já no primeiro contato com o serviço. Esse momento inicial deve ser marcado pela escuta qualificada, atenção, ética e respeito, promovendo um ambiente seguro e livre de julgamentos ou preconceitos, que valorize a identidade e as necessidades de cada pessoa. Deve-se evitar pressupostos relacionados à identidade de gênero e/ou à orientação sexual, assegurando que o atendimento esteja centrado nas necessidades de saúde da pessoa, em consonância com os princípios da APS. Dessa forma, fortalece-se o vínculo com o serviço de saúde, favorecendo a continuidade do cuidado.

4.1.1.4. Nesse contexto, as **abordagens em saúde** referem-se às estratégias e práticas adotadas pelos profissionais para atender às demandas da população de forma integral e eficaz. Assim, a combinação entre acolhimento e abordagem adequada potencializa o acesso, garantindo não apenas a presença física nos serviços, mas a efetiva utilização do direito à saúde.

4.1.1.5. A abordagem de profissionais de saúde deve contemplar as dimensões individual, familiar e comunitária do cuidado. No âmbito da **abordagem individual**, é fundamental considerar as compreensões da própria pessoa acerca de suas necessidades, priorizando a construção de um plano de cuidado compartilhado que reconheça suas vivências e respeite sua autonomia. Deve-se, ainda, explicitar que o serviço está disponível para dialogar sobre quaisquer temas, reafirmando o caráter acolhedor do cuidado⁶.

4.1.1.6. A **abordagem familiar** também deve ser integrada, especialmente no atendimento a pessoas LGBTIA+, para as quais a família pode, por vezes, constituir fonte de sofrimento. Também é imprescindível que profissionais reflitam sobre seus próprios preconceitos em relação às diversas formas de família e reconheçam cada família em sua singularidade⁶. Por fim, a **abordagem comunitária** compreende a análise das redes presentes no território, identificando como circulam as informações sobre gênero e sexualidade, o grau de aceitação da diversidade, as dinâmicas de poder existentes, bem como os formadores de opinião e os possíveis agentes de transformação⁴.

4.1.1.7. Desse modo, o “acolhimento” e as “abordagens em saúde” são conceitos complementares e importantes ferramentas na gestão do cuidado na Atenção Primária, sendo fundamentais para promover o acesso integral à saúde, especialmente para grupos historicamente discriminados, como a população LGBTIA+.

4.1.2. **A lógica cisheteronormativa nos serviços de saúde**

4.1.2.1. A cisheteronormatividade é a lógica que assume que todas as pessoas são cisgênero e heterossexuais, o que cria um padrão excludente, especialmente nos serviços de saúde. Essa perspectiva restringe o atendimento, pois ignora as identidades e necessidades das pessoas LGBTIA+, gerando ambientes pouco acolhedores, despreparo profissional e, por vezes, discriminação. Para profissionais de saúde, compreender a cisheteronormatividade significa reconhecer que nem todas as pessoas se encaixam nas expectativas tradicionais de gênero e sexualidade, e que é essencial promover um cuidado individualizado, respeitoso e livre de preconceitos e suposições⁷. Além disso, a ideia predominante de que o sexo atribuído ao nascimento determina a identidade de gênero faz com que pessoas que fogem da lógica binária sejam vistas com estranhamento, dificultando seu reconhecimento e acolhimento tanto na sociedade quanto nos serviços de saúde^{8,9,10}.

4.1.2.2. Pesquisas sobre as necessidades de saúde da população LGBTIA+ indicam que a estigmatização, a discriminação e a patologização direcionadas às

orientações sexuais, identidades de gênero e características sexuais diferentes dos padrões cisheteronormativos são fatores que contribuem para o agravamento das condições de saúde³. Reconhecer as variações sociais, subjetivas e biológicas que caracterizam cada pessoa é essencial para desconstruir discursos que reproduzem formas de violência⁸.

4.1.2.3. Os desafios para melhorar a atenção à saúde da população LGBTIA+ não decorrem de características intrínsecas a esse grupo, mas das representações e significações negativas atribuídas às suas práticas e modos de vida, muitas vezes vistos como desviantes em relação a um ideal de normalidade e saúde impostos pela cisheteronormatividade¹¹.

