



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

**BERNARDO VICENTE DE MOURA BIASI**

**DA INVISIBILIZAÇÃO ÀS MICROAGRESSÕES: COMO A AUSÊNCIA  
DE POLÍTICA AFETA A SAÚDE LGBT+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**CAMPO GRANDE - MS**

**2025**

**BERNARDO VICENTE DE MOURA BIASI**

**DA INVISIBILIZAÇÃO ÀS MICROAGRESSÕES: COMO A AUSÊNCIA DE POLÍTICA AFETA A SAÚDE LGBT+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientador (a): Dra. Bianca Cristina Ciccone Giacon-Arruda

**Residência Multiprofissional  
em Saúde da Família**

**SESAU/FIOCRUZ**

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

**CAMPO GRANDE - MS**

**2025**

## **Da Invisibilização às Microagressões: como a ausência de política Afeta a Saúde LGBT+ na Atenção Primária**

### **Resumo**

Objetivo: descrever a percepção de profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre os limites e as possibilidades no cuidado à população LGBT+ no território. Método: estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com nove profissionais de diferentes categorias, de três Unidades de Saúde da Família de uma capital do centro-oeste do Brasil. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada com cada participante, e analisados à luz da análise de conteúdo, modalidade temática. Resultados: identificou o desconhecimento estrutural da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, revelando formação insuficiente e ausência de protocolos institucionais. As barreiras de acesso descritas incluíram o uso inadequado do nome social, falhas no cadastro, inexistência de vigilância epidemiológica e microagressões naturalizadas, compondo um ambiente que produz invisibilidade e afasta usuários. Apesar das fragilidades, emergiram percepção de potencialidades como demanda por educação permanente, protocolos clínicos para cuidado trans e ações de ambiência inclusiva. Considerações finais: a efetivação das políticas depende de investimento institucional contínuo, revisão dos processos de trabalho e consolidação da atenção primária à saúde como espaço de reconhecimento e equidade.

Palavras-chave: LGBT. Atenção Primária à Saúde. Equidade. Microagressões. Políticas Públicas.

### **Abstract**

Objective: to describe the perception of Primary Health Care professionals regarding the limitations and possibilities in caring for the LGBT+ population in the territory. Method: descriptive study, with a qualitative approach, involving nine professionals from different categories, from three Family Health Units in a capital city in central-western Brazil. Data were collected through a semi-structured interview with each participant and analyzed using thematic content analysis. Results: identified structural ignorance of the National LGBT Comprehensive Health Policy, revealing insufficient training and a lack of institutional protocols. The barriers to access described included the inappropriate use of social names, flaws in registration, lack of epidemiological surveillance, and naturalized microaggressions, creating an environment that produces invisibility and alienates users. Despite these weaknesses, perceptions of potential emerged, such as the demand for continuing education, clinical protocols for trans care, and inclusive environment actions. Final considerations: the implementation of policies depends on continuous institutional investment, review of work processes, and consolidation of primary health care as a space for recognition and equity.

Keywords: LGBT. Primary Health Care. Equity. Microaggressions. Public Policies.

## Resumen

**Objetivo:** describir la percepción de los profesionales de la atención primaria de salud sobre los límites y las posibilidades en la atención a la población LGBT+ en el territorio. **Método:** estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, con nueve profesionales de diferentes categorías, de tres Unidades de Salud Familiar de una capital del centro-oeste de Brasil. Los datos se recopilaron mediante una entrevista semiestructurada con cada participante y se analizaron mediante el análisis de contenido, modalidad temática. **Resultados:** se identificó el desconocimiento estructural de la Política Nacional de Salud Integral LGBT, lo que reveló una formación insuficiente y la ausencia de protocolos institucionales. Las barreras de acceso descritas incluyeron el uso inadecuado del nombre social, fallas en el registro, inexistencia de vigilancia epidemiológica y microagresiones naturalizadas, lo que compone un ambiente que produce invisibilidad y aleja a los usuarios. A pesar de las debilidades, surgieron percepciones de potencialidades como la demanda de educación permanente, protocolos clínicos para la atención trans y acciones de ambiente inclusivo. **Consideraciones finales:** la eficacia de las políticas depende de la inversión institucional continua, la revisión de los procesos de trabajo y la consolidación de la atención primaria de salud como espacio de reconocimiento y equidad.

Palabras clave: LGBT. Atención primaria de salud. Equidad. Microagresiones. Políticas públicas.

## **Introdução**

A sexualidade constitui uma construção sociocultural atravessada por normas, expectativas e relações de poder que moldam modos de ser, expressar-se e relacionar-se no mundo<sup>1</sup>. No contexto ocidental, a heteronormatividade opera como matriz regulatória que legitima apenas identidades e expressões alinhadas ao sistema sexo-gênero binário, produzindo desigualdades estruturais para aqueles que dele se afastam<sup>2</sup>. Para Butler<sup>2</sup>, o gênero é sustentado por atos performativos reiterados que naturalizam a binariedade e reforçam a heterossexualidade compulsória. Spade<sup>3</sup>

aprofunda essa discussão ao evidenciar que dispositivos administrativos e jurídicos operam como mecanismos de consolidação da violência estrutural, ao limitar o acesso a direitos e produzir a marginalização sistemática de pessoas LGBTQ+.

Em diálogo com essa perspectiva, Albuquerque<sup>4</sup> argumenta que modos de existência não normativos devem ser compreendidos como expressões legítimas de resistência, capazes de desestabilizar e tensionar expectativas sociais hegemônicas. Em sentido oposto à exclusão, a construção de ambientes que reconhecem e valorizam a pluralidade das identidades contribui para o fortalecimento do bem-estar, do sentimento de pertencimento e para a redução dos danos psicossociais associados ao estigma<sup>5</sup>.

Essas dimensões teóricas articulam-se diretamente com os princípios que orientam as políticas públicas de saúde no Brasil. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da equidade assume centralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), ao reconhecer que grupos historicamente submetidos a desigualdades demandam respostas diferenciadas para a efetivação do acesso e do cuidado integral<sup>5-6</sup>.

Contudo, a formação dos profissionais de saúde permanece majoritariamente ancorada em uma matriz cis-heteronormativa, que invisibiliza as demandas específicas da população LGBTQ+ e contribui para a reprodução de práticas marcadas por iniquidades, negligência das vulnerabilidades e fragilização dos processos de acolhimento<sup>5-6</sup>.

No país, a pauta LGBTQ+ ganhou visibilidade no campo da saúde durante a epidemia de HIV/AIDS, mas apenas se consolidou como política pública com a promulgação da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQ (PNSILGBT), em 2011, que visa garantir direitos, reduzir desigualdades e qualificar o cuidado integral no SUS. Apesar desse marco, estudos evidenciam que barreiras de acesso, microagressões e ausência de processos contínuos de educação permanente seguem presentes na APS<sup>7</sup>.

