



CENTRO UNIVERSITÁRIO “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

ANDRÉ AVILA
ROSIMEIRE AVILA

**A ENFERMAGEM ATUANTE SOBRE A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT**

SÃO JOÃO DEL REI
2017

ANDRÉ AVILA
ROSIMEIRE AVILA

**A ENFERMAGEM ATUANTE SOBRE A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE
SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.º Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL REI

2017

A ENFERMAGEM ATUANTE SOBRE A MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT

AVILA, André¹

AVILA, Rosimeire¹

¹Graduando do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN

RESUMO: **Introdução** - dentro do tema verifica-se que o mais recente marco destacável a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, considerando que ainda precisa ser feito muito a fim de melhorar as condições de saúde desta população, mesmo com diversas conquistas. **Objetivo** - estabelecer um paralelo entre a atuação do enfermeiro e a superação das barreiras encontradas pela população LGBT no acesso à saúde. **Metodologia** - artigo de revisão bibliográfica e documental. **Desenvolvimento** - identidades LGBT - as identidades fazem-se necessárias a fim de posicionar as pessoas socialmente e trabalhar sobre as disparidades dos problemas sociais encontrados. Denominam-se lésbicas mulheres que sentem atração exclusivamente por mulheres, gays homens que sentem atração exclusivamente por homens, bissexuais pessoas que sentem atração por dois gêneros, e transexuais/transgêneros pessoas que transgridem o gênero que lhes foi designado ao nascer. Histórico dos direitos LGBT - foi apontado que os direitos partiram-se de lutas após tragédias e injustiças, em momentos tardios, ainda faltando atingir maior garantia. Gênero e sexualidade em interseção à saúde - uma vez que a saúde não se restringe a apenas a saúde física e, mesmo esta parte, é influenciada pelos demais aspectos da saúde, sendo assim características sexuais e de gênero são relevantes ao holístico. **Considerações finais** - a enfermagem é atuante sobre as barreiras identificando-as e usando de ferramentas de educação em diversos espaços para transpô-las.

PALAVRAS-CHAVES: LGBT; políticas públicas, serviços de enfermagem

ABSTRACT: **Introduction** - within the theme, the most recent landmark is the National Comprehensive Health Policy for Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transsexual, considering that much more needs to be done to improve the health conditions of this population, even with several achievements. **Objective** - establishing a parallel between the nurses' performance and the overcoming of the barriers encountered by the LGBT population in access. **Methodology** - bibliographical and documentary review article. **Development** - LGBT identities - identities are necessary in order to position people socially and work on the disparities of social problems encountered. They are called lesbian women who feel attracted exclusively to women, gay men who feel attracted exclusively to men, bisexual people who are attracted to two genres, and transsexual / transgender people who transgress the gender that was assigned to them at birth. History of LGBT rights - it was pointed out that the rights were based on struggles after tragedies and injustices, in late moments, still lacking to achieve greater guarantee. Gender and sexuality in intersection with health - since health is not restricted to only physical health, and even this part, is influenced by other aspects of health, thus sexual and gender characteristics are relevant to the holistic. **Final considerations** - nursing acts on the barriers by identifying them and using educational tools in various spaces to transpose them.

KEY-WORDS: LGBT; public policies; nursing service

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no Brasil destaca-se a partir da década de 1980 quando o Ministério da Saúde, frente à emergente epidemia de HIV com índice alto de incidência em homens que se relacionavam sexualmente com homens, adotou estratégias para prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis em condições epidêmicas, focadas primordialmente na população LGBT como público alvo considerado. De forma opositora, a política nacional de saúde integral somente surgiu em 2013. Nesta lacuna temporal da epidemia de HIV até a criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNILGBT) passaram-se três décadas¹.