4.1.2.4. Por fim, a ampliação e o fortalecimento dos serviços, programas e ações de saúde voltados para a população LGBTIA+ devem estar alinhados aos princípios ético-políticos da reforma sanitária brasileira⁹ e devem considerar as dimensões da vulnerabilidade que impactam a vivência e o acesso aos cuidados de saúde.

4.1.3. **Dimensões da vulnerabilidade - individual, social e programática**

4.1.3.1. O conceito de vulnerabilidade pode ser entendido a partir de três dimensões: individual, social e programática.

4.1.3.2. A **dimensão individual** reconhece a pessoa como sujeito inserido em contextos e interações diversas e cotidianas. Parte-se do princípio de que cada um pode vivenciar processos de adoecimento ou se proteger deles, considerando aspectos que vão desde sua constituição física até o modo como gere o próprio cotidiano, incluindo a possibilidade de acessar informações e estabelecer relações^{12,4}. A vulnerabilidade individual da população LGBTIA+ manifesta-se nas características pessoais e nas experiências únicas que influenciam sua interação com o sistema de saúde e a qualidade dos cuidados recebidos. Fatores como a trajetória pessoal, considerando os estigmas internalizados, o medo da discriminação, a falta de informação e o enfrentamento cotidiano de preconceitos, somados a aspectos psicológicos e emocionais frequentemente marcados por processos de exclusão social, afetam o bem-estar e a saúde mental dessas pessoas, assim como as relações familiares, de amizade, profissionais e de apoio social, tornando fundamental o desenvolvimento de estratégias de acolhimento, livres de julgamentos¹².

4.1.3.3. A **dimensão social** destaca os aspectos sociais que delimitam e definem os diferentes contextos, abordando as relações econômicas, étnico/raciais, culturais, de gênero, entre gerações, bem como as formas de exclusão social e os modos de inclusão que perpetuam a desigualdade^{12,4}. Além disso, a dimensão social da vulnerabilidade também está associada ao acesso a emprego, saúde integral, educação, justiça, cultura, lazer, esportes, entre outros, que podem ou não aprofundar as desigualdades da população LGBTIA+ e dificultar sua plena inclusão na sociedade¹².

4.1.3.4. A **dimensão programática** refere-se à análise de como os serviços, programas, políticas públicas e ações institucionais garantem o acesso e a proteção ao direito à saúde, compreendendo como essas políticas atuam na redução, reprodução ou ampliação das situações de vulnerabilidade^{12,4}. No que se refere à dimensão programática, observa-se que as políticas públicas, os serviços e os programas institucionais ainda apresentam limitações para atender de forma adequada e eficaz às demandas da população LGBTIA+. Essas condições estruturais aumentam a exposição a riscos, agravam desigualdades históricas e comprometem o direito à saúde, reforçando a necessidade do fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e exigindo a formulação e execução de políticas públicas integradas que promovam a proteção social e valorizem a diversidade¹².

4.1.3.5. Nesse sentido, serviços que reconhecem e respeitam o nome social e contam com profissionais preparados para lidar com a diversidade sexual e de gênero, promovem um atendimento alinhado às necessidades da população, além de contribuir significativamente para reduzir a vulnerabilidade programática⁴.

4.1.3.6. Contudo, abordar a vulnerabilidade requer identificar suas múltiplas dimensões e oferecer cuidados considerando todo o contexto das pessoas. Focar apenas no aspecto da diversidade sexual e de gênero de forma isolada é insuficiente para compreender plenamente as vivências e situações de vulnerabilidade dessa população⁶.

4.1.3.7. Na sociedade, algumas pessoas podem vivenciar maiores situações de vulnerabilidade devido à interação de diferentes marcadores sociais — como orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, etnia, nacionalidade, classe social, território, idade, deficiência — que se entrelaçam para moldar diferentes experiências. Esse entrelaçamento, que pode potencializar vulnerabilidades e gerar implicações estruturais, é denominado interseccionalidade.

4.1.3.8. A interseccionalidade, termo introduzido por Kimberlé Crenshaw, está profundamente ligada à vulnerabilidade individual, e resulta da interação entre diferentes marcadores sociais. Ela permite compreender como múltiplas identidades e experiências se cruzam, moldando a forma como cada indivíduo vivencia riscos, discriminações e acessos a direitos. No caso de uma pessoa LGBTIA+, por exemplo, os desafios não se limitam à orientação sexual ou identidade de gênero, mas também envolvem fatores como raça, etnia, nacionalidade, classe social, deficiência ou idade. Esse conceito descreve como as diversas matrizes de dominação se articulam e interagem, gerando variadas formas de exclusão para grupos que não se conformam às normas hegemônicas estabelecidas³.