As microagressões são atos sutis naturalizados que compõem formas de violência simbólica que comprometem vínculos, reduzem a procura por cuidados e reforçam a exclusão institucional<sup>9</sup>. Em um contexto no qual a APS deveria atuar como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, tais práticas desafiam diretamente sua capacidade de garantir acolhimento, integralidade e equidade<sup>7</sup>.

Diante desse contexto, questiona-se: como os profissionais da APS percebem as potencialidades e as limitações no cuidado à população LGBT+?

Essa compreensão é essencial para o aprimoramento das práticas assistenciais, para a orientação de processos formativos e para o fortalecimento do compromisso ético-político com a promoção da equidade no SUS. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo descrever a percepção de profissionais da APS sobre os limites e as possibilidades no cuidado à população LGBT+ no território.

### **Metodologia**

Trate-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em três Unidades de Saúde da Família (USF) de uma capital do centro-oeste brasileiro. Elas são vinculadas à um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. A escolha do cenário relaciona-se ao papel estratégico da APS enquanto espaço central de produção de cuidado, vínculo e reconhecimento das vulnerabilidades sociais, essencial para compreensão das práticas e percepções no atendimento à população LGBT+.

Os participantes foram profissionais de saúde, de diferentes categorias, com o objetivo de captar a diversidade de olhares e práticas presentes no cotidiano da APS. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou maior de 18 anos, profissional de saúde de diferentes categorias (enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de dentista, médico e/ou farmacêutico) lotados nas USF incluídas no estudo. E, como critérios de exclusão, estar afastado ou em período de férias no momento da coleta de dados.

A seleção foi por conveniência. O total de 15 participantes eram elegíveis para participar do estudo. Destes, dez foram convidados a participar e 1 não aceitou devido a falta de interesse e tempo para entrevista. Assim, a amostra do estudo foi de oito profissionais.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2025, pelo pesquisador principal deste estudo, enfermeiro, homem trans, residente do Programa Multiprofissional em Saúde, com experiência prévia em estudos sobre o tema e em entrevistas individuais qualitativas.

Para a coleta de dados, realizou-se uma entrevista semiestruturada com cada profissional participante. As seguintes questões compuseram a entrevista semiestruturada: De acordo com a sua experiência, fale sobre a implementação da

política de saúde Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) nas unidades básicas de saúde. Conte-me como essa política acontece na sua unidade?; você já recebeu alguma capacitação sobre a atenção à saúde da população LGBTQIAPN+?; você sente dificuldade para prestar assistência para um indivíduo pertencente a população LGBTQIAPN+?

As entrevistas foram realizadas após a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Todas foram conduzidas de forma presencial, gravadas em mídia de áudio digital e posteriormente transcritas na íntegra, assegurando-se o sigilo e a privacidade dos participantes. A duração das entrevistas variou entre 30 e 60 minutos.

A coleta de dados foi finalizada por saturação teórica, entendida como o momento no qual novas entrevistas deixam de acrescentar elementos substantivos ao corpus empírico<sup>9</sup>. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática<sup>10</sup>, articulando as categorias emergentes com literatura nacional e internacional sobre saúde LGBT+, equidade, discriminação e microagressões.

**Quadro 1- Estruturação das categorias temáticas de acordo com os agrupamentos dos núcleos de sentidos identificados por meio da análise de conteúdo, modalidade temática.**

<i>Categorias temáticas</i>	<i>Núcleos dos sentidos</i>	<i>Definições</i>
<b>Limitações da APS para o cuidado integral e centrado na pessoa à população LGBT+.</b>	Conhecimento limitado sobre a PNSILGBT.	Trechos em que os profissionais indicam entendimento limitado sobre a política.
	Escassez de educação permanente sobre o tema	Trechos em que os participantes mencionam a falta de treinamentos ou capacitações sobre o assunto.
	Atitudes que reforçam violência e dificultam o acesso à saúde	Trechos em que aparecem falas sobre preconceito, estigma. Violência.
	Barreiras estruturais	Trechos sobre a existência de barreiras estruturais e sociais que dificultam o acesso à saúde.
	Uso inadequado do nome social	Trechos sobre o uso incorreto ou inexistente do nome social.
	Ausência de vigilância sobre população LGBT+	Trechos sobre a falta de vigilância voltada a população LGBT+.
	Estratégias para aumento de vínculo com paciente	Trechos em que são indicadas estratégias para criação. E aumento de vínculo com a comunidade LGBT
<b>Potencialidades da Atenção Primária à Saúde para o cuidado integral e centrado na pessoa à população LGBT+</b>	Reorganização do cuidado ofertado	Trechos que indicam a necessidade de criação de fluxos e protocolos sobre o atendimento e especificidades do indivíduo LGBT+.
	Oferta de ambiência e acolhimento	Trechos que indicam a necessidade de criação de fluxos e protocolos sobre o atendimento e

Fonte: realizado pelo autor.

Para fins de identificação analítica, os participantes foram categorizados conforme a profissão: Médicos (M), Gestão (G), Assistente Social (A), Enfermeiros (E) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O estudo foi conduzido em estrita conformidade com as normas éticas vigentes para pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando-se o anonimato dos participantes, a confidencialidade das informações e a participação voluntária. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 89626325.0.0000.5160.

### **Resultados E Discussão**

A pesquisa contou com a participação de nove profissionais de saúde: três enfermeiras, três médicos, um psicólogo, um assistente social e um agente comunitário de saúde. Destes, sete eram mulheres e dois homens, todos cisgêneros e heterossexuais, com idades entre 27 e 45 anos, compondo um grupo multiprofissional que contribuiu com diferentes olhares para a análise do fenômeno estudado.

#### **Limitações da APS para o cuidado integral e centrado na pessoa à população LGBT+.**

Os profissionais de saúde referiram conhecimento limitado acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (PNSILGBT).

“Eu não sei. Não sei sobre essa política. O que que ela muda ou mudou na unidade.” (M1)

“Sim, eu tenho. Ainda não acho que é completa, mas é um assunto, é uma política que eu sempre tento estar atualizada.” (G1)

“Também não. Nada de conhecimento.” (A1)

“Sobre a política em si, não. Poucas coisas, eu diria que pouca coisa.” (M3)

Tais relatos indicam fragilidade na implementação no âmbito da política na APS. Esses dados revelam que, embora a PNSILGBT reconheça a saúde como um direito fundamental dessa população, com o objetivo de reduzir desigualdades, ampliar o acesso e garantir a permanência nos serviços de saúde, tais diretrizes ainda encontram entraves na prática cotidiana<sup>46</sup>.

A falta de formação e/ou escassez de educação permanente sobre o cuidado a essa população também é referido pelos participantes.