O Sistema Único de Saúde (SUS) padronizado em 1990 através do lei 8080/90 e a constituição brasileira em 1988, ambos com preceitos de equidade e universalidade - a população ter suas demandas em particularidades atendidas de forma específica e priorizando a maior necessidade, e todos têm direito ao acesso às suas demandas independente de suas características, respectivamente. Em resposta à universalidade e à equidade propostas no SUS e na Constituição Federal Brasileira, porém não alcançada pela população LGBT em saúde a política de atenção integral à saúde LGBT visa corrigir as falhas no processo de acesso à saúde sofridos por essa população^{1,2,3}. Mais discrepante ainda sendo saúde precisamente entendida em sua forma integral, não apenas ausência de doenças.

Dentre as barreiras específicas que possivelmente serão encontradas estão: estereótipos que são suposição de que pessoas que não sejam cisgêneras (pessoas que têm correspondência entre gênero e sexo biológico) e/ou heterossexuais (pessoas que sentem atração pelo gênero oposto) acarretem características conjuntas a isso, preconceito (suposição de ideias aleatórias pré-concebidas por senso comum ou desconhecimento devido ao gênero e/ou sexualidade estigmatizado à sociedade), discriminação (tratamento diferenciado inferiorizado aos que sejam sabidamente LGBT), segregação, entre outras relacionadas. A política tratada foca-se contra estas barreiras objetivando ampliar o acesso à saúde com serviços de qualidade, individualizados, não segregatórios e aplicados a todos os níveis de atenção à saúde: primária (prevenção de agravos e promoção de saúde), secundária (tratamento de agravos instalados) e terciárias (recuperação da saúde e reabilitação)⁴.

Desta maneira os autores do presente estudo almejam como objetivo: estabelecer um paralelo entre a atuação do enfermeiro e a superação das barreiras encontradas pela população LGBT no acesso à saúde. A fim de atingir este objetivo, evidencia-se a existência da atuação da enfermagem no enfrentamento destas barreiras através de artigo de revisão bibliográfica e documental.

A fim de conduzir este estudo foi feita busca em sistemas de pesquisa de textos online com palavras relacionadas ao tema (saúde LGBT, atuação enfermagem, níveis de atenção à saúde, saúde pública, SUS, identidade social, gênero, sexualidade), foram observados pela data de publicação e excluídos os que fossem mais antigos que fossem anteriores a 2012 (salvo informações que não fossem encontradas de forma melhor neste recorte temporal) foram selecionados os títulos que possivelmente abranjam o tema. Eliminados pelos resumos os materiais que não agregavam, os selecionados foram unidos como base à cartilha da política de atenção integral à saúde LGBT do Ministério da Saúde do Brasil, à Constituição Federal Brasileira e literatura física para a construção do pretendido. Em revisão documental foi buscado por documentários relevantes que pudessem servir como documentação histórica para elucidar momentos que fossem imprescindíveis para a compreensão do passado dos direitos à população LGBT.

2 IDENTIDADES LGBT

2.1 Identidade social

Diversos autores ao longo dos anos estudaram sobre identidades, trazendo à tona a análise social sobre a maneira que o ser humano se apresenta perante a organização que o compõe. Tais identidades partem tanto da leitura social que o indivíduo recebe quanto da leitura que ele traz à superfície, vindo de características físicas, psicológicas, biológicas ou até mesmo sociológicas. De acordo com Fairclough⁵, a conceituação de sujeito social provém da capacidade de interação em seus meios, uma vez que a imersão neste é evidente e, portanto, fica sujeito às suas influências em discurso sendo moldado e restringido. Na visão de Foucault⁶, o sujeito social não existe alheio sem dependência do discurso, paradoxalmente é uma função de como se enuncia, sendo posicionados o dirigente do que se enuncia e o dirigido devido a este enunciado.

A identidade social transpassa a identidade individual, deixando de ser apenas uma definição própria e passando a ser uma definição coletiva por suas interações e por suas auto-definições do discurso⁷. Em outras palavras, quando um sujeito diz quem é e esta definição

atinge a interpretação e a resposta alheia, a visão social passa a ser considerada uma definição de identidade social e não mais exclusivamente particular.