4.1.3.9. As desigualdades raciais, econômicas e de gênero estão interligadas e se interseccionam de forma dinâmica e ativa na construção de processos de desempoderamento¹³. Essas matrizes promovem a hierarquização social, que frequentemente ignora ou simplifica os diferentes marcadores sociais e as experiências que os envolvem. O racismo, especificamente, representa um desafio significativo para o sistema de saúde, que muitas vezes enfrenta dificuldades em reconhecê-lo e entender o impacto que ele tem sobre a saúde da população. Para oferecer um atendimento equitativo à população negra LGBTIA+, é fundamental que profissionais de saúde estejam bem preparados para realizar uma avaliação integral, considerando os determinantes sociais da saúde (DSS) e as interseccionalidades presentes na vida de cada pessoa. No caso da população negra, é essencial reconhecer o racismo como um fator significativo do adoecimento⁶.

4.1.3.10. As desigualdades de gênero também têm um papel significativo nas relações de poder, resultando em sofrimento, adoecimento e até mesmo a morte para as mulheres. Mulheres lésbicas, bissexuais e pansexuais enfrentam o silenciamento e a estigmatização de sua sexualidade, tanto na sociedade quanto nos serviços de saúde e na produção acadêmica⁴.

4.1.3.11. No caso das pessoas trans e travestis, a não conformidade com o sistema binário de gênero acentua o lugar de exclusão. Essas pessoas enfrentam barreiras e veem sua aceitação social ligada à “passabilidade” - a possibilidade de serem reconhecidas como parte de um determinado grupo - forçando-as muitas vezes a se adaptarem a normas de gênero impostas pela cisheteronormatividade⁴.

4.1.3.12. Entre homens gays, observa-se a prática das microagressões e da rejeição em relação aos “gays afeminados”. Além disso, homens cisgêneros

gays, frequentemente socializados de acordo com os padrões da masculinidade cisheterossexual, podem reproduzir relações misóginas, especialmente nas interações com mulheres⁴.

4.2. Por fim, a vivência constante de estressores decorrentes da LGBTIfobia pode impactar negativamente a saúde mental, sendo um fator significativo no desenvolvimento de quadros como ansiedade, depressão e outros relacionados¹⁴. Diante dessa complexidade, é imprescindível que profissionais de saúde e gestores reconheçam a interseccionalidade e as dimensões da vulnerabilidade enfrentadas pela população LGBTIA+, adotando abordagens integradas que considerem tanto os aspectos individuais quanto os sociais. Desse modo, será possível também enfrentar as barreiras estruturais e institucionais que caracterizam a vulnerabilidade programática, assegurando um atendimento acessível, inclusivo e eficaz, capaz de responder às necessidades da população e promover a equidade no acesso à saúde.

5. AMBIÊNCIA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

5.1. É fundamental que os serviços de saúde promovam um atendimento seguro, respeitoso e acolhedor, baseado em práticas éticas e inclusivas. Algumas orientações merecem destaque, como:

5.1.1. **Ambiência**

5.1.1.1. A ambiência na saúde ultrapassa o conceito de espaço físico, abrangendo também aspectos sociais, profissionais e relacionais. É fundamental que profissionais da Atenção Primária criem ambientes acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, favoreçam mudanças nos processos de trabalho e promovam encontros significativos entre as pessoas. Algumas medidas se destacam, como a implementação de sinalização inclusiva nos banheiros, com o objetivo de evitar situações constrangedoras para pessoas trans. Isso inclui o uso de imagens e textos que não reforcem uma visão binária de gênero e a adoção de práticas que respeitem a identidade de cada indivíduo, permitindo que utilizem o banheiro correspondente ao gênero que vivenciam. A adaptação de alguns banheiros, para banheiros neutros, pode ser uma solução importante, mas deve complementar - e não substituir - o direito de acesso pleno e respeitoso aos banheiros convencionais. Essas iniciativas precisam ser acompanhadas de ações educativas que promovam conscientização e garantam a circulação livre e segura de todas as pessoas, eliminando barreiras relacionadas à discriminação e ao preconceito.