“Eu participei de algumas palestras a respeito. Mas eu acho que é um tema que ainda não é muito abordado. Então, acho que o conhecimento ainda tem que ser mais explorado.” (ACS)

“Eu acho que a gente não está preparada. Porque eu estou aqui há um ano e pouco. Eu nunca tive acesso à orientação, à formação. É claro que também eu deveria estar buscando. Mas aqui a gente não teve essa oferta. De como tem esse aperfeiçoamento. E é um desafio, eu acredito. Porque... Não está na pauta.” (A1)

Assim, os entraves na assistência de qualidade têm como um fator importante o baixo ou ausente preparo/formação profissional adequada. O que impacta na ausência da implementação de protocolos assistenciais específicos e na carência de políticas institucionais direcionadas à população LGBT+<sup>11</sup>.

Ademais, a falta de formação adequada pode perpetuar a reprodução de práticas discriminatórias nos serviços de saúde baseado em crenças e pré-conceitos estruturais, presentes no cotidiano do cuidado conforme o relato:

“Mas eu acredito que, assim, os mais velhos, geralmente os que frequentam a igreja, tem uma religião ali mais rígida. Mas os mais novos, assim, na mesma faixa etária que eu ou de uma geração mais nova de agentes comunitários, eu os percebo mais abertos, mais tranquilos, assim, para essa questão.” (ACS)

“Sim, infelizmente sim. Tem muitas falas que as pessoas acham que são normais, né, de uma maneira comum, como brincadeira, como ah, mas também eles mesmos fazem preconceito com eles mesmos, né? Uma maneira assim bem... Como a gente pode colocar? Bem pejorativa para justificar o preconceito.” (G2)

“Não. Não? Não (...)Eu acho que a estrutura social impede o acesso da população LGBT. Que é mais em todos os âmbitos da sociedade. Acho que existe uma dificuldade na gestão” (M1)

A literatura indica que profissionais despreparados tendem a reforçar microinsultos, estigmas e atitudes preconceituosas, comprometendo a qualidade do cuidado e afastando essa população dos serviços de saúde<sup>12</sup>.

Estes achados reforçam que lacunas no ensino voltado à saúde da população LGBT+ fragilizam o desenvolvimento de uma abordagem holística e de uma escuta

qualificada, elementos essenciais para a efetivação dos princípios da equidade e da integralidade no SUS<sup>11</sup>.

As falhas apresentadas não estão reduzidas a discriminação individual, mas as deficiências administrativas que geram exclusões institucionais, dificultando a efetivação de direitos já existentes<sup>13</sup>.

Nesse contexto, Butler<sup>2</sup> analisa como a falta de questionamento das normas de gênero reforça a performatividade regulatória da cisheteronormatividade. As evidências indicam que a lacuna na formação é estrutural, sistemática e persistente, impactando diretamente os modos de acolher, registrar, nomear e cuidar<sup>11</sup>.

Quando questionados acerca do preenchimento dos campos referentes à orientação sexual e/ou à identidade de gênero, os participantes apresentaram as seguintes respostas, as quais evidenciam a desconsideração das necessidades e dos desejos dos indivíduos. Tais falas revelam uma abordagem predominantemente burocrática, que ignora a singularidade das experiências vividas no contexto do cuidado.

“É uma das primeiras até que eu olho. E aí eu percebi que colocam muito assim, não perguntam pra pessoa, e aí já colocam que a pessoa não quer falar, não tem interesse em falar, só pra poder fechar o cadastro ali.” (G2)

Essa fala evidencia Outro relato reforça essa percepção:

“Quase nunca está preenchida. Eu também dificilmente abordo na consulta.”  
(M3)

O comportamento dos profissionais, as percepções da implementação da política e do cuidado adequado com o direito a uma saúde equânime, inclusiva e integral, a partir dos relatos dos participantes, tendem a caracterizar ambientes pouco acolhedores. Os quais são sustentados por barreiras de natureza física, organizacional e de infraestrutura. Além disso, o atendimento é predominantemente orientado por uma lógica heteronormativa, influenciada por crenças religiosas e culturais, o que contribui para a reprodução de preconceitos e microviolências no cotidiano institucional.

Os atendimentos à população trans em sua grande maioria ocorrem em serviços especializados, sendo mais um modo de exclusão dessa população da APS. Outro fator que corrobora é a utilização de sistemas eletrônicos com lógica binária de sexo e gênero que compromete a continuidade do acompanhamento e a oferta de um cuidado integral e longitudinal. Além disso, a redução da privacidade nos

ambientes de atendimento para revelação da sexualidade agrava as desigualdades já presentes no sistema de saúde, impactando mais significativamente as pessoas transgênero. Demonstrando maior enfrentamento de experiências mais negativas, maior exposição a obstáculos físicos e ambientais, menor acesso aos serviços e tempos de espera mais longos em comparação com outros grupos da comunidade LGBT+<sup>6,14</sup>.

As falas apresentadas a seguir corroboram essas constatações, reforçando a compreensão de que tais fatores estruturais e simbólicos impactam diretamente a qualidade e a equidade do cuidado ofertado.

“Eu acho o acesso aqui limitado, né? Restrito. Pouco (...) Eu achava até que a gente ia ter mais aderência da comunidade, mas aí com os dias eu percebi que não tem muito o porquê deles virem, porque não tem nada assim que traga eles. Que deixe eles confortáveis. Não tem sinalização de que aqui é um lugar seguro. A gente não vê muitos folders de campanha.” (G1)

“Porque se for uma pessoa trans, que está em processo de hormonização, que ainda está tendo aquela mudança da imagem, já vai chegar e vai receber julgamentos.” (E1)

“Mas prejudica na vinculação, e aí é mais sutil, é uma coisa mais subjetiva do paciente na relação dele com a unidade.” (M2)

Essas percepções articulam-se com a ideia da invisibilidade na dessa população na APS, que ressalta que a ausência de sinalização inclusiva é interpretada como desinteresse institucional. Ou seja, não marcar explicitamente o espaço como seguro equivale a marcá-lo como potencialmente hostil<sup>12</sup>.

Os resultados descrevem um descompasso persistente entre a existência das políticas públicas e sua efetiva operacionalização nos serviços de saúde. O cotidiano institucional mostra-se permeado por microviolências e pela invisibilização de sujeitos e demandas, apesar do reconhecimento, por parte dos profissionais, da necessidade de mudanças nas práticas de cuidado.

“A gestão também deixa a religião e a política interferirem no ambiente de trabalho. A pessoa deixa a crença dela, de que aquilo é errado, interferir e, com isso, acaba negligenciando essas populações.” (E3)

Essas microviolências reforçam a hostilidade do ambiente institucional e produzem efeitos diretos sobre o acesso e a permanência da população LGBT+ nos serviços de saúde. As instituições normativas operam mecanismos de punição

simbólica e material sobre corporalidades dissidentes, enquanto Meyer demonstra que a exposição contínua a microagressões produz estresse de minoria, contribuindo para processos de adoecimento e evasão dos serviços de saúde<sup>4, 6, 11, 19</sup>. disposição, contudo, esbarra na fragilidade do apoio institucional, favorecendo a manutenção de práticas cisnormativas. Além disso, falhas administrativas, lacunas nos processos formativos e a ausência de protocolos assistenciais específicos configuram entraves significativos à efetivação de um cuidado integral e equitativo<sup>14-15</sup>.