Também quando se discute identidade é preciso observar que grande parte da necessidade de se posicionar quanto a uma identidade vem da necessidade de se diferenciar perante a sociedade a fim de trazer quais são suas características, ainda que isto traga interpretações nem sempre coerentes. É através da interação e da observação do que difere do particular que se nota a própria identidade, que se aproxima mais de suas próprias características, ou seja: precisa de identificar os outros para se identificar ao invés de apenas normatizar⁸.

Ainda há de se observar que há uma relação de poder em quem define as identidades, caso o próprio indivíduo não o faça, tal qual estereótipos relacionados. Tende-se à maior aceitação das identidades dominantes sobre as dominadas e uma visão inferiorizada das mesmas partindo de uma normatização. Sendo inseparáveis os conceitos de identidade e demarcação da diferença das relações de poder (em ampla diversidade)⁹.

2.2 Conceitos sobre diversidade de gênero e sexualidade

A questão de gênero se estrutura como uma das questões mais fundamentais a serem discutidas na atualidade. Por falta de discussões adequadas sobre o assunto, grandes equívocos são cometidos e relações extremamente violentas são instauradas.

Mas como conceituar gênero? Judith Butler¹⁰ diz que existe uma ordem compulsória de coerência total entre sexo, gênero e desejo/prática sexual. Ou seja, existe uma consonância pré-determinada entre o sexo biológico (macho/fêmea), a identidade de gênero (masculina/feminina) e a orientação sexual (homossexual/heterossexual). A lógica ideológica que é imposta socialmente determina que o “macho” obrigatoriamente será um homem heterossexual, o que também se aplica à “fêmea” (mulher, heterossexual). Levando isso em consideração, o gênero seria uma categoria performativa socialmente construída, que dita os papéis de cada sujeito perante a sociedade¹¹. Esses papéis colocam as mulheres e referências ao feminino submetidos ao ideal masculino, subjugando as mulheres a papéis secundários e extirpando qualquer expressão de caráter feminino.

Levando em conta esse aspecto social do gênero, surgem diversos espectros de expressões ou identidades de gênero e sexualidades ou orientações sexuais. A transexualidade se conceitua como “uma identificação forte ou exacerbada pelo sexo oposto ao qual se nasceu”. A transexualidade não diz respeito à orientação sexual do indivíduo, sendo assim um

sujeito transexual pode se identificar como heterossexual (“que se sente sexualmente atraído por indivíduos do sexo oposto”), homossexual (“que sente atração sexual por pessoas do mesmo sexo”), bissexual (“que se sente atraído por indivíduos de ambos os sexos”) ou assexual (“que não sente desejo sexual; que não tem relações sexuais”). Neste diapasão, entendemos a pluralidade e complexidade de tudo o que está ligado ao gênero, e ressaltamos que, a falta de compreensão acerca do assunto gera o preconceito que vivenciamos cotidianamente¹.

3. O HISTÓRICO DOS DIREITOS LGBT

O princípio da luta pelos direitos políticos do grupo tratado na modernidade se deu durante a revolta de Stonewall, mostrado no documentário Stonewall¹² e por Manalansan IV¹³. Ocorreu devido à invasão violenta da força policial no bar Stonewall Inn em 28 de junho de 1969 na cidade de Nova York nos Estados Unidos da América. Neste período o público que não conseguia ter passabilidade cisheteronormativa (ideologia de que o padrão social seria as pessoas cisgêneras e heterossexuais) era marginalizado da sociedade, tendo acesso a lazer somente em locais específicos de forma segregatória e, em maioria, na obscuridade, estando sujeitos a condições inferiores. Ao que aconteceu a invasão o público reagiu proporcionalmente, em defesa própria; seguido disso vários grupos de ativistas locais começaram a se organizar. Este foi o princípio da primeira parada do orgulho LGBT, visando normalizar a aceitação da diversidade de gênero e sexualidade socialmente.