5.1.1.2. Organizar o espaço institucional de maneira a evidenciar o compromisso com a diversidade e a inclusão também é essencial. Isso pode ser feito por meio de materiais informativos sobre saúde LGBTIA+, como cartazes e folhetos indicando respeito ao uso do nome social e sinalização inclusiva de banheiros⁴.

5.1.2. **Linguagem inclusiva nos serviços de saúde**

5.1.2.1. Durante todo o atendimento à população é essencial utilizar linguagem inclusiva e não discriminatória, respeitando a identidade de gênero e orientação sexual da pessoa, inclusive nos registros e documentos do serviço. Exemplos incluem⁶:

I - **Perguntar:** Como você gostaria que eu te chamasse?

II - **Questionar de forma respeitosa:** Com qual gênero você se identifica? / Quais pronomes devemos usar? / Qual a sua orientação sexual? / Você se identifica como lésbica, gay, bissexual, pansexual, assexual, heterossexual ou de outra forma?

III - **Confirmar:** Algum termo que utilizamos para descrever partes do corpo causa desconforto para você?

IV - **Criar um espaço de diálogo:** Há algo que você gostaria de

compartilhar e que ainda não discutimos?

5.1.2.2. Aqui, ainda estão algumas sugestões para um vocabulário mais amplo⁴:

- I - Pênis, testículos, vulva, vagina -> Genitais.
- II - Pênis, saco escrotal -> Órgãos reprodutivos externos.
- III - Útero, ovários -> Órgãos reprodutivos internos.
- IV - Mãe / Pai -> Responsável.
- V - Esposa, esposo, marido -> Parceria/Cônjuge.
- VI - Camisinha masculina -> Preservativo externo.
- VII - Camisinha feminina -> Preservativo interno.

5.1.3. **Nome social**

5.1.3.1. Respeitar o nome pelo qual a pessoa deseja ser chamada é um direito. Desde o primeiro contato é fundamental perguntar como ela prefere ser chamada e se possui nome social⁴. A inclusão do nome social no Cartão do SUS é um passo significativo para legitimar a identidade da população e ampliar o acesso à rede pública de saúde¹⁰.

5.1.3.2. Sempre que solicitado, deve-se emitir o Cartão Nacional de Saúde (CNS) com o nome social da pessoa, assegurando sua atualização e uso consistente em todos os documentos, sistemas de informação e materiais relacionados.

5.1.3.3. No contexto dos profissionais de saúde, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS APS ampliou o uso do nome social, incluindo não apenas a população atendida, mas também trabalhadores da saúde. Com essa atualização, o sistema garante que o nome social de profissionais esteja visível em todos os campos, como nos documentos impressos e prescrições eletrônicas.

5.1.4. **Campanhas de saúde**

5.1.4.1. As campanhas de saúde devem considerar as especificidades do cuidado para pessoas LGBTIA+, indo além de uma abordagem centrada exclusivamente em mulheres ou homens cisgêneros, como as campanhas do “Outubro Rosa” e “Novembro Azul”. Essa abordagem torna-se mais inclusiva ao contemplar a diversidade sexual e de gênero³.

5.1.4.2. Já o “Dezembro Vermelho” e o “Julho Amarelo”, que promovem a prevenção ao HIV/Aids, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Virais, respectivamente, não devem ser restritos à população LGBTIA+. A conscientização deve abranger toda a população, baseando-se nas práticas de cada pessoa, independentemente da orientação sexual ou identidade de gênero. Essa abordagem amplia o alcance das campanhas e promove uma prevenção mais efetiva e inclusiva⁴.

5.1.4.3. Para alcançar pessoas que não utilizam regularmente os serviços de saúde, é fundamental adotar estratégias e/ou ações fora dos serviços⁴. Essas iniciativas ampliam o acesso às campanhas, promovem engajamento, reduzem estigmas e incluem grupos muitas vezes invisibilizados.

5.2. Por fim, é indispensável assegurar a confidencialidade das informações e a observância do sigilo profissional, como elementos essenciais para a construção de confiança e para a garantia de um cuidado ético.

6. **REGISTROS E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO**

6.1. No âmbito da gestão da informação em saúde, é fundamental que os registros sejam realizados de forma adequada, ética e em conformidade com as orientações

técnicas do Ministério da Saúde. A utilização dos campos disponíveis nos sistemas de informação deve ocorrer de maneira qualificada e alinhada às finalidades do cuidado e da gestão, assegurando, em todos os casos, a preservação da privacidade da pessoa e a observância do sigilo das informações.