A recorrência do discurso da “igualdade” como justificativa para não abordar as diferenças demonstra um abandono do princípio da equidade na APS, conforme descrito de maneira antagônica pelos participantes.

“Não, não senti não, não. senti não, porque é a relação humana (...) dificuldade minha técnica, se fosse relacionada, por exemplo, a uma avaliação de algum uso de hormônio, por exemplo, o paciente está usando alguma coisa, ou alguma medicação específica relacionada a um ambulatório de mudança de gênero” (M2)

“Bom, eu penso em todos os serviços que são oferecidos aqui. Tudo que a gente tem, os procedimentos, a gente tem a carta de serviços, cartilha de serviços. A gente tem as consultas. Eu não acredito que nada seja tão diferente. Eu só acredito que a parte de hormonização seja com encaminhamentos.” (G2)

Ao operar sob uma lógica universalista, os serviços reproduzem um modelo que contraria a própria normativa da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cuja diretriz de equidade reconhece que grupos historicamente vulnerabilizados demandam respostas diferenciadas, territorializadas e sensíveis às desigualdades estruturais. Esse cuidado que “trata todos igualmente” inviabiliza o reconhecimento das experiências corporais, identitárias e sociopolíticas da população LGBTQ+ e acaba por reforçar determinantes sociais do adoecimento. Tal prática revela a permanência de uma racionalidade biomédica que desconsidera marcadores sociais da diferença, produzindo o que a literatura denomina “neutralidade violenta”, na qual a suposta imparcialidade se converte em um dispositivo de exclusão institucional<sup>12-15</sup>.

As falas relacionadas ao uso do nome social aparecem de forma recorrente ao longo das entrevistas e reforçam o desconhecimento dos profissionais de saúde acerca da identidade de gênero, dificuldades no registro das informações, a

ocorrência de microviolências no cotidiano institucional e a insuficiência de preparo dos profissionais.

“Eu sempre presto atenção se existe um nome social, para poder chamar a pessoa pelo nome social. Porque eu sei que isso já aconteceu aqui: de chamar pelo nome morto, porque estava escrito. Aí o paciente até entrou na sala, mas pediu, já dentro da sala, para não ser chamado por esse nome.”

(M1)

A literatura classifica o desrespeito ao nome social como uma forma de microinsulto, por transmitir processos de invisibilização, desqualificação e desumanização. Ademais, o registro compulsório do campo “não quer informar” constitui um mecanismo administrativo de apagamento identitário, reproduzindo violência institucional<sup>12</sup>.

Essa perspectiva se agrava quando se observa que o uso do nome social — direito fundamental reconhecido pelo Decreto nº 8.727/2016 14 — ainda é tratado como um item opcional na rotina administrativa das unidades de saúde. Além disso, a Portaria nº 2.836/2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, reafirma esse direito como eixo estruturante da promoção da equidade. Quando profissionais de saúde registram a opção “não quer informar” ou utilizam o nome civil em detrimento do nome social, produzem microviolências que fragilizam o vínculo terapêutico, reforçam estigmas e violam diretrizes legais e sanitárias já consolidadas<sup>17</sup>.

A negligência no cumprimento dessas normativas não se configura apenas como uma falha de ordem operacional, mas como uma forma de violência administrativa que inviabiliza a efetivação de direitos legalmente assegurados. Tal omissão compromete a capacidade da APS de exercer seu papel estratégico na organização do cuidado e contribui para a manutenção de desigualdades historicamente produzidas<sup>4,10</sup>. Nesse sentido, o distanciamento entre as diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas e sua materialização no cotidiano dos serviços evidencia a urgência de reposicionar a sexualidade e a identidade de gênero como dimensões constitutivas e indissociáveis das práticas clínicas, organizacionais e de gestão na APS<sup>11,9</sup>.

A perspectiva patologizante, associada à lógica cisheteronormativa, enraizada socialmente, produz sofrimento significativo para a população LGBT+, especialmente no campo da saúde mental.

“A primeira demanda, que é sempre muito recorrente, é a demanda de saúde mental. Eu acho que é o que mais chama a atenção, porque realmente existe um risco maior de a pessoa vivenciar outros tipos de sofrimento, relacionados ao contexto social e familiar.” (M3)

Ademais, tal racionalidade reforça violências institucionais ao sustentar práticas de cuidado baseadas em uma noção abstrata de igualdade, desconsiderando o princípio da equidade e as especificidades dessa população<sup>18</sup>.

Por fim, a análise das entrevistas revelou a inexistência de ações sistemáticas de vigilância voltadas à população LGBT+.

“Não tem uma vigilância voltada para isso. Eu acho que eles ficam com vergonha de perguntar ou, às vezes, como eu falei, banalizam os acessos na hora de preencher o cadastro individual.” (E1)

“Não tem, não tem essa vigilância específica. Claro que acaba ficando ainda mais secundário.” (M2)

A ausência de dados qualificados inviabiliza o planejamento, o monitoramento e a avaliação das políticas de saúde<sup>6</sup>. Conforme argumenta Spade<sup>3</sup>, quando os sistemas institucionais deixam de registrar populações vulnerabilizadas, o Estado produz “zonas de inexistência administrativa”, nas quais sujeitos e demandas permanecem invisibilizados. De forma convergente, Albuquerque<sup>4</sup> destaca que a inexistência ou a baixa qualidade da vigilância epidemiológica está diretamente relacionada à ausência de prioridade conferida à saúde da população LGBTQIA+ e aos determinantes sociais que impactam de maneira significativa seus processos de adoecimento.

A implementação de mecanismos efetivos de vigilância possibilitaria maior visibilidade, monitoramento contínuo e uma distribuição mais equitativa de recursos, contribuindo para a redução de riscos e vulnerabilidades<sup>4</sup>.

### **Potencialidades da Atenção Primária à Saúde para o cuidado integral e centrado na pessoa à população LGBT+**

As falas a seguir expressam a percepção dos profissionais quanto à necessidade de reorganização dos serviços e fortalecimento institucional para o cuidado à população LGBT+:

“Acredito que precisamos articular fluxos e novas orientações.” (G2)

“Falta interesse e capacitação para garantir direitos.” (A1)

“Todos os profissionais deveriam passar pelo CTA para aprender a acolher.”

(E3)

Estudo realizado por Damery et al.<sup>11</sup> aponta que profissionais de saúde que tiveram acesso a algum tipo de formação, educação permanente ou treinamento específico apresentam melhora significativa na competência cultural voltada ao cuidado da população LGBT+. Esses profissionais demonstram maior segurança na oferta de cuidados, maior sensibilidade às demandas e especificidades dessa população, bem como maior confiança para realizar avaliações clínicas e anamnese de forma qualificada e respeitosa junto a usuários da comunidade.