Como abordado no documentário And the Band Played On¹⁴ ao início do descobrimento da epidemia de HIV nos Estados Unidos em 1981, fundamental aos direitos LGBT na saúde por ter tido nicho disseminativo nos locais voltados ao público gay e transexual feminino, que eram marginalizados e em condições de precariedade para se manterem ocultos (ainda que menos do que à época da revolta de Stonewall). Posteriormente foi descoberto que na verdade encontrava-se em escala mundial, em condições semelhantes às estadunidenses, passando a ser classificada como pandemia. A este momento não existia atenção voltada às especificidades do público LGBT na garantia de direitos de saúde, a partir desta necessidade encontrada que houve uma primeira atenção no sentido de ser protetiva e reduzir a contaminação por HIV, impactando no Brasil como modelo¹.

Em 1988 a constituição brasileira trouxe uma reformulação para os direitos no país, trazendo maior igualdade de direitos e horizontalização para a população, a princípio². Entretanto ainda que houvesse a garantia dos direitos de forma geral não foram atendidas as

especificidades da população LGBT, havendo falta de atenção necessária protetiva e inclusiva, por seguir a cisheteronormatividade.

Em 1990 foi padronizado o SUS através da lei 8080, sendo que neste momento através dos princípios houve um grande alcance para a diversidade de gênero e sexualidade devido à universalidade (abrangente a todos), à equidade (atender de acordo com a necessidade individual) e à integralidade (atender à necessidade completa)³. Ainda assim houve a necessidade da criação da política direta para LGBT em 2013 para reafirmar os direitos na saúde que não estavam sendo atingidos¹.

Outro tópico que tangencia a saúde por trazer conforto social e garantia de direitos é o casamento igualitário. Define-se que o casamento igualitário dá aos casais homossexuais (independente de gênero) os mesmos direitos que dá a casais heterossexuais, abrangendo toda a complexidade. Em 2013 o Conselho Nacional de Justiça aprovou pela resolução 175 o casamento civil para pessoas do mesmo sexo, porém não caracterizava casamento igualitário, uma vez que os direitos eram reduzidos em relação ao casamento civil heterossexual por abrir margem de visão pessoal dos profissionais envolvidos¹⁵.

Em 28 de abril do ano de 2016 o decreto presidencial nº 8727 estabeleceu que o nome social de travestis (identidade feminina de desacordo entre gênero e sexo) e transexuais deveria ser reconhecido no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Por meio deste decreto tratado busca-se menor marginalização da população trans obrigando que seja respeitado tanto o gênero quanto o nome que lhes trouxer maior conforto. Inclui-se correção do nome até mesmo em documentação como cadastro de pessoa física, carteira de identidade, cadastro do SUS e registro geral, podendo levar à redução do desconforto do uso do serviço público e a longo prazo maior aceitação social¹⁶.

O ativismo busca a aprovação de lei punitiva de abrangência federal diretamente relacionada às motivações preconceituosas contra diversidade de gênero e sexualidade a fim de reduzir os diversos tipos de violência contra LGBT que partem desde discriminações mínimas, até a morte (autoprovocadas ou homicídios). Ainda que hajam leis locais que disponham sobre a redução da LGBTfobia, nenhuma é suficientemente efetiva para criminalização total desta violência, não sendo nem incluso em boletins de ocorrência policial obrigatoriamente¹⁷.

4 GÊNERO E SEXUALIDADE EM INTERSEÇÃO À SAÚDE

4.1 Papel social da enfermagem às questões LGBT

A Organização Mundial da Saúde¹⁸ define a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, sendo assim pode-se entender que ao olhar para a população LGBT deve-se haver foco no conforto mental e social primordialmente por diferir em sua inserção social. É claro que a saúde física é importante e deve receber relevância, porém as diferenças em relação à população oposta vêm à tona fora do contexto físico devido aos tópicos mentais e sociais¹.