6.1.1. **Mapeamento territorial e diagnóstico de saúde**

6.1.1.1. A dificuldade em coletar informações sobre orientação sexual e identidade de gênero nos sistemas de informação, combinada com a ausência de cruzamento desses dados com variáveis como idade, raça/cor, classe social, entre outros, evidencia barreiras estruturais que agravam situações de vulnerabilidade⁴. O mapeamento territorial deve identificar pessoas e grupos expostos a situações de vulnerabilidade. Agentes Comunitários de Saúde (ACS) precisam estar preparados para reconhecer espaços frequentados por pessoas LGBTIA+, lideranças comunitárias e iniciativas que acolham a diversidade sexual e de gênero. Paralelamente, é importante mapear instituições ou ambientes que promovam discursos discriminatórios⁴.

6.1.1.2. O registro da população deve incluir dados sobre identidade de gênero, orientação sexual e nome social. Para isso, profissionais devem estar preparados para abordar essas questões, sendo a análise dessas informações fundamental para embasar as ações de saúde⁴. As informações obtidas no mapeamento territorial subsidiam o registro qualificado nos sistemas de informação, especialmente por meio do cadastro na APS.

6.1.2. **Cadastro e o Sistema de Informação para a Atenção Primária à Saúde (Siaps)**

6.1.2.1. Os quesitos de equidade referem-se a campos presentes nos sistemas de informação em saúde, assim como nas fichas e formulários da Atenção Primária do SUS, sendo essenciais para identificar populações em situação de vulnerabilidade nos territórios. Esses dados podem ser registrados no cadastro, nos atendimentos, nas notificações de agravos, entre outros instrumentos da APS.

6.1.2.2. Um registro adequado e consistente das informações é uma prática que pode ser aprendida e aprimorada, além de constituir um dever ético e legal, contribui para um cuidado mais seguro e eficaz e orienta o planejamento e o monitoramento das ações no território. Por isso, a atualização contínua dessas informações é indispensável para o aprimoramento da atenção e das políticas públicas em saúde.

6.1.2.3. O objetivo da coleta de dados é registrar as condições de saúde, características sociais, econômicas, demográficas e outras informações relevantes sobre as populações nos territórios atendidos pela APS. Para isso, na Estratégia Saúde da Família (ESF) são utilizadas as fichas de cadastro do e-SUS APS, que incluem de **forma obrigatória** a coleta de dados sobre “orientação sexual” e “identidade de gênero”.

6.1.2.4. A atualização da estratégia e-SUS APS, em conformidade com as recomendações da Nota Técnica nº 21/2024-Caeq/CGESCO/Desco/Saps/MS, contribui para a melhoria da identificação da população LGBTIA+ e para o desenvolvimento de ações voltadas ao aprimoramento do cuidado.

6.1.2.5. Além disso, ressalta-se que o cadastro na APS constitui uma estratégia importante para a **criação de vínculo** e para a **melhoria do acompanhamento territorial**. A adscrição das pessoas usuárias permite desenvolver relações de responsabilização entre as equipes e a população sob sua responsabilidade, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, além de contribuir para a reorganização da APS nos territórios e para a melhoria do atendimento. Esses dois marcadores desempenham papel central no cofinanciamento federal no âmbito da APS. O

Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial visa estimular o aprimoramento do processo de territorialização, da análise epidemiológica e demográfica e das condições de vida da população adscrita à equipe, por meio da qualificação do cadastro e do acompanhamento das pessoas e famílias. Dessa forma, promovem-se o acesso e a responsabilização sanitária, com o intuito de atender às necessidades em saúde e contribuir para a melhoria progressiva da qualidade e da integralidade da Atenção Primária.

7. ATENÇÃO INTEGRAL E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

7.1. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, deve-se assegurar o acesso da população LGBTIA+ às ações previstas na carteira de serviços, incluindo promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado clínico, acompanhamento de condições crônicas e, quando indicado, encaminhamentos na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse cuidado deve considerar as necessidades de forma individualizada, sem generalizações, fortalecendo a coordenação do cuidado e a comunicação entre os diferentes pontos da rede, de modo a garantir atenção integral e contínua.