A abordagem da saúde da população LGBT+ deve ser contínua e transversal, sendo incorporada de forma sistemática tanto aos processos de formação profissional quanto às práticas de educação permanente em saúde voltadas aos profissionais já inseridos nos serviços<sup>11</sup>. Essa incorporação contribui para o desenvolvimento e a implementação de práticas de cuidado mais qualificadas, sensíveis às especificidades dessa população e alinhadas aos princípios da equidade. Corroborando essa perspectiva, Bleasdale<sup>17</sup> destaca que, para o aumento da eficácia do cuidado e a redução do desconforto durante o atendimento, é fundamental investir em estratégias de comunicação não violenta e não discriminatória. Tais estratégias favorecem a tomada de decisões clínicas mais adequadas às necessidades específicas dos usuários, subsidiam a formulação de políticas institucionais inclusivas e contribuem para a desconstrução de ambientes que reforçam a lógica do cisheteronormativismo compulsório.

“Precisa ser pauta diária, não só em datas específicas.” (G2)

“Quanto mais se fala sobre o assunto, mais conhecimento e menos preconceito.” (ACS)

As falas a seguir evidenciam estratégias e iniciativas percebidas pelos profissionais como potencialidades no fortalecimento do cuidado e do vínculo com a população LGBT+ no âmbito da APS.:

“Criação de grupo específico para fortalecer vínculo.” (M2)

“Precisamos de protocolos práticos para o cuidado do homem trans no preventivo.” (M1)

Quando estudos avaliam a percepção de segurança da população LGBT+, observa-se que ambulatórios voltados especificamente para essa população tendem a contar com profissionais mais capacitados para uma abordagem biopsicossocial e

para a promoção da integralidade do cuidado. Contudo, reconhece-se que o conhecimento constitui a base fundamental para a construção de ambientes acolhedores. A ampliação da capacitação profissional favorece o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, contribui para a maior aceitação das minorias no ambiente institucional, qualifica as práticas de cuidado e amplia a sensação de segurança para a revelação da identidade de gênero e da orientação sexual<sup>11,17</sup>. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de que a Atenção Primária à Saúde (APS) realize o cuidado de forma articulada às suas atribuições, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Essas propostas articulam-se com a literatura que defende a educação permanente em saúde, a reorganização dos processos de trabalho, a promoção de ambiências inclusivas e a criação de espaços de escuta comunitária como estratégias fundamentais para a qualificação do cuidado na APS.

### **Considerações Finais**

Os resultados deste estudo evidenciam que a Atenção Primária à Saúde (APS), embora concebida como porta de entrada preferencial do sistema, espaço de vínculo e de produção do cuidado integral, ainda opera sob os efeitos persistentes da cisheteronormatividade e da invisibilização das diferenças. A análise das falas demonstra que o desconhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT e das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) relativas ao princípio da equidade não é pontual, mas estrutural. Trata-se de uma lacuna formativa que atravessa a formação profissional, os processos de trabalho e a cultura institucional. Nesse contexto, direitos previstos normativamente permanecem restritos ao plano formal, configurando o que a literatura denomina violência administrativa, quando o Estado reconhece sujeitos no âmbito das políticas públicas, mas não os inclui de forma efetiva em seus mecanismos de implementação.

As barreiras identificadas pelo uso inadequado do nome social, a ausência de vigilância epidemiológica, falhas nos processos de recepção, ambientes não sinalizados como seguros e a presença de microagressões explícitas e sutis compõem um cenário de exclusão que não deriva de um único fator, mas de múltiplas camadas organizacionais e simbólicas. Esses elementos operam de forma cumulativa, produzindo impactos concretos sobre o acesso aos serviços, o autocuidado, a construção do vínculo e a permanência da população LGBT+ na APS.

Conforme evidenciam as falas dos profissionais, a inexistência de protocolos, fluxos e rotinas específicas reforça práticas institucionais marcadas pela neutralidade aparente que, sob o discurso da “igualdade”, negligenciam desigualdades historicamente produzidas, em contradição direta com o princípio ético-político da equidade.

Apesar dessas fragilidades, o estudo também revela importantes potencialidades institucionais. Profissionais de diferentes categorias expressam o desejo de qualificar o cuidado, reconhecem a necessidade da educação permanente em saúde, reivindicam a elaboração de protocolos clínicos, demandam formação específica para o manejo das necessidades da população transmasculina e apontam estratégias de ambiência e ações culturais como dispositivos relevantes para a construção de espaços seguros. Esses achados indicam que a transformação das práticas não depende exclusivamente da sensibilização individual, mas da criação de condições institucionais que sustentem, de forma contínua, práticas antidiscriminatórias no cotidiano dos serviços.

Assim, os resultados reafirmam que a efetivação do cuidado integral à população LGBT+ exige um movimento permanente de enfrentamento das normatividades que estruturam o trabalho em saúde. Esse processo implica a revisão de procedimentos administrativos, a qualificação do acolhimento, o fortalecimento da vigilância epidemiológica, a institucionalização da educação permanente e a consolidação da gestão como instância promotora e não reprodutora de desigualdades. Trata-se, sobretudo, de deslocar o debate da excepcionalidade para o cotidiano dos serviços, incorporando gênero e sexualidade como dimensões constitutivas da vida, do território e do cuidado.

Nesse sentido, existem caminhos possíveis e desejados pelos próprios trabalhadores; contudo, sua concretização depende de investimentos sistemáticos, vontade política e compromisso ético com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS pode, efetivamente, constituir-se como espaço de proteção, reconhecimento e produção de cuidado equitativo; para isso, precisa assumir sua função crítica, democrática e transformadora, materializando, no campo da prática, os direitos já assegurados no âmbito das políticas públicas.

## Referências

1. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 17ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
2. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
3. Spade D. Normal life: administrative violence, critical trans politics, and the limits of law. Durham: Duke University Press; 2015.
4. Albuquerque GM, et al. Bases legais e normativas para estruturação do monitoramento de dados sobre violência contra população LGBTQIA+ no Ceará: um estudo documental. Saúde e Sociedade. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8tLGMq9PJ7TJBxfdMfJzKmq/?format=html&lang=pt>
5. Gonçalves EFM, et al. Saúde LGBTQIA+ na atenção básica: revisão de escopo. Saúde Debate. 2024;47(espec 1):e9111.
6. Ferreira LM, Batista GG, Boillet LE. Barreiras no acesso à atenção básica pela população LGBTQIA+: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3594.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Luz M, et al. Violência: microviolência e esquizoanálise. Filos Unisinos [Internet]. 2025;26(1):e26102. Available from: <https://doi.org/10.4013/fsu.2025.261.02>
9. Rahimi M, et al. Saturação na pesquisa qualitativa: uma análise conceitual evolutiva. International Journal of Nursing Studies Advances, Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666142X24000018>
10. Bardin, Laurence. Análise de Conteúdo São Paulo: Edições 70, 2016.
11. Damary M, et al. Impact of education and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a systematic review of comparative studies . BMJ open. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11749658/>
12. Santos A, et al. Acesso da população LGBT aos serviços de Atenção Primária à Saúde em uma cidade do interior baiano. Physis [Internet]. 2024;34:e34094. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434094pt>
13. Santos Júnior A, Oliveira R. O acesso e o acolhimento da população LGBT. 2024. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/06/1607953/santosjunioroliveira\\_2024\\_repis\\_oacessoecolhimentodapopulacao\\_hYFmmuj.pdf1](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/06/1607953/santosjunioroliveira_2024_repis_oacessoecolhimentodapopulacao_hYFmmuj.pdf1),