O código de ética dos profissionais de enfermagem direciona a profissão a uma abordagem mais ampla do que apenas as doenças, com visão mais próxima ao considerado holístico. Inclui-se à competência da enfermagem atenção à saúde, atuação na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, conservando a dignidade e os direitos humanos seguindo princípios da ética e da bioética¹⁹.

A carta dos direitos dos usuários da saúde²⁰ define que o atendimento deve ser acolhedor, humanizado, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação independente de diversas características, incluso orientação sexual e identidade de gênero. Sendo assim, norteia o atendimento inclusivo como uma obrigação ao profissional de saúde.

A enfermagem pode atuar no combate direto do preconceito e da discriminação, em âmbito individual ou institucional, desde que tenha conhecimento sobre ambas e que instaure o debate, sendo instrumentos para alcançar igualdade na realidade empírica. Visto a diferenciação apontada por Santos²¹ discriminação e preconceito diferenciam-se, sendo que a discriminação pode ser subproduto do preconceito; a discriminação pode partir de indivíduo ou de instituições enquanto o preconceito só pode partir do indivíduo; quanto à avaliação o preconceito é do ponto de vista do portador e a discriminação da ótica do receptor, sendo o enfoque dela direcionado do agente receptor para o objeto de discriminação.

A notificação compulsória de violência se enquadra como agravo à saúde e compulsória (obrigatoriedade de informação às autoridades de saúde), podendo ser suspeita ou confirmação, sendo que a informação atinge as esferas superiores do SUS. O sigilo nestes documentos é garantido, visto que a intenção destas não é punição e sim geração de dados para atuação em larga escala em prevenção por ações, campanhas e instrumentos em geral. A enfermagem (como todos os profissionais e instituições de saúde) também atua como supracitado através das notificações compulsórias de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, sendo que a portaria número 204 de 17 de dezembro dispõe sobre tais²².

A fim de gerar dados e a esfera pública poder atuar quanto à prevenção da violência contra LGBT, a atual ficha de notificação/investigação individual: violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais (anexo A) apresenta a orientação sexual do notificado (divisão 36), identidade de gênero do notificado incluindo transgêneros (divisão 37) e motivação incluindo preconceitos contra LGBT (divisão 55). Para além há um espaço final para observações adicionais que serve para livre escrita do notificador.

4.2 Processo de saúde relacionado à diversidade de gênero e à diversidade de sexualidade

Em relação às especificidades do adoecimento da população LGBT encontra-se na portaria 2836 de 1 de dezembro de 2011 um apontamento de que pode decorrer pelo preconceito e estigma social, considerando que desenvolver-se socialmente é imprescindível para que a saúde seja atingida. A exclusão social através do desemprego e contato com demais indicadores sociais dizem diretamente a qualidade de vida e a saúde²³.

Para além dos fatores sociais já citados que são determinantes para a vulnerabilidade a IST's (infecções sexualmente transmissíveis) devido à marginalização, há de se observar a relevância da própria fisiologia do sexo anal. O Manual de comunicação LGBT²⁴ revela que a OMS posiciona-se destacando em estatística que o risco de transmissão de HIV é cerca de 11 vezes maior por penetração de via anal do que por penetração de via vaginal. Ainda é apontada a necessidade maior do uso de preservativos e de lubrificação artificial para redução dos casos de contágio.

Uma vez que o adoecimento já tenha ocorrido é necessário instaurar um cuidado não só à doença, mas também atentar à comunicação com o paciente a fim de preservar sua dignidade e haver maior adesão terapêutica^{24,25}.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população LGBT sofre por preconceito social, estigmatização, desconhecimento de causa e propagação de informação, fatos estes que devem ser combatidos através da informação, da conscientização e correção da mentalidade social em esferas sociais que o profissional tenha contato a fim de trazer melhorias na saúde geral do público abordado. Atenta-se que a necessidade da identificação vem de identificar, reconhecer e compreender, não de segregar ou excluir.