7.2. Para aprimorar essa atuação, apresentam-se, a seguir, orientações fundamentais direcionadas a todas as pessoas que atuam na APS. Tais recomendações visam fortalecer as práticas de cuidado e promover um atendimento mais resolutivo, equitativo e integral, mediante a promoção de ambientes institucionais que favoreçam a sensação de segurança e respeito durante o atendimento^{4,6}:

- I - Aprofundar-se em conceitos básicos sobre sexualidade e a história da população LGBTIA+.
- II - Estabelecer vínculo horizontal e empático com a pessoa usuária, reconhecendo as experiências de estigma e discriminação como parte do processo de adoecimento.
- III - Implementar ações que ampliem o acesso e garantam acolhimento à população LGBTIA+.
- IV - Adotar abordagens centradas na pessoa, considerando sua trajetória de vida e seus contextos sociais, econômicos, culturais, entre outros, reconhecendo a influência desses determinantes na saúde.
- V - Evitar pressupostos cisheteronormativos durante a escuta e o acolhimento, permitindo que a pessoa se expresse sobre sua vivência e necessidades sem constrangimento ou julgamento.
- VI - Respeitar o tempo e o desejo da pessoa LGBTIA+ em compartilhar informações sobre sua identidade ou experiências, evitando condutas invasivas ou curiosidades impróprias.
- VII - Oferecer integralidade na atenção à saúde, envolvendo a rede de apoio da pessoa no planejamento do cuidado, sempre que essa for sua vontade.
- VIII - Apoiar famílias com pessoas LGBTIA+, estimulando ambientes de acolhimento e diálogo.
- IX - Promover a educação permanente e atividades formativas que integrem a diversidade sexual e de gênero, além de incorporá-las em todas as demais ações de saúde.
- X - Valorizar o trabalho em equipe multiprofissional, promovendo um cuidado integral e articulado dentro dos serviços e na RAS.
- XI - Enfrentar preconceitos pessoais relacionados à sexualidade e buscar suporte para lidar com a LGBTIfobia internalizada.
- XII - Facilitar o acesso aos serviços de saúde para pessoas em situação de rua e profissionais do sexo, promovendo a inclusão e equidade.
- XIII - Promover o cuidado em saúde sexual e reprodutiva de forma não

discriminatória, reconhecendo e acolhendo as diferentes expressões de parentalidade, os diferentes desejos reprodutivos e as variadas práticas sexuais.

XIV - Apoiar a parentalidade LGBTIA+, incentivando a criação de ambientes familiares acolhedores e inclusivos.

XV - Acolher e orientar adolescentes LGBTIA+ com escuta qualificada, respeitando sua autonomia progressiva e garantindo acesso seguro a informações e cuidados em saúde.

XVI - Garantir o direito e o respeito ao nome social, a identidade de gênero e a orientação sexual em todas as etapas, promovendo um ambiente livre de julgamentos nos serviços de saúde, desde a recepção até o atendimento.

7.3. Ademais, cabe às gestões dos serviços de saúde assegurar a continuidade e a consolidação das políticas públicas de saúde, em consonância com as diretrizes constitucionais e legais do SUS. Para tanto, é fundamental promover o aperfeiçoamento contínuo das equipes, adotar estratégias estruturantes que qualifiquem o acesso e o cuidado, fortalecer o vínculo entre serviços e população e incentivar a participação social, inclusive por meio da implementação e fortalecimento de Conselhos Gestores. Compete ainda à gestão fomentar ambientes institucionais que estimulem a reflexão crítica sobre processos de trabalho, bem como a sensibilização permanente das equipes quanto às especificidades da população LGBTIA+, garantindo atendimento respeitoso, inclusivo e equitativo⁶.

7.4. Entre as principais orientações destacam-se³:

I - Analisar a trajetória da população LGBTIA+ nas Redes de Atenção à Saúde, articulando os diferentes níveis de atenção e serviços, além de conhecer as competências de cada nível e compreender a estrutura e organização das Redes.

II - Mapear o perfil da população LGBTIA+ no território.

III - Elaborar diretrizes de cuidado voltadas para essa população, como linhas de cuidado, guias e/ou protocolos.

IV - Elaborar Plano Operativo para orientar e coordenar as ações propostas, além de estruturar matrizes para monitorar e avaliar o impacto dessas ações.

V - Garantir a inclusão da saúde LGBTIA+ nos instrumentos de planejamento em saúde – como os Planos Municipais e Estaduais de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS) e os Relatórios de Gestão – assegurando sua institucionalização de forma permanente e estratégica.

VI - Sensibilizar e aprimorar continuamente as equipes de saúde, com foco nos princípios da equidade e dos direitos humanos, considerando a perspectiva da interseccionalidade e as especificidades do cuidado à população LGBTIA+.

VII - Promover o correto preenchimento e a qualificação das variáveis de “identidade de gênero” e “orientação sexual” nos sistemas de informação em saúde, com garantia de confidencialidade, sigilo e não discriminação.

VIII - Fortalecer a articulação intersetorial, envolvendo áreas como educação, assistência social, justiça, cultura, direitos humanos, entre outras, para a construção de redes integradas de cuidado e proteção social.

IX - Fomentar a participação social da população LGBTIA+ na formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde, por meio de Conselhos e Comitês de Saúde, Conferências e demais instâncias de controle social.

X - Incentivar a criação e o fortalecimento de serviços de referência ou pontos de atenção sensíveis às especificidades da população LGBTIA+ no território, considerando vulnerabilidades ampliadas por marcadores sociais como raça/cor, etnia, nacionalidade, território, idade, deficiência, entre outros.

XI - Promover estratégias de comunicação institucional que afirmem o compromisso do SUS com o respeito à diversidade, utilizando linguagem inclusiva e campanhas educativas voltadas à população e aos profissionais de saúde.

8. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

8.1. A Educação Permanente em Saúde (EPS) reconhece o cotidiano como espaço de invenção, acolhimento de desafios e transformação dos modelos de atenção, substituindo práticas tradicionais por ações cooperativas, colaborativas e integradas, baseadas na escuta da diversidade e da pluralidade. Na proposta da EPS, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação e da formação ocorre na prática, por meio do trabalho colaborativo entre equipes, profissionais de saúde e parcerias, com vistas à implementação de ações relevantes, de qualidade e com resolutividade.

8.2. Como os serviços de saúde podem reproduzir estruturas LGBTIfóbicas, é indispensável criar ambientes acolhedores que atendam às necessidades de saúde da população LGBTIA+. Isso inclui a transformação dos processos de gestão, recepção, ambiência, registro, prontuário e regulação, bem como o desenvolvimento de ações educativas voltadas ao aprimoramento das equipes⁴.

8.3. Além disso, é essencial incluir temas relacionados à diversidade sexual e de gênero na formação em saúde e promover atualizações constantes por meio de processos de educação permanente. Devem ser incentivadas iniciativas voltadas à qualificação do acolhimento, da comunicação e das práticas de cuidado, utilizando materiais técnicos, notas orientadoras e espaços de diálogo como instrumentos de apoio às equipes. Nesse sentido, a EPS constitui uma estratégia para o aprimoramento contínuo do cuidado, respeitando os contextos locais e fortalecendo a garantia do direito à saúde da população LGBTIA+.

9. CONCLUSÃO

9.1. A presente Nota Técnica reafirma o compromisso do SUS com a atenção integral, humanizada e equitativa, conforme os marcos legais e normativos vigentes. Este material possui caráter orientador e formativo, subsidiando o aperfeiçoamento dos processos de trabalho. As orientações aqui apresentadas visam apoiar gestores e profissionais da APS no aprimoramento do cuidado, respeitando a diversidade dos territórios, a autonomia federativa e os princípios que estruturam o Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde destaca a importância de que todos os serviços da Atenção Primária estejam preparados e acessíveis para acolher e atender a população LGBTIA+, considerando suas diversidades, vulnerabilidades, modos de vida e costumes. A promoção da equidade requer estratégias que aprimorem os processos de trabalho, fortaleçam o vínculo entre as pessoas usuárias e as equipes de saúde, incentivem a educação permanente e contem com o compromisso da gestão em promover ações intersetoriais e que assegurem a participação social, construindo uma rede de cuidado acolhedora, inclusiva e efetiva.

10. MAIS INFORMAÇÕES

10.1. Em caso de dúvidas sobre a condução dos processos pelas equipes de saúde da APS ou pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde está disponível para apoio. Para mais esclarecimentos sobre diretrizes e boas práticas voltadas à população LGBTIA+ na Atenção Primária à Saúde, entre em contato pelos canais abaixo:

- Coordenação-Geral de Acesso e Equidade na Atenção Primária à Saúde

(CGAEQ/Desf/Saps/MS) - cgaeq@saude.gov.br

- Saúde LGBTIA+ na APS - lgbtia.aps@saude.gov.br

10.2. Para mais informações sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, serviços, publicações e legislações, acesse nosso site: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/populacao-lgbtqiapn>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MISKOLCI, Richard *et al.* Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3815-3824, out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hWZDMgSHpzyTdrZ4QcSRXj/?lang=pt>. Acesso em: 20 junho 2025.
2. DOS SANTOS, Antonio Nacílio Sousa *et al.* Políticas de saúde e desigualdade – determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único De Saúde (Sus). **Revista ARACÊ**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 4, p. 17006-17039, abr. 2025. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n4-082>. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4324/5783> Acesso em: 20 junho 2025.
3. LORENA, Allan Gomes *et al.* Linha de cuidado da saúde da pessoa LGBTQIAPN+ do CEJAM: o processo de implantação na região do Capão Redondo e Jardim Ângela, na zona sul da cidade de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 20, n. 221, p. 267-278, out. 2023. DOI: <https://doi.org/10.57148/bepa.2023.v.20.38964>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/issue/view/2686>. Acesso em: 20 junho 2025.
4. CIASCA, Saulo Vito *et al.* **Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar**. 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 junho 2025.
6. SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Área Técnica de Saúde Integral da População LGBTIA+. **Protocolo para o cuidado integral à saúde de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero no município de São Paulo**. 2. ed. São Paulo, SP: Secretaria Municipal da Saúde, 2023. Disponível em: https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Protocolo-Trans_revis%C2%AA%20ed%202024.pdf. Acesso em: 25 junho 2025.
7. BROILO, Rodrigo; AKERMAN, Jacques. Políticas públicas de saúde para a população LGBT no Brasil: identidades sexuais e novas zonas de exclusão. **Revista Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 1, n. 1, p. 232-250, dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.9771/cgd.v1i1.13571>. Disponível em: <https://periodicos.ufiba.br/index.php/cadgendiv/article/view/13571>. Acesso em: 20 junho 2025.
8. LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 43-63, set. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pxSyLfDd8pZzdQ6tknGbWnx/?lang=pt#>. Acesso em: 25 junho 2025.
9. ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 1-18, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00234>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/NGpjbDZLqR78J8Hw4SRsHwL/?lang=pt#>. Acesso em: 25 junho 2025.

10. POPADIUK, Gianna Schreiber *et al.* A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, mai. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JVTfd3DqVzN3dPMLPJYLVy/?lang=pt>. Acesso em: 25 junho 2025.
11. 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**, v. 17, n. 2, p. 11-21, jun. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NdCpsvRwnJVYHZhSwRNhns/?lang=pt>. Acesso em: 20 junho 2025.
12. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; PAIVA, Vera & França-Junior, Ivan. 2012. **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita & BUCHALLA, Cassia Maria (org). **Vulnerabilidade e direitos humanos - Prevenção e promoção da saúde**, Livro I - Da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.
13. RODRIGUES, Talita. **Gestar, Parir, Morrer: Mulheres Negras, Morte Materna e o Racismo na Saúde**. Orientador: Tereza Lyra; Emanuelle Góes. 2022. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz, Pernambuco Recife, 2023.
14. BUDGE, Stephanie *et al.* Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 81(3), p. 545-557, jun. 2013. DOI: 10.1037/a0031774. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23398495/>. Acesso em: 25 junho 2025.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 junho 2025.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 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 (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde, 1 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 18 junho 2025.
17. BRASIL. **Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n.º 8.727, de 28 de abril de 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: Presidência da República, 28 abr. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8727.htm. Acesso em: 18 junho 2025.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. [recurso eletrônico], 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pneps>>.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Educação Permanente em Saúde: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de**

entrelaçamento de saberes. Brasília: Ministério da Saúde, mai. 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 18 junho 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Ethel Proenca Braga, Coordenador(a)-Geral de Acesso e Equidade na Atenção Primária à Saúde substituto(a)**, em 26/02/2026, às 16:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Eudes Barroso Vieira, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família**, em 27/02/2026, às 19:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 02/03/2026, às 09:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0053534287** e o código CRC **00C0B28D**.

Referência: Processo nº 25000.126051/2025-58

SEI nº 0053534287

Coordenação do Acesso e Equidade - CAEQ
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br