14. Niedziela J, et al. Dificuldades no atendimento à saúde da população LGBTQI-APN+: uma revisão integrativa. Revista Caderno Pedagógico . 2025. Disponível em: <https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/21896/12057>
15. Torres M, et al. The Brazilian LGBT+ Health Survey: methodology and descriptive results. Cad Saude Pública [Internet]. 2021;37(9):e00069521. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069521>
16. Oliveira R, et al. Grupo LGBTQIA+ em uma unidade de saúde da família da zona norte do Rio de Janeiro: um relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3865/1885>
17. Bleasdale M, et al. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health Education in Healthcare Professional Graduate Programs: A Comparison of Medical, Nursing, and Pharmacy Students. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10804216/>
18. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. J Health Soc Behav. 2013;40(1):38–56.

## APÊNDICE A

### Perguntas da entrevista individual

1. De acordo com a sua experiência, fale sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) nas unidades básicas de saúde. Conte-me como essa política acontece na sua unidade?
2. Você já recebeu alguma capacitação sobre a atenção à saúde da população LGBTQIAPN+?
3. Você sente dificuldade para prestar assistência para um indivíduo pertencente a população LGBTQIAPN+?

## **APÊNDICE B– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FASE #2**

### **Convite**

Meu nome é Bianca Cristina Ciccone Giaccon Arruda, pesquisadora principal desse estudo, e junto com o pesquisador Bernardo de Moura Biasi vimos convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “A Atenção Primária à Saúde e a Política Nacional LGBTTIAPN+: Impactos na Acessibilidade e na Qualidade do Atendimento”, que tem como objetivo avaliar a implementação e o funcionamento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

Por isso, se você se interessar em participar deste estudo, sua participação consistirá em participar de um encontro ou dois encontros. A realização de um ou dois encontros se dará de acordo com a necessidade de coleta de dados e será decidida em conjunto com os pesquisadores e você. Essa entrevista poderá ser realizada de maneira presencial, em um local privativo e seguro, de acordo com sua escolha, tomando todos os cuidados de biossegurança, ou por meio de videoconferência (com uso da plataforma google meet). Você tem liberdade de escolher qual a maneira que gostaria que ela fosse realizada. Nessa entrevista você será convidado a relatar sobre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) na APS, quais as dificuldades e facilidades encontradas.

A duração da entrevista será entre 60 a 90 minutos. O dia e horário serão previamente agendados com você, para não haver prejuízo no desenvolvimento do trabalho. Ela será gravada em mídia de áudio digital com a sua autorização. Caso você opte pela sua realização por meio de videoconferência, o pesquisador principal, 30 minutos antes do dia e horário agendado com você, irá gerar um link de acesso à videoconferência e irá te enviar via whatsapp ou e-mail (como você achar melhor). Você também terá toda a orientação do pesquisador sobre como proceder para participar da reunião ou usar essa ferramenta. O uso dessa ferramenta não terá custos para você. O único custo poderá ser o de uso de dados de sua internet pessoal, o qual será ressarcido pelo pesquisador, basta você solicitar.

Gostaríamos de deixar claro que você é livre para decidir em participar ou não do estudo, que você pode também decidir parar de participar, basta informar ao pesquisador. A decisão de não participar da pesquisa ou de interromper sua participação não lhe causa nenhum prejuízo. E, também, que você não precisa responder nenhuma pergunta que não queira. Você será orientado(a) quando

apresentar dúvidas relacionadas à assuntos que possam emergir no decorrer da entrevista e que os pesquisadores possam colaborar, ou outro assunto relacionado ao estudo. O único gasto que você poderá ter é o de uso de dados de sua internet pessoal (caso seja por meio de videoconferência) ou pelo deslocamento até o local da entrevista presencial. Tais custos serão ressarcidos pelo pesquisador, basta solicitar. Você não receberá dinheiro para participar da pesquisa. Você tem o direito de ser ressarcido se tiver alguma outra despesa para participar da pesquisa (que não tenha sido prevista) e de ser indenizado, se houver dano causado pela pesquisa.

Os riscos de você participar da pesquisa envolvem a sensação de desconforto, estresse, sentimento de tristeza, devido ao tema abordado, podendo relembrar memórias positivas ou negativas. Caso ocorra algum desconforto, você poderá nos dizer no momento da entrevista ou posterior a ela, por whatsapp ou ligação telefônica, e, caso seja necessário, você será acolhido por nós, orientado e encaminhado, quando necessário, à serviços públicos de saúde mental que tem o atendimento livre demanda à população. Ressalta que a pesquisadora principal tem formação para realizar as intervenções cabíveis. Existe, também, o risco de quebra de sigilo e de privacidade durante a entrevista. Com isso, você receberá um código de identificação e todas as suas informações pessoais que possam identifica-lo ou outra pessoa, serão trocadas por esses códigos que apenas os pesquisadores terão acesso. Ademais, as entrevistas pessoais serão realizadas em lugar calmo e privado. E, se for via google meet, os pesquisadores asseguraram que estarão sozinhos e em locais privados.

Os possíveis benefícios, o conhecimento obtido no estudo sobre a implementação e o funcionamento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) poderão levantar pontos a serem trabalhados para a efetividade da política e garantia dos direitos da população envolvida. Ademais, com os dados coletados se pode melhorar a rede de atendimento à população LGBTTQIA+.

As entrevistas serão gravadas em mídia de áudio digital com sua autorização. Não será, em hipótese alguma, gravado sua imagem ou utilizada a mesma. Apenas os pesquisadores descritos neste documento terão acesso aos dados transcritos. Qualquer identificação coletada sobre você, sua família, amigos ou qualquer pessoa que você mencione serão censuradas e substituídas por códigos que somente os pesquisadores terão acesso. Outras pessoas envolvidas não acessarão as informações coletadas. Caso você queira poderá solicitar para ler as transcrições.

Qualquer informação dada será mantida em sigilo. Os dados da pesquisa serão armazenados em um local seguro pelos pesquisadores responsáveis, em que apenas eles terão acesso, por um prazo de cinco anos, e após isso serão eliminados.

Nós, pesquisadores, comprometemo-nos em apresentar para você os resultados da pesquisa. Os resultados também poderão ser publicados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos, com segurança de que serão preservadas a identidade e privacidade do entrevistado e demais pessoas envolvidas.

Esse TCLE foi enviado a você por meio de um link da plataforma googleforms. O aceite (ao fim desse documento) em participar desse estudo equivalerá a sua assinatura nesse documento. Após o seu aceite, você receberá uma cópia do TCLE assinada pela pesquisadora principal (em seu e-mail) e será marcado a entrevista. Com isso, está garantido que o presente termo de consentimento livre esclarecido será realizado em duas vias, de igual maneira, assinada pelo pesquisador principal do estudo e pelo participante. Sendo, uma via do domínio dos pesquisadores e outra para você.

Em caso de dúvida sobre seus direitos e questões éticas de sua participação nesta pesquisa você poderá contatar, de maneira independente, o Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados, por meio do número de telefone (67) 3410-2853, no endereço Prédio da Reitoria, Unidade I, Sala 501, Rua João Rosa Góes, 1761 - Vila Progresso, Dourados - MS, CEP 79825-070, Dourados – MS, ou pelo e-mail cep@ufgd.edu.br.

Na hipótese de dúvida sobre essa pesquisa e sua participação nela, você pode entrar em contato com a pesquisadora Bianca Cristina Ciccone Giacon Arruda, no Instituto Integrado de Saúde, na Unidade 12, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº, Bairro Universitário, Campo Grande. Também poderá entrar em contato pelo telefone (67) 99855-1424 ou e-mail: bianca.giacon@ufms.br.

Autorizo gravação sonora: Sim ( ) Não ( ).

Escolho a entrevista: ( ) Presencial ( ) Por videoconferência  
( ) ACEITO PARTICIPAR ( ) NÃO ACEITO PARTICIPAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
GRANDE DOURADOS - UFGD



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A Atenção Primária à Saúde e a Política Nacional LGBTTQIAPN+

**Pesquisador:** BERNARDO VICENTE DE MOURA BIASI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 89626325.0.0000.5160

**Instituição Proponente:** FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.684.452

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_ \_2537129.pdf, de 12/06/2025).

1. Introdução

A sexualidade pode ser compreendida como uma construção sociocultural, ou seja, a união das experiências individuais e coletivas do indivíduo, envolvendo-o como um todo (BUTLER; 2003). A heteronormatividade padroniza a sexualidade, por meio da regulação de como expressar os desejos e comportar-se socialmente (BUTLER; 2003). Para Foucault (1988) o âmbito político, religioso e psiquiátrico, dentro da relação de poderes, almejou uma visão sobre a sexualidade que fosse correta as suas necessidades e interesse, definindo uma dualidade em que o heterossexual é aceito e o homossexual é anormal e perverso (FOUCAULT; 1988). Nesse sentido, Judith Butler (2003) defende que a ideia de que a identidade de gênero é construída por atos performativos (repetitivos), que estrutura a binariedade, feminilidade/masculinidade e heterossexual/homossexual, do mesmo. Dessa forma, existe uma matriz excludente denominada de heterossexual, no qual há uma relação linear entre o sexo, gênero e sexualidade. Alicerçado a isto, têm-se a heteronormatividade, na qual o estilo de vida e o comportamento deve corresponder ao sexo biológico, o que implica na heterossexualidade compulsória (BUTLER; 2003). O movimento LGBTTQIAPN+ emerge como um poderoso agente

**Endereço:** Rua João Rosa Góes, 1761

**Bairro:** Vila Progresso

**UF:** MS

**Município:** DOURADOS

**CEP:** 79.825-070

**Telefone:** (67)3410-2853

**E-mail:** cep@ufgd.edu.br

Continuação do Parecer: 7.684.452

de mudança na luta contra os conceitos fixos de binariedade que dominam as instituições e sociedades contemporâneas. A binariedade, entendida como a divisão rígida entre os gêneros masculino e feminino, bem como entre as orientações sexuais heterossexual e homossexual, não apenas simplifica a complexidade das identidades humanas, mas também contribui para a marginalização de indivíduos que não se encaixam nesses padrões. Pesquisas recentes, como as de Spade (2015) em "Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law", argumentam que as normas binárias perpetuam estruturas de opressão que afetam diretamente a vida das pessoas LGBT. Spade enfatiza a necessidade de desconstruir essas normas, promovendo uma compreensão mais inclusiva que reconheça a diversidade de gênero e sexualidade. A partir da teoria queer, Halberstam (2018), em *The Queer Art of Failure*, explora como a resistência à binariedade pode se manifestar em formas alternativas de viver e se expressar. Essa obra sugere que a rejeição das normas tradicionais de sucesso e identidade abre espaço para novas maneiras de existir, desafiando as expectativas sociais estabelecidas. Ao considerar essa perspectiva, é possível ver como as identidades não binárias e as experiências LGBTTTQIAPN+ podem criar novos modelos de vida que valorizam a diversidade. Além disso, a pesquisa de Meyer (2013) destaca o impacto positivo da inclusão de identidades diversas em ambientes educacionais. Instituições que abraçam a pluralidade de gêneros e orientações sexuais não apenas promovem um ambiente mais saudável e produtivo para todos, mas também ajudam a desestigmatizar a diversidade. Esse reconhecimento é crucial para criar um espaço onde todos os alunos, independentemente de sua identidade, possam se sentir seguros e valorizados. Os impactos do movimento LGBTTTQIAPN+ se estendem também às políticas de saúde. Estudos, como o de Reisner et al. (2016), revelam que a falta de reconhecimento e de serviços adequados para populações não-binárias e trans resulta em disparidades significativas em saúde. A defesa por políticas inclusivas é uma resposta essencial à necessidade de quebrar as barreiras impostas pela binariedade e garantir que todos os indivíduos recebam o cuidado que merecem. Em suma, o movimento LGBTTTQIAPN+ atua como um forte antagonista aos conceitos fixos de binariedade, desafiando normas sociais e institucionais que marginalizam identidades diversas. Através de advocacy, educação e pesquisa, ele busca não apenas a aceitação, mas uma reestruturação das normas que regem nossas sociedades. O objetivo é promover um futuro em que todas as identidades sejam reconhecidas e valorizadas, criando uma sociedade mais justa e equitativa. No contexto da saúde, no Brasil, a visibilidade do grupo LGBTTTQIAPN+ inicia-se nos anos 80, com a epidemia do HIV/AIDS, o que torna necessário a elaboração de estratégias de saúde associadas a essa

**Endereço:** Rua João Rosa Góes, 1761

**Bairro:** Vila Progresso

**UF:** MS

**Telefone:** (67)3410-2853

**CEP:** 79.825-070

**Município:** DOURADOS

**E-mail:** cep@ufgd.edu.br

população. Entretanto, é apenas na 13.º Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2007, que surge a discussão sobre a vulnerabilidade dessa população, analisando os determinantes sociais o sofrimento psíquico, e variáveis que impactam diretamente na qualidade de vida e saúde desses indivíduos (BRASIL,2013). Portanto, o reconhecimento de direitos em saúde dos LGBTTIAPN+ iniciaram-se a partir da implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Mas, apesar da Atenção Primária à Saúde (APS) ser a porta de entrada do SUS e, na maioria das vezes, o primeiro contato da população com o serviço de saúde, ela pode muitas vezes não ser acolhedora e criar barreiras no atendimento (BRASIL,2013).Existem vários fatores que impactam o acesso da população LGBTTIAPN+ à rede de atenção à saúde (REIS, CARVALHO; 2023). Um dos principais é a vinculação dessa população ao comportamento sexual e à infecções sexualmente transmissíveis (IST), subsidiado ainda pela associação histórica dessa população à epidemia de HIV da década de 1980. O estigma e desinformação dos profissionais, em vários cenários epidemiológicos, implica como primeiro atendimento ofertado ao indivíduo que procura a unidade de saúde, a realização de testes rápidos, o que leva à discriminação e manutenção da limitação do acesso à outros serviços primordiais e necessários para a lógica da promoção e prevenção em saúde (REIS, CARVALHO; 2023).Destarte, a violência institucional é um dos principais obstáculos ao acesso aos serviços de saúde. Os autores atribuem essa violência à assistência inadequada, à violação do nome social, à violação do direito legal e a comentários desrespeitosos, que causam revolta e instabilidade emocional nos usuários (REIS, CARVALHO; 2023).Uma das explicações para essa realidade é a falta de conhecimento dos profissionais pertencentes à APS sobre quais são as necessidades de cuidado a esses indivíduos, suas expectativas em relação ao serviço, além de como encaminhar e articular com os demais serviços. (REIS, CARVALHO; 2023).Por outro lado, a APS tem o potencial de melhorar o atendimento com empatia, acolhimento e formação de vínculos, apesar das dificuldades de acesso existentes. A população LGBTTIAPN+ precisa ser entendida e acolhida em termos de saúde, assim como outros grupos sociais. Um exemplo disso é que os homens trans precisam fazer exames citopatológicos para prevenir o câncer de colo do útero. Isso mostra a importância de considerar as categorias de orientação sexual e identidade de gênero como fatores significativos no que diz respeito ao acesso à saúde (GONÇALVES; 2023).Para atender adequadamente às necessidades dessa população, os procedimentos usados para recebê-la e identificar suas demandas e características são cruciais. Assim, é fundamental entender o acesso não apenas a entrada da população aos

**Endereço:** Rua João Rosa Góes, 1761

**Bairro:** Vila Progresso

**UF:** MS

**Município:** DOURADOS

**CEP:** 79.825-070

**Telefone:** (67)3410-2853

**E-mail:** cep@ufgd.edu.br

Continuação do Parecer: 7.684.452

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide *¿*Conclusões ou Pendências ou Lista de Inadequações*¿*.

**Recomendações:**

Vide *¿*Conclusões ou Pendências ou Lista de Inadequações*¿*.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

*¿*Não há óbices éticos*¿*.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP/UFGD, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do referido protocolo de pesquisa.

Conforme orientações das resoluções vigentes que regem a ética em pesquisa com seres humanos:

- \* o pesquisador deve comunicar qualquer evento adverso imediatamente ao Sistema CEP/CONEP;
- \* O pesquisador deve apresentar relatório parcial e final ao Sistema CEP/CONEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2537129.pdf	12/06/2025 08:45:54		Aceito
Parecer Anterior	consideracoesaoparecer.pdf	11/06/2025 12:13:25	BERNARDO VICENTE DE MOURA BIASI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodecompromisso1.pdf	11/06/2025 11:56:46	BERNARDO VICENTE DE MOURA BIASI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfase1.pdf	11/06/2025 11:54:54	BERNARDO VICENTE DE MOURA BIASI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfase2.pdf	11/06/2025 11:54:34	BERNARDO VICENTE DE MOURA BIASI	Aceito

**Endereço:** Rua João Rosa Góes, 1761

**Bairro:** Vila Progresso

**UF:** MS

**Município:** DOURADOS

**CEP:** 79.825-070

**Telefone:** (67)3410-2853

**E-mail:** cep@ufgd.edu.br

## **ANEXO B - NORMAS DA REVISTA INTERFACE**

### **1. Formato e Estrutura**

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista (até seis mil palavras para artigos). Título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras).

Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

**Notas**

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informações sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se

informar apenas o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. Esse número deve ser mantido na versão final. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), com seus respectivos créditos ou legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

9 É possível incluir no manuscrito um texto suplementar, denominado Apêndice [de autoria do (s) próprio (s) autor (es)] ou Anexo (de outra autoria). Esse texto suplementar deve ser inserido logo após o item

Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções de Conclusão do manuscrito, antes das informações autorais e das referências.

O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), no língua original do manuscrito, e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto dados que identifiquem a autoria do trabalho em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]. Os dados dos autores são informados apenas em campo específico do formulário de submissão.

## **AVALIAÇÃO DE NORMAS VANCOUVER**

### **CITAÇÕES NO TEXTO**

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números

arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:

Segundo Teixeira<sup>1</sup>

De acordo com Schraiber<sup>2</sup>...

Casos específicos de citação

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” 2 (p. 13).

### **Notas**

- No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM” 1 (p. 47).

- No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”<sup>9</sup> (p. 149)

- Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

## **Casos específicos de citação**

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” 2 (p. 13).

Notas

- No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM” 1 (p. 47).

- No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”<sup>9</sup> (p. 149)

- Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

3 Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de

Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver. 2 (p. 42)

### **Nota**

Fragmento de citação no texto

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

**REFERÊNCIAS** (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](http://www.icmje.org)). Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

### **LIVRO**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Sem indicação do número de páginas.

## **CAPÍTULO DE LIVRO**

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es).  
Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.  
página inicial-final do capítulo

Exemplos:

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

## **ARTIGO EM PERIÓDICO**

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

## **DISSERTAÇÃO E TESE**

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e

os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.  
Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

## **TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013].

Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

\* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

## **DOCUMENTO LEGAL**

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

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, 19 Set 1990.

\* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

## **RESENHA**

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico.

Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

### **ARTIGO EM JORNAL**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

### **CARTA AO EDITOR**

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

### **ENTREVISTA PUBLICADA**

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

### **DOCUMENTO ELETRÔNICO**

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de

citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– Com paginação: Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

\* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

- Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados

em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

## **OUTRAS OBSERVAÇÕES**

### **TÍTULOS E SUBTÍTULOS**

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma [subtítulo],

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar [sub-subtítulo] e assim sucessivamente.

Nota

- Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... Fica apenas Introdução, Metodologia...

### **PALAVRAS-CHAVE**

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

### **NOTAS DE RODAPÉ**

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (\*),

ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por (a), indicadas entre parênteses.

Nota

- Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser (c)).

Nota

Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

### **DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO**

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface não utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

### **DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO**

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface não utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

**USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA** (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

1 No início de período ou citação.

2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

- Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com caixa baixa: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra estado, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

6 Em siglas:

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

. se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

. Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

Emprega-se caixa baixa:

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

### **USO DE NUMERAIS**

Escrever por extenso:

- de zero a dez;
- dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...
- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

Escrever em algarismos numéricos:

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

### **USO DE CARDINAIS**

Escrever por extenso:

- de zero a dez.