A enfermagem sendo a maior categoria profissional na saúde, a mais próxima dos usuários, tendo formação direcionada ao paciente holisticamente, direcionada à prevenção de doenças e promoção da saúde, além dos conhecimentos sobre disciplinas voltadas às ciências humanas na grade universitária e atuação sobre a comunidade acaba por ter uma proximidade maior do usuário e possibilidade de atuar na esfera abordada.

A população LGBT carece de ser reconhecida socialmente como seres humanos, pois estão sujeitos ao processo de saúde-doença constantemente, assim como todo o resto da sociedade em suas devidas peculiaridades e todos merecem atendimento em estabelecimentos de atenção à saúde digno com equidade.

O enfermeiro deve sempre conseguir discernir de que a população LGBT não se restringe exclusivamente às IST's para além, são seres completos que necessitam de abordagem integral, inclusive na própria sexualidade, autopercepção corporal, trocas afetivas e lidar com a vulnerabilidade social (atentar a vícios como fuga social). Ainda assim a acessibilidade aos exames rápidos, preventivo e demais exames desta ordem deve ser assegurada a este público sem constrangimentos.

Há necessidade de educação permanente no assunto para que todos consigam recepcionar e tratar adequadamente nos serviços de saúde em qualquer complexidade, assim como ações educativas com a população a fim da redução dos riscos de violência, sendo que em ambos consegue-se reduzir os demais riscos de saúde. O trabalho informativo deve ser iniciado na infância a fim de reduzir desde o princípio o bullying, a auto rejeição e a rejeição com o alheio. Outra abordagem interessante é dentro da família focando-se na educação dos adultos para consequentemente evitar que as crianças repliquem comportamentos inadequados.

A linguagem nos momentos de ensino sobre o tema deve ser sempre adequada ao ouvinte de forma a aumentar a absorção das informações. A informação pode adentrar a comunidade de maneira corporativa, através de instituições a exemplo: escolas, igrejas, casas e demais organizações sociais. Sempre que for realizada a intervenção, deve ocorrer de forma educativa e considerando as características do ouvinte e do espaço.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa . Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - 1. ed. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013 [acesso em 30 ago 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

2. _____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
3. _____. Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990 [acesso em 26 jul 2016]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
4. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1165-1180, Apr. 2017. [acesso em: 8 jun 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>
5. Fairclough N. Discurso e mudança social. Brasília, ed.UnB, 2001.
6. Foucault M. A arqueologia do Saber. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009[acesso em 31 out 2016]. Disponível em: <http://www.uesb.br/eventos/pensarcomveyne/arquivos/FOUCAULT.pdf>
7. Moita Lopes, LP. Read, read, read oitava série. São Paulo: Ática, 1998.
8. Oliveira MBF. A alteridade e a construção de identidades pedagógicas: (re)visando teorias dialógicas. In: CORACINI, Maria José; GRIGOLETTO, Marisa; MAGALHÃES, Izabel (org.). Práticas Identitárias: língua e discurso. São Carlos: Claraluz, 2006.
9. Silva TT. A Produção Social da Identidade e da Diferença. IN: SILVA, Tomaz Tadeu da (org.); HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn. Identidade e Diferença: A perspectiva dos Estudos Culturais. 9.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009 p. 73-102 [acesso em 15 jun 2017]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/8xxn2/pdf/silva-9788598605975.pdf>
10. Butler J. Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade. Tradução Renato Aguiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010[acesso em: 07 set 2016]. Disponível em: <https://cadernoselivros.files.wordpress.com/2017/04/butler-problemasdegenero-ocr.pdf>
11. Pinto G. Gênero, raça e pós-graduação: um estudo sobre a presença de mulheres negras nos cursos de mestrado da Universidade Federal Fluminense / Giselle Pinto -

- Niterói: UFF/PPGPS, 2007[acesso em:15jul 2017]. Disponível em: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2012/07/317.pdf>.
12. Stonewall [filme]. Direção: Roland Emmerich, Produção: Roland Emmerich, Michael Fossat, Marc Frydman, Carsten Lorenz. Estados Unidos da América: Centropolis Entertainment, MELS, 2015, 1 DVD.
 13. Manalansan IV MF. In the Shadows of Stonewall: Examining Gay Transnational Politics and the Diasporic Dilemma GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies (1995) 2(4): 425-438; doi:10.1215/10642684-2-4-425
 14. And the Band Played On [filme]. Direção: Roger Spotiswoode, Produção: Sarah Pillsbury, Midge Sanford. Estados Unidos da América: HBO pictures, Spelling Entertainment, 1993, 1 DVD.
 15. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 175, de 14 de maio de 2013[acesso em 18 ago 2017]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/resol_gp_175_2013.pdf
 16. Brasil. Decreto n. 8727, 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 [acesso em 25 ago /2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8727.htm
 17. Freire L, Cardinali D. O ódio atrás das grades: da construção social da discriminação por orientação sexual à criminalização da homofobia. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)* [online]. 2012, n.12, pp.37-63. ISSN 1984-6487 [acesso em 25set 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000600003>
 18. OMS. Actas oficiales de la OMS, nº2, p.100.
 19. Coren (SP). Código de ética dos profissionais de enfermagem de 08 fevereiro de 2007 [acesso em 10 set /2017]. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/?q=node/35326>
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 10 set 2017]. Disponível em: <http://www.use.ufscar.br/direitos-e-deveres-dos-usuarios/carta-direitos-usuarios>
 21. Santos IAA. O movimento negro e o Estado (1983/1987). Campinas: UNICAMP, 2006 [acesso em 10 set 2017]. Disponível em:

http://www.dhnet.org.br/dados/dissertacoes/a_pdf/disserta_ivair_santos_movimento_negro_sp.pdf

22. Brasil. Portaria no 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [acesso em 20set 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html
23. _____. Portaria no 2.836, DE 1 DE DEZEMBRO DE 2011. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [acesso em 01 out 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html
24. Martins F, Romão L, Lindner L, Reis T. Manual de comunicação LGBT. Curitiba: Ajir Artes. 2012 [acesso em 9 out 2017]. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Comunicação-LGBT.pdf>
25. Branco RFGR. A relação com o paciente: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.

ANEXO

Anexo A: ficha de notificação/investigação individual: violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº			
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravo/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA				
	3	Código (CID10)	Y09				
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)		
Dados de Residência	6	Unidade Notificadora			1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outros		
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9	Data da ocorrência da violência	
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)	11	Data de nascimento	
	10	Nome do paciente		12 (ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor
Notificação Individual	16	Escolaridade					
	17	Número do Cartão SUS					
	18	Nome da mãe					
	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)	21	Distrito
Dados de Residência	22	Bairro	23	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	24	Número
	25	Complemento (apto., casa, ...)		26	Geo campo 1	27	Geo campo 2
	28	Ponto de Referência		29	CEP	30	(DDD) Telefone
	31	Zona	32	País (se residente fora do Brasil)	33	Nome Social	34
Dados Complementares							
Dados da Pessoa Atendida	35	Situação conjugal / Estado civil					
	36	Orientação Sexual		37	Identidade de gênero:		
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		
	40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)	42	Distrito
Dados da Ocorrência	43	Bairro	44	Logradouro (rua, avenida,...)	Código	45	Número
	46	Complemento (apto., casa, ...)		47	Geo campo 3	48	Geo campo 4
	49	Ponto de Referência		50	Zona	51	Hora da ocorrência
	52	Local de ocorrência		53	Ocorreu outras vezes?		
01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							

Fonte: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf