

VIVIAM MARA PEREIRA DE SOUZA

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO: PROPOSTA DE ACOLHIMENTO EM CENTROS
UNIVERSITÁRIOS DE ATENDIMENTO À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Liliana Müller Larocca

CURITIBA

2017

Souza, Viviam Mara Pereira de
Violência de gênero: proposta de acolhimento em centros universitários de
atendimento à saúde / Viviam Mara Pereira de Souza – Curitiba, 2017.
168 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Lílíana Müller Larocca
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Violência. 2. Gênero. 3. Violência de gênero. 4. Acolhimento. 5. Enfermagem.
I. Larocca, Lílíana Müller. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 362.8292



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de VIVIAM MARA PEREIRA DE SOUZA intitulada: "**VIOLÊNCIA DE GÊNERO: PROPOSTA DE ACOLHIMENTO EM CENTROS UNIVERSITÁRIOS DE ATENDIMENTO À SAÚDE**", após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 22 de Junho de 2017.


LILIANA MULLER LAROCCA Presidente
da Banca Examinadora (UFPR)


GUILHERME SOUZA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Avaliador Externo (UFPR)


MARIA MARTA NOLASCÓ CHAVES
Avaliador Interno (UFPR)

Dedico este trabalho ao meu marido Eraldo, presença e apoio constante, com quem dividi todas as angústias e as alegrias, ao meu amado filho Felipe e a minha doce filha Isabele, que foi sem dúvida nenhuma, minha maior parceira nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

A todos que fizeram parte desta jornada e que, de forma direta ou indireta, me apoiaram a trilhar esses caminhos do querer saber e do querer fazer em Enfermagem, por meio do olhar da Saúde Coletiva.

Em especial, a minha orientadora Liliana Müller Larocca, com quem aprendi a sempre ver o lado bom das coisas, a ser uma pessoa mais reflexiva e de que, o “Ser Enfermeira” pode ter várias nuances e ir muito além do tido como padrão. Ter seu apoio e orientação foram para mim, o diferencial neste processo.

A minha família, por toda compreensão e apoio oferecido.

Aos amigos do Mestrado Profissional e do NESC, com os quais tudo se tornou mais leve e por vezes, mais divertido. Principalmente às amigas, Daniela Nagai e Melissa, que tanto me apoiaram neste caminho, presenças constantes nas horas de dúvidas e dificuldades, grandes parceiras nos trabalhos desenvolvidos.

A equipe dos serviços participantes, que me apoiaram e me ajudaram a construir esta dissertação e que tão gentilmente me cederam seu tempo e conhecimento. Aos usuários desses serviços, pela disposição em participar.

À coordenação dos serviços, por ter permitido e apoiado o desenvolvimento deste trabalho.

“A tarefa não é ver o que ninguém viu ainda, mas pensar aquilo que ninguém pensou a respeito daquilo que todo mundo vê”.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

Esta dissertação abordou a Violência de Gênero na perspectiva de uma comunidade universitária, tendo como objetivo elaborar uma proposta de acolhimento a pessoas submetidas a este tipo de Violência, atendidas nos Centros de Atendimento à Saúde de uma grande universidade pública do sul do país. Foi inspirada pela Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Egry (1996), que está ancorada no Materialismo Histórico Dialético (MHD). Foram utilizadas como categorias analíticas as Dimensões Estrutural, Particular e Singular do Fenômeno. Para fundamentação teórica, foi realizada uma revisão de literatura na temática da Violência sob o enfoque de Gênero e suas implicações no processo do cuidado, por meio de acolhimento, pela equipe multidisciplinar de saúde, considerando neste contexto a atuação da Enfermeira. Como embasamento para a construção conjunta da proposta de acolhimento, foram realizadas entrevistas com 38 participantes, divididos em dois grupos: servidores e usuários dos serviços escolhidos. Os dados foram coletados entre julho e setembro de 2016 e organizados com o apoio do *Software webQDA*®. Os resultados evidenciaram Categorias Empíricas (Códigos Árvore) e suas respectivas Subcategorias (Nós e Subnós), que foram descritas como: O Fenômeno “Violência de Gênero” (Orientação em relação ao tema e Conceituação: naturezas e grupos vulneráveis); Reconhecimento da Violência de Gênero nos Espaços Universitários (Violência percebida e/ou vivenciada nos espaços universitários e Desenvolvendo uma proposta de acolhimento – Preparo da Equipe; Estrutura e Rotinas do Serviço e Áreas de Atuação) e Subjetividades da Violência de Gênero (Expressão de sentimentos envolvidos). A Proposta de Intervenção se concretizou por intermédio da confecção de um Caderno de Orientações para os servidores da saúde dos Centros de Atendimento à Saúde Universitários, o qual será disponibilizado nos serviços, para servir de norteador das ações de acolhimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero quando se fizer necessário.

Palavras-chave: Violência. Gênero. Violência de Gênero. Acolhimento. Enfermagem.

ABSTRACT

This dissertation approached Gender Violence from the perspective of a university community, aiming to elaborate a user embracement proposal for people subjected to this type of Violence, attended at the Health Care Centers of a large public university in the south of the country. It was inspired by the Theory of Practice Intervention in Collective Health Nursing (TIPESC), proposed by Egry (1996), which is anchored in Dialectical Historical Materialism (DHM). They were used as analytical categories for Structural Dimensions, Particular and Singular of the Phenomenon. For the theoretical foundation a literature review on the theme of Violence under the Gender approach and its implications in the care process, through a user embracement was made, by the multidisciplinary health team, considering the context of the action of the Nurse. As a basis for a joint construction of the user embracement proposal, interviews were conducted with 38 participants, divided into two groups: servers and users of the chosen services. The data were collected between July and September 2016 and organized with the support of the webQDA® Software. The results showed Empirical Categories (Tree Codes) and their respective Subcategories (Nodes and Subnodes), which are described as: The "Gender Violence" Phenomenon (Guidance in relation to the theme and Conceptualization: natures and vulnerable groups); Recognition of Gender Violence in University Spaces (Perceived and / or experienced violence in university spaces and Developing a user embracement proposal) and Subjectivities of Gender Violence (Expression of feelings involved). The Intervention Proposal was implemented by means of the preparation of a Guide Book for the health servants of the University Health Care Centers, which will be made available in the services, to serve as a guide for the actions of hosting people subjected to Gender Violence when it becomes necessary.

Key Words: Violence. Gender. Gender Violence. User Embracement. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- TIPOLOGIA DAS VIOLÊNCIAS	21
FIGURA 2	- BALANÇO DE ATENDIMENTOS LIGUE 180 (1ºSEMESTRE/2015)	33
FIGURA 3	- OBJETOS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS	44
FIGURA 4	- COMPONENTES DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA)	45
FIGURA 5	- ESQUEMA METODOLÓGICO TIPESC	47
FIGURA 6	- FUNDAMENTO ESTRUTURAL <i>webQDA</i>	52
FIGURA 7	- NUVEM DE PALAVRAS DO TRABALHO.....	59
FIGURA 8	- CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS COM O USO DO <i>webQDA</i>	61

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- NATUREZAS DAS VIOLÊNCIAS	22
QUADRO 2	- IDENTIDADES E EXPRESSÕES DE GÊNERO	26
QUADRO 3	- DESTAQUES NACIONAIS E INTERNACIONAIS EM DEFESA DAS MULHERES NO PERÍODO DE 2003 A 2015.....	32
QUADRO 4	- AÇÕES INTERNACIONAIS EM DEFESA DOS DIREITOS LGBT COM A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NO PERÍODO DE 2003 A 2015.....	37
QUADRO 5	- PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA	38
QUADRO 6	- INSTRUMENTOS LEGAIS PARA O ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS NO BRASIL	39
QUADRO 7	- SERVIDORES LOTADOS NOS SERVIÇOS CASA	48
QUADRO 8	- DEMONSTRATIVO DE ESTRUTURA DOS SERVIÇOS CASA	50
QUADRO 9	- FORMAÇÃO SERVIDORES DOS SERVIÇOS CASA	57
QUADRO 10	- FORMAÇÃO USUÁRIOS DOS SERVIÇOS CASA.....	57
QUADRO 11	- PALAVRAS MAIS FREQUENTES NOS DISCURSOS DOS ENTREVISTADOS.....	60

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	- FAIXA ETÁRIA DOS SERVIDORES SERVIÇOS CASA	54
GRÁFICO 2	- FAIXA ETÁRIA DOS USUÁRIOS SERVIÇOS CASA	55
GRÁFICO 3	- SEXO BIOLÓGICO DOS ENTREVISTADOS	55
GRÁFICO 4	- VÍNCULO USUÁRIOS DOS SERVIÇOS CASA	56

LISTA DE ABREVIATURAS

AAU	- <i>Association of American Universities</i>
APS	- Atenção Primária à Saúde
CASA	- Centro de Atenção à Saúde
COREQ	- <i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
CRAS	- Centros de Referência da Assistência Social
DANT	- Doenças e Agravos não Transmissíveis
DEAM	- Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
EBC	- Empresa Brasil de Comunicação
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBT	- Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MEC	- Ministério da Educação
MHD	- Materialismo Histórico Dialético
MS	- Ministério da Saúde
NESC	- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OAS	- <i>Organization of American States</i>
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
SIM	- Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SPM	- Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIPESC	- Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
TMM	- Transgender Europ's Trans Murder Monitoring
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
VIVA	- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
webQDA [®]	- <i>Web Qualitative Data Analysis</i>
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	16
2 CAMINHOS DO PENSAMENTO	20
2.1 VIOLÊNCIAS.....	20
2.2 GÊNERO.....	24
2.2.1 Violência de Gênero	27
2.2.2 Políticas Públicas de enfrentamento à Violência de Gênero	31
2.3 O ACOLHIMENTO A PESSOAS SUBMETIDAS À VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	40
2.3.1 Notificação de Violências: uma atribuição da equipe multiprofissional.....	43
3 PERCURSO METODOLÓGICO	46
3.1 CENÁRIOS DO ESTUDO.....	48
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	49
3.3 COLETA DE DADOS	50
3.3.1 Realização das Entrevistas	50
3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	51
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
4 RESULTADOS	54
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	54
4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS	58
4.2.1 Dimensão Estrutural: O Fenômeno “Violência de Gênero”	61
4.2.2 Dimensão Particular: Reconhecimento da Violência de Gênero nos espaços universitários	65
4.2.3 Dimensão Singular: Subjetividades da Violência de Gênero.....	70
5 DISCUSSÃO	72
5.1 A DIMENSÃO ESTRUTURAL DO FENÔMENO “VIOLÊNCIA DE GÊNERO”	72
5.1.1 Orientação em relação ao tema	73
5.1.2 Conceituação: naturezas e grupos vulneráveis à Violência de Gênero	75
5.2 A DIMENSÃO PARTICULAR NO RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NOS ESPAÇOS UNIVERSITÁRIOS.....	78
5.2.1 A Violência de Gênero percebida/vivenciada nos espaços universitários	78

5.2.2 Proposta de Acolhimento	85
5.3 DIMENSÃO SINGULAR DAS SUBJETIVIDADES DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO.....	88
5.3.1 Expressão de sentimentos envolvidos	88
6 DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO	92
6.1 IMPLEMENTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NOS SERVIÇOS CASA.....	93
6.2 CADERNO DE ORIENTAÇÕES	95
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICE.1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.SERVIDOR.....	112
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIO.....	115
APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SERVIDORES.....	118
APÊNDICE 4 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA USUÁRIOS.....	120
APÊNDICE 5 – CADERNO DE ORIENTAÇÕES.....	121
ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL: VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA.....	143
ANEXO 2 – CHECKLIST COREQ.....	145
ANEXO 3 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.....	147
ANEXO 4 – INSTRUTIVO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL.....	151

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela temática da Saúde Coletiva se deu ainda na graduação, durante o Curso de Bacharelado em Enfermagem, sendo nesta área, que desenvolvi minha monografia. A Saúde Coletiva é um campo de teorias e práticas, baseada no Materialismo Histórico Dialético (MHD), fundamentada na corrente filosófica defendida por Marx para superar a visão da ciência positiva que é a base e sustentação do capitalismo, tendo as contradições da realidade objetiva como motores para a transformação social. (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013).

Até então, minhas experiências como profissional de Enfermagem do nível técnico, foram em unidades de tratamento intensivo e de pronto atendimento. A mudança deste olhar ocorreu em 2010; quando, como servidora pública da área da saúde, fui transferida para uma unidade de atendimento ambulatorial, fora do ambiente hospitalar. Esta unidade tem como preceito o atendimento na atenção primária à saúde para a comunidade universitária.

Em 2015, como parte integrante desta equipe multidisciplinar, me aproximei da temática da Violência. Esta aproximação se deu em virtude dos movimentos institucionais de enfrentamento à Violência dentro de suas dependências, com discussões e ações programáticas, inclusive dentro dos programas de pós-graduação. Tal visibilidade despertou em mim, servidora da saúde desta instituição, mestranda de Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional, na linha de pesquisa: Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem e membro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), da Universidade Federal do Paraná (UFPR), a necessidade de refletir sobre este fenômeno e o acolhimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero, bem como em relação à sensibilização desta temática junto à equipe de saúde a qual pertença.

Reconheço que a instituição educacional possui uma essência disseminadora de conhecimento e multiplicadora de opiniões e tem como pressuposto, manter em seu quadro funcional, servidores preparados para enfrentar às Violências, em suas mais variadas formas, dentro de suas dependências. Tal reconhecimento, motivou a necessidade de aprofundar o conhecimento das dimensões que compõem a realidade objetiva das pessoas submetidas à Violência de Gênero que circulam nos espaços institucionais.

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da Violência não é novo, acompanha toda a trajetória da humanidade, é um problema de todos que afeta a saúde individual e coletiva, exigindo para sua prevenção e enfrentamento, a formulação de políticas específicas e a qualificação das equipes para a assistência adequada. Em virtude da magnitude, este fenômeno vem sendo motivo de inquietudes nos últimos anos, gerando desdobramentos nas mais diversas áreas, tais como: educação, saúde e segurança pública. (MINAYO, 2006; WANZINACK; SIGNORELLI, 2015).

Esse fenômeno é um dos principais problemas da sociedade em função do impacto social que causa sobre a saúde individual e coletiva, refletindo diretamente na morbimortalidade, especialmente na mortalidade precoce, diminuição da qualidade e expectativa de vida da população. (PARANÁ, 2014a).

Além disso, tem sido reconhecido como uma violação de direitos humanos que apresenta expressões variadas em diferentes contextos, representando uma questão social e de saúde pública no plano nacional e internacional. (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009; NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER, 2009).

Suas consequências, podem resultar em problemas emocionais, psicológicos, cognitivos e sociais, capazes de impactar sobremaneira a saúde das pessoas ao longo da sua vida. Tais consequências, repercutem negativamente na vida das pessoas por anos, podendo desencadear consumo de bebidas alcoólicas e drogas, depressão, suicídio, evasão escolar, desemprego e problemas de relacionamento. (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2014; BRASIL, 2015a).

Esta situação contribui para o aumento de custos com saúde, previdência, absenteísmos no trabalho e na escola, entre outros, impondo aos serviços de saúde gastos elevados e processos dispendiosos com estrutura pré-hospitalar, emergência, assistência e reabilitação. (MINAYO, 2006; WHO, 2014).

Segundo a WHO (2014), cerca de 1,3 milhão de pessoas morrem no mundo a cada ano, em função das Violências, o que representa na atualidade, juntamente com as doenças crônico-degenerativas, um novo perfil epidemiológico no quadro de saúde.

Seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, o Brasil reconheceu, por intermédio do Ministério da Saúde (MS), a Violência como um importante problema de saúde pública. No país, o resultado destes agravos representa a terceira causa de morte na população geral e a primeira causa na

população de um a 49 anos. (BRASIL, 2015a).

Podemos então considerar como um fenômeno das “Violências” e não da “Violência”, reiterando para tanto, o defendido por alguns autores que ponderam não ser simples conceituar a Violência devido a sua complexidade. Dentre as mais variadas naturezas das Violências, podemos elencar a física, a psicológica, a sexual e as que envolvem abandono, negligência ou privação de cuidados. (MINAYO, 2006; CELMER, 2010).

Esta dissertação discute um tipo específico de Violência: a Violência de Gênero, sendo a forma mais reconhecida pela sociedade aquela praticada contra as mulheres, porém, não é a única. A Violência de Gênero faz parte das “Violências”, porque evidencia uma forma de dominação, opressão e de crueldade estruturalmente construídas nas relações entre homens e mulheres, reproduzidas socialmente nas mais diversas esferas. (MINAYO, 2006; ZUMA et al., 2009).

No tocante à Violência de Gênero, as violações de direitos humanos em virtude da orientação sexual e identidade de gênero presumida das vítimas, conformam um padrão em todo o mundo e estão relacionadas a vários abusos e discriminações. (KOEHLER, 2013; TRANSGENDER EUROPE'S TRANS MURDER MONITORING (TMM), 2016).

Entendemos com isso, que certos grupos são mais vulneráveis¹ à Violência de Gênero: mulheres e indivíduos que fogem aos padrões de heteronormatividade² impostos pela sociedade, percebendo assim, esta problemática como uma forma insidiosa de Violência que reflete a invisibilidade a que certos grupos estão expostos. Como corroboram Fleury-Teixeira e Meneguel (2015), que embora as Violências afetem todas as camadas sociais, seus efeitos são mais prolongados nos grupos historicamente excluídos e vulneráveis como: mulheres, negros, indígenas e LGBT³.

¹ “Vulnerabilidade de Gênero parece se referir a uma situação de vulnerabilidade associada a normas e valores que têm por base a heterossexualidade compulsória”. (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015, p. 400).

² Heteronormatividade se refere à função normativa de sexualidade heterossexual, ou seja, como a norma elege a heterossexualidade como padrão. (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

³ A sigla LGBT é a denominação do grupo de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros. (BRASIL, 2013a). Embora usada em documentos oficiais, não é consenso para alguns movimentos ligados ao próprio grupo LGBT e alguns estudiosos da temática; os quais vêm utilizando as siglas LGBTTTT e LGBTI - Lésbicas, Gays, Travestis e Intergênero – para uma maior abrangência da definição aos pertencentes deste grupo. Como padronização foi adotada nesta dissertação a sigla LGBT.

No caso das mulheres⁴, a Violência⁵ é tão antiga quanto à humanidade, mas a preocupação para superar esse fenômeno é recente, atualmente sendo reconhecida como crime por meio de legislações e com aparatos e estruturas específicas de apoio as pessoas vitimadas, a saber: delegacias, instituições de saúde, casas de apoio etc. (WAISELFISZ, 2015).

Por muito tempo, as Violências cometidas contra as mulheres foram socialmente admitidas, o que impregnou nas identidades culturais de homens e mulheres, um alto grau de tolerância a tais manifestações. (CELMER, 2010).

Segundo o Mapa da Violência - 2015, por meio de dados levantados nos registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 1980 a 2013, morreram 106.093 mulheres por homicídio no Brasil. Em 1980, esta taxa era de 2,3 mulheres por 100mil/habitantes, passando em 2013 para 4,8 por 100mil/habitantes, refletindo com isto um aumento de 111,1% no total de casos, muito embora este aumento possa também refletir um aumento nas notificações. (WAISELFISZ, 2015).

Outro grupo vulnerável à Violência de Gênero é a população LGBT. Tal realidade está retratada no 3º Relatório Nacional sobre os Direitos Humanos, que relata terem ocorrido no Brasil, 360 homicídios de gays, lésbicas e travestis, no período de 2003 a 2005. (BRASIL, 2013a). Além disso, conforme dados mais recentes do relatório nacional realizado pelo Grupo Gay da Bahia, somente em 2015, foram registradas 319 mortes por homofobia, o que contabiliza um crime de ódio a cada 27 horas no país contra esta população. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), 2016).

Importante dizer que o Brasil vem configurando nos últimos anos, os primeiros lugares no *ranking* das Violências quando o assunto é violência contra pessoas em função de orientação sexual e identidade de gênero no mundo. (TMM, 2016).

Isto posto, ao abordar tal temática, devemos considerá-la para além das mulheres, levando em conta todas as populações vulneráveis à Violência de Gênero e por meio da incorporação destas questões nas discussões relativas à saúde e à Enfermagem. Importante também, é realizar avaliações e planejamento de ações de saúde que tenham como finalidade o enfrentamento a todo e qualquer tipo de

⁴ Adotamos o termo Mulheres por considerar que ao utilizarmos o termo no plural reconhecemos que, mesmo fazendo parte de um determinado grupo, as mulheres são múltiplas em suas diferenças.

⁵ Neste trabalho os termos Violência e Gênero aparecem com inicial maiúscula quando os mesmos estiverem se referindo à "Violência" e o "Gênero" como substantivo.

Violência, considerando os contextos nos quais os indivíduos estão inseridos, sendo necessário para tanto, perpassar o entendimento da categoria Gênero para além dos padrões definidos como normais pela sociedade contemporânea.

Nesta perspectiva, a equipe multiprofissional de saúde, tem papel de destaque como fomentadora de debates e de intervenções na realidade, sendo sua responsabilidade reconhecer e acolher pessoas que são submetidas às Violências. A Enfermeira, parte integrante desta equipe, tem papel fundamental neste processo, por meio do desenvolvimento de ações de prevenção e combate aos agravos causados pelas Violências e na discussão de estratégias de enfrentamento e articulações com os demais serviços intersetoriais.

Reforçamos que, ao desempenhar seu processo de trabalho e produzir ações de mudança, independentemente do campo em que atue, a Enfermeira deve fomentar o trabalho em equipe, bem como a capacitação em saúde, com ênfase no enfrentamento de fenômenos que afligem a humanidade, como no caso das Violências, com destaque aqui para as questões de Gênero.

Portanto, tivemos por objetivo construir de forma conjunta, uma proposta de acolhimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero. Tal construção se deu por meio do reconhecimento do entendimento acerca de Violência de Gênero no cenário estudado, bem como pela sensibilização dos participantes a respeito da temática.

A proposta de Intervenção se concretizou por intermédio da confecção de um Caderno de Orientações, o qual será disponibilizado nos serviços, como norteador das ações de acolhimento dos casos de Violência de Gênero atendidos nos Centros de Atendimento à Saúde da instituição.

2 CAMINHOS DO PENSAMENTO

Para embasar esta dissertação, foi realizada uma revisão da literatura científica, tendo como eixos norteadores Violências, Gênero e Acolhimento, conceitos basilares para a equipe multidisciplinar de saúde em casos de pessoas submetidas à Violência de Gênero.

O desenvolvimento de projetos de pesquisa e intervenção atuais, tem permitido o olhar dos pesquisadores para um panorama geral dos estudos em relação ao fenômeno das Violências à luz da categoria Gênero. (OLIVEIRA; FONSECA, 2014).

2.1 VIOLÊNCIAS

A palavra Violência tem origem latina e se refere a ideia de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro, considerada uma forma inadequada de resolver conflitos, uma expressão de abuso de poder que causa medo, insegurança, adoecimento, sequelas e mortes no mundo inteiro. Como fenômeno é reconhecida como um problema social de grande magnitude, que atinge a todos sem distinção. (MINAYO, 2006; WHO, 2014; PARANÁ, 2014a).

Conforme a OMS, Violência é definida como:

O uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002, p. 5).

Mundialmente, as diversas práticas violentas começaram a ser debatidas há mais tempo, porém no Brasil, essas discussões se intensificaram a partir da década de 1980, ocorrendo um aumento considerável nos últimos anos, inclusive na área da saúde. Esta temática tem repercutido intensamente nos discursos da atualidade, seja na política, filosofia, psicologia, antropologia, sociologia, justiça ou mesmo religiões e senso comum. (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

A questão é que as manifestações violentas são aprovadas ou reprovadas, consideradas legais ou ilegais, conforme normas sociais mantidas por usos e costumes da sociedade e como fato histórico social estão inseridas em cada um de nós. (MINAYO, 2006; NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER, 2009).

Essas manifestações são evidenciadas nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais e em tempos de guerra ou de suposta paz. (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009).

Importante considerar que esse fenômeno se faz tão presente, dentro da sociedade capitalista moderna, marcada por uma urbanização acelerada e na qual a competição, o individualismo e o consumismo são extremamente valorizados. (COLLING; TEDESCHI, 2015).

Uma particularidade das Violências é a maneira como atinge de forma desigual distintos grupos e sujeitos e de como é perpetrada em diversos cenários da sociedade. As dimensões pessoais e subjetivas demonstram algumas das facetas que compõem esse fenômeno, sendo necessário, articular nessa compreensão dialética, os determinantes sociais, históricos e culturais. (MINAYO, 2006; WANZINACK; SIGNORELLI, 2015).

Ao se discutir Violências, também se faz necessário conhecer e entender as suas formas de manifestação. Para tanto, em 2002, a OMS propôs um modelo útil, que permitiu a compreensão desses padrões de Violências que ocorrem diariamente em torno do mundo. Esta tipologia está descrita na figura abaixo:

FIGURA 1 – TIPOLOGIA DAS VIOLÊNCIAS



FONTE: Adaptado de OMS, (2002).

Conforme já citado na FIGURA 1, a OMS (2002) divide as grandes categorias das Violências de acordo com quem as comete, estas categorias são melhor descritas a seguir:

- **Violência autoinfligida:** comportamento suicida (tentativas ou pensamento suicida) e autoabuso.
- **Violência interpessoal:** Violência da família - membros da família e parceiros íntimos (abuso infantil, violência sexual contra: mulheres, idosos e pessoas com deficiência), e Violência comunitária - entre não parentes, conhecidos ou não (casos de estupro, violência juvenil, institucional e do trabalho - assédio moral e sexual).
- **Violência coletiva:** Social (crimes de grupos organizados, terrorismo e violências de multidões); Política (guerras e conflitos, violência de estados e de grandes grupos) e Econômica (onde grandes grupos, visando ganhos econômicos, interrompem e fragmentam a economia de um país/região e/ou negam o acesso a serviços essenciais).

As Violências também são classificadas quanto a sua natureza. Essa descrição encontra-se no QUADRO1:

QUADRO 1 – NATUREZAS DAS VIOLÊNCIAS

NATUREZA	DEFINIÇÃO
FÍSICA	Quando uma pessoa que está em relação de poder sobre a outra, causa ou tenta causar dano não acidental por meio da força física ou algum tipo de arma, podendo provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. As agressões podem ser socos, pontapés, bofetões, tapas ou qualquer outro gesto.
SEXUAL	Todo o ato no qual, uma pessoa em relação de poder e por meio da força física ou intimidação psicológica, obriga a outra a executar ato sexual contra a sua vontade, sendo considerado crime, seja praticada por qualquer pessoa, independente do vínculo com a pessoa submetida à Violência. Tipos: abuso incestuoso / incesto, atentado violento ao pudor, assédio sexual, exploração sexual, pornografia infantil, pedofilia e Voyeurismo.
PSICOLÓGICA	Toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento dos indivíduos, por meio de agressões verbais ou humilhações recorrentes como: ameaças de agressão física, impedimento de trabalhar fora, de sair de casa, de ter amigos, de telefonar, de conversar com outras pessoas etc.
NEGLIGÊNCIA	É a ausência de atendimento às necessidades básicas, físicas e emocionais das crianças, adolescentes, adultos, idosos ou pessoas portadoras de qualquer tipo de deficiência ou doença.

FONTE: Adaptado de OMS, (2002), BRASIL, (2009).

A autora Minayo (2006), defende o acréscimo de mais uma categoria a tipologia das Violências: a Violência Estrutural, que se refere a processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem as desigualdades sociais de gênero e etnia.

Como vimos, as Violências abrangem várias definições e entendimentos, segundo tipologias e naturezas, o que denota a magnitude do fenômeno para a sociedade. Isto posto, replicamos as palavras de Minayo (2006, p. 13), ao declarar que “encerrar a Violência numa definição fixa e simples é expor-se a reduzi-la e compreender mal sua evolução e sua especificidade histórica”.

Então, ao se falar em Violências, além das definições, buscamos compreender outras nuances que evidenciam a problemática, como é o caso da Epidemiologia das Violências no mundo. Anualmente ocorrem no mundo, mais de 1,3 milhão de óbitos como resultado das mais diversas manifestações das Violências, o que representa uma das principais causas de mortes, doenças e incapacitações, gerando grandes impactos sociais e de saúde. (WHO, 2014).

Continuando essa reflexão, no Brasil, segundo registros do Ministério da Saúde (MS), divulgados pelo Atlas da Violência (2016), no ano de 2014 foram 59.627 homicídios, o que equivale a uma taxa de 29,1 homicídios por 100 mil habitantes, representando mais de 10% dos homicídios registrados no mundo. Segundo publicações preliminares do SIM, relativas ao ano de 2014, no Brasil a faixa etária mais atingida, tanto masculina quanto feminina, está compreendida entre 15 e 19 anos. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA), 2016).

Analisando o estado do Paraná, constatamos que as causas externas estão entre as principais razões de internamento e de mortalidade, constituindo a terceira causa de morte da população geral e primeira causa nas pessoas de um a 49 anos, principalmente de homens. (PARANÁ, 2014a).

Focando este olhar especificamente na Violência de Gênero, sobre dados do Paraná, destacamos que, no período de janeiro/2009 a junho/2013, houve um total de 29.891 casos de violência doméstica, violência sexual e/outras formas de violências no estado. Ao observarmos estas notificações, segundo sexo, no mesmo período, fica perceptível que o maior número de casos notificados está relacionado ao sexo feminino (66,7%), num total de 19.911 casos, atingindo praticamente todas as faixas etárias. No que tange à negligência/abandono houve mais casos relacionados ao sexo masculino, com maior predominância na infância e na adolescência. (PARANÁ, 2014a).

2.2 GÊNERO

Segundo Joan Scott (1989, p. 21) “[...] Gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o Gênero é, uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Como confirmam Fleury-Teixeira e Meneghel (2015), Gênero é uma construção sociológica relativamente recente, que responde a necessidade de diferenciar o sexo biológico de sua tradução social em papéis sociais e expectativas de comportamento masculino e feminino, devendo ser entendido nesta perspectiva.

Este conceito surge historicamente no mundo para se referir as diferenças culturais entre os sexos, sendo utilizado a partir do século XX pelo movimento feminista para justificar as formas de interação e legitimação humana na construção das relações sociais. Em sentido político, surge na segunda metade dos anos 1980, concebido em meio a lutas e com o apoio de teóricas feministas, que atentando para a vulnerabilidade do termo mulher, buscaram então articular o conceito Gênero como uma construção coletiva e desafiadora. (GOMES, 2008; COLLING; TEDESCHI, 2015).

O Brasil, vivendo o período de redemocratização, também foi marcado por movimentos e lutas em busca da defesa de direitos de várias categorias e o desenvolvimento das teorias e estudos feministas refletem as mudanças sociais e políticas deste período. O movimento das feministas tinha como um dos objetivos principais, dar visibilidade à Violência contra as mulheres e o estabelecimento de ações de combate por meio de intervenções sociais e jurídicas, levando à criminalização de condutas violentas. (CELMER, 2010).

Na área da saúde, a palavra Gênero foi apreendida na década de 1990, como uma ferramenta essencial para analisar a determinação dos fenômenos da vida de homens e mulheres. A insistência desta discussão, se dá em função da hierarquia e poderes da sociedade, na qual as mulheres sempre ocuparam posição inferior, isso como resultante das desigualdades históricas. (OLIVEIRA; FONSECA, 2014).

É necessário considerar que estas normas culturais e sociais de Gênero são as regras ou as expectativas de comportamento que controlam os papéis e as relações de homens e mulheres em um grupo social. (GOMES, 2008; WHO, 2014).

Então, refletir sobre Gênero significa pensar sobre as relações que ocorrem entre homens-mulheres, mulheres-mulheres, homens-homens, referindo atributos

relacionados a cada um dos sexos, bem como a geração de modelos que se constroem e se cristalizam nesta perspectiva, representando assim, o que é ser homem e mulher na sociedade. (GOMES, 2008; GUIMARÃES; PEDROSA, 2015).

Assim sendo, as discussões de Gênero como conceito e categoria fundante das sociedades devem ir além do corpo biológico e da abordagem assistencial, bem como do entendimento de ser um aspecto representativo das mulheres em sociedade, mas sim, como uma categoria dimensional de caráter relacional que inclui homens e mulheres. (NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER, 2009).

Por isso, concordamos que mulher não é sinônimo de Gênero e que as políticas públicas, considerando nesse contexto a dimensão de Gênero, não devem abordar apenas a atenção à saúde das Mulheres e sim, levar em consideração a saúde de homens e de mulheres nas suas mais diversificadas expressões. (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Portanto, é indispensável que mulheres e homens sejam tratados de acordo com suas necessidades, de forma justa, o que significa equidade⁶ de Gênero. Ainda, se quisermos transformar a realidade, precisamos levar em conta também as dimensões públicas e privadas que reproduzem estes mecanismos de dominação. (MARTINS; GUEVARA, 2015).

Além disso, segundo Gomes (2008), a sexualidade masculina além de pouco debatida na área da saúde, costuma ser abordada na lógica da doença, sendo necessária uma discussão abrangente, contemplando a sexualidade masculina e as relações dela derivada.

Neste sentido, devemos buscar uma abordagem de promoção da saúde na qual as especificidades masculinas juntamente com as femininas sejam consideradas, e dentro deste pensar, construir uma concepção ampliada das questões de Gênero e seus reflexos no processo saúde-doença.

Ao abordarmos a vulnerabilidade de homens e mulheres em função do Gênero e nesta perspectiva o grupo LGBT e todas as identificações que o compõem, é imprescindível reconhecer na sociedade atual as diferentes nuances compostas por: Expressão de Gênero, Identidade de Gênero e Orientação Sexual, bem como a variabilidade que estes termos abrangem. (KOEHLER, 2013).

⁶ Equidade é a possibilidade das diferenças serem expressadas e respeitadas em condição de igualdade e sem discriminação. (PARANÁ, 2014b).

Para facilitar este entendimento, a *Organization of American States* (OAS, 2013)⁷, conceituou tais termos como:

- **Orientação Sexual** - termo utilizado para referir-se à atração física e emocional por pessoas do mesmo sexo, do sexo oposto ou de ambos os sexos.
- **Identidade de Gênero** - termo utilizado para descrever o sentimento da pessoa transgênero, que se identifica com o gênero oposto, onde pode sentir subjetivamente uma identidade de gênero distinta de suas características sexuais e fisiológicas.
- **Expressão de Gênero** - termo utilizado para designar manifestação externa de traços culturais que permitem identificar uma pessoa como masculina ou feminina, conforme os padrões ditados pela sociedade.

Também são reconhecidos termos baseados na forma como o indivíduo se reconhece e se define para a sociedade enquanto identidade e expressão de Gênero. Estes termos foram listados no QUADRO 2:

QUADRO 2 – IDENTIDADES E EXPRESSÕES DE GÊNERO

IDENTIDADES E EXPRESSÕES DE GÊNERO	DEFINIÇÃO
AGÊNERO	Pessoa que não se identifica com nenhum gênero existente, nem se comporta socialmente como tal, mantendo a identidade não binária (homem e mulher).
CISGÊNERO	Quando o gênero está de acordo com o sexo de nascimento e conforme os padrões sociais normativos.
ANDRÓGINO	Pessoa que não se identifica apenas com os gêneros binários, mas carrega características e comportamento desses gêneros.
BIGÊNERO	Pessoa que se identifica com ambos os gêneros, feminino e masculino, alternada e/ou simultaneamente.
GÊNERO FLUIDO	Pessoa que flui entre os gêneros masculino, neutro e feminino, conforme se sinta em cada dia e em cada momento.
TRAVESTI	Pessoa designada como gênero masculino ao nascer, objetiva a construção do feminino, podendo realizar procedimentos estéticos e cirúrgicos para tal.
PANGÊNERO	Possui uma identidade de gênero não normativa, que adota papéis sociais de diversos gêneros, alternadamente ou simultaneamente.
TRANSGÊNERO	Possui identidade de gênero diferente da designada ao nascimento e realiza ou não uma transição para se redesignar socialmente quanto ao modo como se vê e sente. Pode optar por realizar a redesignação sexual (estética ou cirúrgica).
TRANSEXUAL	Possui identidade de gênero diferente da designada ao nascimento e realiza ou não uma transição para se redesignar socialmente quanto ao modo como se vê e sente. Pode optar por realizar a redesignação sexual.
TRANSEXUAL OU TRANSGÊNERO NÃO BINÁRIO	Quem não é exclusivamente homem ou mulher e se recusa a entrar na binaridade de gênero. Alguns se identificam como Genderqueer (termo que abrange várias identidades de gênero em um mesmo indivíduo).

FONTE: Adaptado de GRUPO CULTURA AFRO REGGAE (2016).

⁷A OAS forneceu esta conceituação em 2013, por meio de um informe de sua Comissão Jurídica.

Assim como devemos conhecer os termos que são utilizados para designar as variações em função de Gênero da sociedade atual, também devemos realizar uma avaliação estrutural desta mesma sociedade, considerando para tanto, as normas, regras e práticas vigentes nas diversas esferas e dimensões, que contribuem para manutenção das desigualdades entre homens e mulheres.

Tal reflexão possibilita voltar o olhar para as questões de Gênero na atenção à saúde com orientação para o desenvolvimento de uma *práxis* transformadora sobre a realidade, o que permite superar as contradições, bem como a compreensão de que a perspectiva histórica replica a ideologia dominante e opressiva suprimindo a voz política dos grupos vulneráveis da sociedade. (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

A incorporação desta perspectiva no enfrentamento das Violências e no planejamento das ações em saúde é necessária, tendo como foco uma avaliação ampla e crítica do contexto em que o indivíduo está inserido, respeitando com isto as dimensões⁸ Estrutural, Singular e Particular do fenômeno existentes, conforme proposto por Egry (1996), por meio da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC.

Neste contexto, pesquisadores enfrentam o desafio de repensar desigualdades nas relações entre homens e mulheres e o quanto estas determinam a perpetração da Violência de Gênero na sociedade e sob este enfoque, entender a dinâmica que permeia estas questões significa buscar caminhos para a desconstrução dessas desigualdades. (OLIVEIRA; FONSECA, 2014; DUARTE et al., 2015).

2.2.1 Violência de Gênero

Entendida como forma de dominação, opressão e crueldade nas relações entre homens e mulheres, sendo de construção e reprodução no cotidiano. Refere-se às relações de poder e à diferença entre as características culturais atribuídas a cada um dos sexos e suas peculiaridades biológicas. A Violência de Gênero é uma realidade mundial, caracterizada pela invisibilidade e vulnerabilidade das pessoas em situação de Violência, considerada no âmbito particular pela sociedade é legitimada e está

⁸ A Dimensão Estrutural se reporta ao aspecto macroestrutural do objeto focalizado, a Particular compreende processos de reprodução social, já a Singular compreende os aspectos que levam ao adoecer e morrer. (EGRY; FONSECA, 2015).

diretamente relacionada às desigualdades sociais historicamente constituídas. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC), 2014a).

Segundo Zuma et al. (2009), a Violência de Gênero pode ser definida como qualquer ato que resulte em dano físico ou emocional, perpetrado com abuso de poder de uma pessoa contra a outra, pautada em desigualdades e assimetrias entre os gêneros.

Destacamos que, em grande parte, ela é perpetrada pelo parceiro íntimo, sendo as mulheres a mais agredidas e os homens principais perpetradores deste tipo de Violência. (UFSC, 2014b; WHO, 2014; BRASIL, 2015b).

Por meio do movimento feminista, esta problemática foi inserida no âmbito da saúde no final do século XX. Este movimento procurou dar visibilidade ao impacto das questões de Gênero nas relações sociais, nas exclusões, nas Violências e na determinação de vulnerabilidades. Este movimento de mulheres organizadas defendia que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. (BRASIL, 2011a; COSTA et al., 2013).

Considerada uma “Violência Tradicional” que responde por grande parte de agressões e crimes no mundo, tem relação com o processo histórico e econômico de conformação das sociedades e dos Estados, sendo que as necessidades em saúde por ela determinadas, do mesmo modo, são produzidas socialmente. (MINAYO, 2006; GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Também entendida como um tipo de “Violência Sociocultural”, construída e reproduzida no dia a dia das relações de poder desigual entre os gêneros, é considerada um desafio para consolidação dos direitos humanos no Brasil, no qual a negligência do Estado, a falta de políticas públicas e os estereótipos fazem com que mulheres e homossexuais sofram de forma intensificada os seus efeitos. (UFSC, 2014a; OLIVEIRA; FERREIRA, 2015).

Tal realidade é um processo complexo que envolve questões como a variedade nas construções de identidades de gênero e orientação sexual que compõem a diversidade humana, para além dos sujeitos com base em seu sexo biológico (UFSC, 2014a).

No Brasil, a forma mais frequente de Violência de Gênero reconhecida pela sociedade é a praticada contra mulheres, mas homens também podem ser vítimas. (MINAYO, 2006; UFSC 2014b; SIGNORELLI, 2014).

Como resultado de um estudo, tendo como foco Gênero e Violência contra a mulher, foi concluído que os sinais e sintomas da Violência de Gênero escondem um silêncio que traduz sentimentos como humilhação, vergonha e revolta. As autoras ainda defendem a necessidade da incorporação da categoria Gênero nas instituições de saúde, para uma visão ampliada da mulher em situação de Violência⁹, construindo um espaço de superação dessa problemática que atinge mulheres em qualquer fase da vida. (DUARTE et al., 2015).

De acordo com o Atlas da Violência (2016), no período entre 2004 e 2014, 18 estados brasileiros apresentaram taxa de mortalidade por homicídio de mulheres acima da média nacional que é de 4,6%, dentre eles destacamos o Paraná, com uma taxa de mortalidade feminina por homicídio de 5,1%. Esta situação é considerada preocupante para a sociedade, segundo o balanço dos últimos dados divulgados pelo SIM, 13 mulheres são assassinadas por dia no Brasil. (PARANÁ 2014b; IPEA, 2016).

Além das mulheres que são submetidas a situações de Violência, outra população é considerada significativa no tocante à vulnerabilidade de Gênero e as Violências, é a LGBT, o que exige um olhar mais destacado por parte do Estado e da sociedade no que tange às políticas públicas de enfrentamento às desigualdades sociais e conseqüentemente às Violências. (BRASIL, 2013a; UFSC, 2014a).

Conforme relatório do TMM (2016), o Brasil apresentou 422 homicídios no período de janeiro de 2008 a abril de 2016, motivados pela identidade de gênero e/ou orientação sexual das vítimas, quando considerado números relativos, configura o quarto lugar no mundo.

É necessário destacar que, as pessoas que se identificam dentro dessas diversidades não apenas sofrem discriminação e/ou Violências pelos aspectos de orientação sexual e identidade de gênero, mas também pelas outras categorias que representam o grupo LGBT. (KULICK, 2008; UFSC, 2014a).

Para este grupo, apesar da maior visibilidade da violência física, o preconceito, a discriminação, a lesbofobia, a homofobia e a transfobia¹⁰ agem por meio da Violência Simbólica, considerada normal para a sociedade.

⁹ O termo “mulher em situação de violência” foi criado com o intuito de desvincular as mulheres da posição de eternas vítimas. (CELMER, 2010).

¹⁰ O movimento LGBT criou as alcunhas Lesbofobia, Homofobia e Transfobia, para denominar casos de violência contra Lésbicas, Homossexuais e Transgêneros respectivamente. (SIGNORELLI, 2014).

Segundo Pierre Bourdieu (2014), Violência Simbólica se refere a uma:

[...] violência suave, insensível, invisível as suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento, ou, em última instância, do sentimento. (BOURDIEU, 2014, p. 12).

Portanto, é necessário questionar a existência de uma sexualidade inflexível e normatizada em função das consequências que esse paradigma traz às pessoas que estão fora da norma e as agressões e o sofrimento mental a que indivíduos estão expostos e que são graves, muitos destes chegam a necessitar de um serviço de saúde em virtude das agressões e danos psicológicos das Violências. (UFSC, 2014b).

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero reflete também na determinação social da saúde, bem como no processo de sofrimento e adoecimento em virtude do preconceito e do estigma social reservado a estes grupos. A situação de desvalorização e indignidade, à que são submetidos aqueles que não compartilham da norma heterossexual é mais disseminada do que as pessoas reconhecem. (BRASIL, 2013a; BORGES; OHLWEILER; PECIAR, 2014).

Recentemente, um caso de extrema violência contra homossexuais repercutiu e gerou indignação mundial. O atentado foi direcionado contra frequentadores da *Pulse*, uma das principais boates LGBT de Orlando, nos Estados Unidos. Neste episódio, várias pessoas foram atingidas a tiros dentro da boate, destas, 53 ficaram feridas e 50 morreram. O assassino já havia declarado anteriormente ódio aos *gays*. (FIOCRUZ, 2016).

No contexto da realidade evidenciada, ocorre a necessidade de uma mudança de cultura na direção do respeito à diversidade sexual e ao “diferente” da norma heterossexual que permeia as relações sociais na maioria das sociedades, onde o campo da saúde se destaca, como um setor de atenção essencial para fomentar essa mudança. (NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER, 2009).

Além disso, desenvolver políticas públicas com ações efetivas é uma forma de enfrentamento e de modificação das relações desiguais de Gênero, nas quais, tanto homens como mulheres devem ser considerados como elementos fundamentais. Em contrapartida, a ausência de políticas públicas adequadas, a negligência do Estado e a perpetração de estereótipos fazem com que grupos vulneráveis sofram os efeitos trágicos das Violências. (OLIVEIRA; FERREIRA, 2015; MARTINS; GUEVARA, 2015).

2.2.2 Políticas Públicas de enfrentamento à Violência de Gênero

Para fazermos reflexões sobre as Políticas Públicas e o enfrentamento às Violências, é preciso ampliar horizontes, reconhecendo a determinação social, os processos de proteção e desgaste, bem como a produção de desigualdades historicamente construídas na sociedade, e que, abordar Gênero é imprescindível para que esta reflexão se aproxime da realidade.

As políticas públicas podem ser consideradas como respostas de governos a problemas que emergem na sociedade, contribuindo assim, através de distintas estratégias, como programas de saúde, para a superação de obstáculos ao cuidado no processo saúde-doença, o qual é histórico e socialmente determinado também pelas desigualdades de Gênero. (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Tais políticas conformam um campo de práticas, discursos, saberes e poderes marcados pela tensão entre a concretude da realidade e a realidade possível. Ao se discutir políticas públicas, bem como o enfrentamento à Violência de Gênero, são prementes ações mais específicas que considerem o vínculo entre a pessoa agredida e o agressor, as redes de apoio, assim como serviços disponíveis de proteção e garantia ao agredido. (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015; IPEA, 2016).

No Brasil, estas políticas começaram a se consolidar a partir da Constituição Federal de 1988, e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Tal trajetória histórica legal, trouxe transformações importantes com a criação de políticas públicas que vislumbram a possibilidade de enfrentamento das Violências, tão comuns em nossa sociedade. (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Mundialmente as políticas de enfrentamento da Violência de Gênero, foram baseadas nas discussões estabelecidas em diversas conferências direcionadas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Esse enfrentamento teve como base a concepção dos direitos das mulheres, cujo marco histórico foi a Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher - Cidade do México/1975. Posteriormente, houve o lançamento da Década da Mulher (1975 a 1985), pela ONU.

Após, seguiram-se outros movimentos conforme QUADRO 03:

QUADRO 3 – DESTAQUES NACIONAIS E INTERNACIONAIS EM DEFESA DAS MULHERES NO PERÍODO DE 2003 A 2015

MOVIMENTOS	LOCAL/ANO	CONTRIBUIÇÃO PRINCIPAL
Conferência de Viena	Áustria/1993	Enfaticou os direitos humanos das mulheres.
Declaração sobre Eliminação da Violência Contra as Mulheres	Suíça/1993	Definiu a Violência em suas múltiplas formas de manifestação e reconheceu sua prática no âmbito público e privado.
Conferência sobre População e Desenvolvimento e sua Plataforma de Ação	Egito/1994	Debata a existência de desigualdades sociais, destacando grupos tradicionalmente mais atingidos por tais desigualdades, dentre eles as mulheres.
Convenção Interamericana Para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher	Brasil/1994	Traz o conceito de Gênero e a definição de violência contra a mulher - que pode ser de diferentes tipos e ocorrer na esfera pública ou privada.
IV Conferência da Mulher	China/1995	Defendeu o direito das mulheres baseado nas relações de Gênero.
Criação da Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres (SPM)	Brasil/2003	Intensificou sua interlocução com os movimentos de mulheres e foi reconhecida, como aliada na defesa de políticas públicas de Gênero.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	Brasil/2004	Incorpora, sob o enfoque de Gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, visando consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e no combate à violência doméstica e sexual.
Estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.	Brasil/2004	O objetivo é fortalecer as ações de intervenção locais, melhorar a qualidade da informação sobre acidentes e violência e estabelecer a notificação compulsória de violência contra a mulher.
Lei 10886	Brasil/2004	Tipifica a violência doméstica no Código Penal.
Lei 11.340 (Lei Maria da Penha)	Brasil/2006	Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher.
II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres	Brasil/2007	A SPM elaborou o II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM).
Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher.	Brasil/2007	Tem como meta desenvolver políticas públicas amplas e articuladas, direcionadas às mulheres rurais, negras e indígenas em situação de Violência.
II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	Brasil/2013	Como um plano nacional, reafirma os princípios orientadores da Política Nacional para as Mulheres.
Programa “Mulher Viver Sem Violência”	Brasil/ 2013	Teve como objetivo integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência.
Lei 13.104	Brasil 2015	Torna o Femicídio ¹¹ crime hediondo.

FONTE: Adaptado de UFSC (2014b).

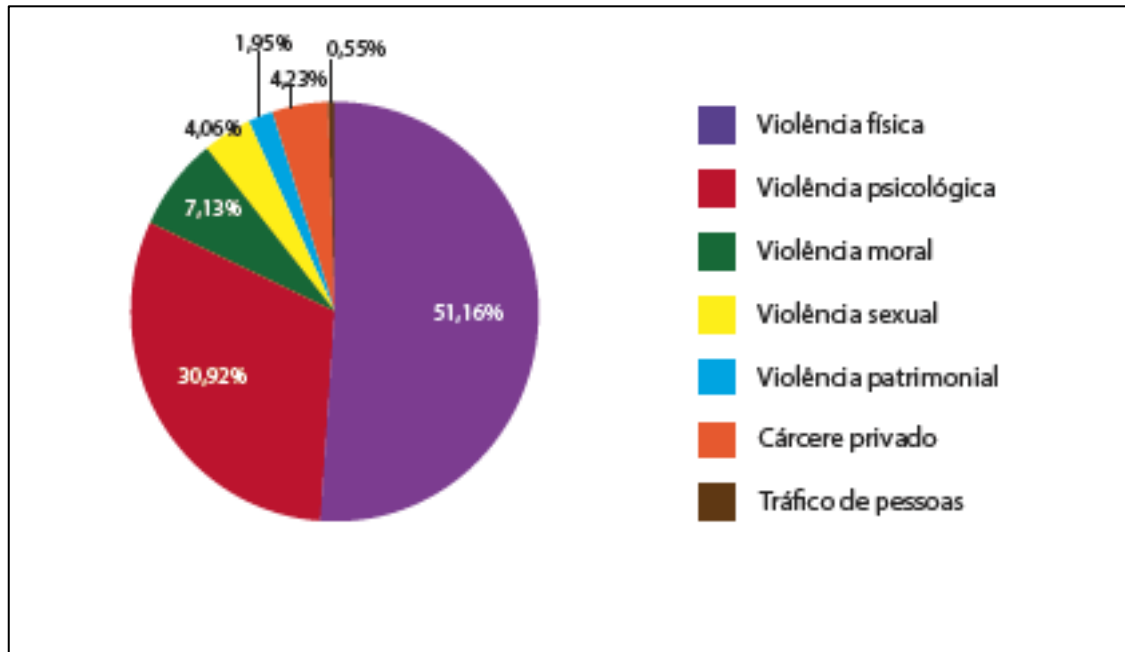
No Brasil, como estratégia de enfrentamento à violência contra as mulheres, destacamos uma ação importante da Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres (SPM), que em 2005, criou o serviço de atendimento telefônico para denúncias de maus-tratos. Esta Central de Atendimento Telefônico, atende através do

¹¹ “Femicídio” ou “feminicídio” são expressões utilizadas para denominar as mortes violentas de mulheres em razão de Gênero, ou seja, que tenham sido motivadas por sua “condição” de mulher. (BRASIL, 2016b).

número 180, oferecido de forma gratuita, 24 horas por dia, ininterruptamente, podendo ser acessada de qualquer telefone. (BRASIL, 2016a).

Podemos ter um panorama do LIGUE 180, por meio do balanço do 1º semestre de 2015, divulgado pela SPM, conforme FIGURA 2:

FIGURA 2- BALANÇO DE ATENDIMENTOS LIGUE 180 (1º SEMESTRE/2015)



FONTE: Adaptado de BRASIL (2016a).

Outro dado deste balanço é que, em 2015, o serviço (Ligue 180), foi procurado em sua maioria, 59,98%, por pessoas do sexo feminino. Foi evidenciado também, o aumento na procura do serviço para relatar eventos violentos contra mulheres, por pessoas próximas a estas. (BRASIL 2016a).

Existem outros serviços que junto com o Ligue 180, compõem uma Rede de Enfrentamento¹², para atender mulheres em situação de violência no Brasil. Os componentes desta rede estão descritos a seguir:

- **Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMs)** – realizam ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, onde é possível registrar Boletim de Ocorrência e solicitar medidas protetivas contra o agressor nos casos de violência doméstica contra mulheres.

¹² O conceito de rede se refere a articulação de instituições/serviços, baseadas na cooperação entre organizações que se conhecem e se reconhecem, buscando um atendimento mais integralizado. (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013b).

- **Centros de Referência de Atendimento à Mulher** – possuem função de acolhimento, acompanhamento psicológico e social, orientação jurídica às mulheres submetidas às Violências.
- **Casas-Abrigo** – oferecem asilo protegido e atendimento integral (psicossocial e jurídico), no período de 90 a 180 dias, para as mulheres, acompanhadas dos filhos ou não, em situação de violência doméstica e sob ameaça de morte. Por medida de segurança, a localização do abrigo é mantida sempre sob sigilo.
- **CRAS (Centros de Referência da Assistência Social)** – desenvolvem trabalho social com as famílias, para promover o bom relacionamento familiar, o acesso aos direitos e a melhoria da qualidade de vida.
- **Órgãos da Defensoria Pública** – prestam assistência jurídica integral e gratuita à população desprovida de recursos para pagar honorários de advogado e os custos de uma solicitação ou defesa em processo judicial, extrajudicial, ou de um aconselhamento jurídico.
- **Serviços de Saúde Especializados para o Atendimento dos Casos de Violência Contra a Mulher** – nestes serviços, as mulheres em situação de violência sexual deverão ser orientadas e encaminhadas para exames e profilaxias, e em caso de gravidez resultante de estupro, ser orientadas e encaminhadas quanto à possibilidade de abortamento legal. Possuem equipes multidisciplinares (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiras e médicos). (BRASIL, 2011a).

Além dessa rede, cabe explicitar um pouco mais algumas políticas públicas, já citadas no QUADRO 3, como avanços importantes no enfrentamento à violência praticada contra as mulheres no Brasil. Uma dessas políticas foi formulada considerando a vulnerabilidade das mulheres às Violências pautadas em Gênero, é a Lei 11.340/2006. Conhecida como “Lei Maria da Penha”, tem como proposta criar mecanismos jurídicos para coibir e punir a violência doméstica e familiar contra as mulheres. Esta lei está estruturada a partir de três eixos principais de medidas de intervenção: criminal, proteção dos direitos e da integridade física da mulher e de prevenção e educação. (BRASIL 2011a; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Outro destaque, em 2013, foi o lançamento do Programa “Mulher, Viver sem Violência”, este programa busca integrar e ampliar os serviços públicos existentes, voltados às mulheres em situação de violência, através da articulação dos mesmos. (BRASIL, 2015b).

O Programa “Mulher, Viver sem Violência”, está estruturado nos seguintes eixos:

- Implementação da Casa da Mulher Brasileira¹³;
- Ampliação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180;
- Organização e humanização do atendimento a pessoas submetidas à violência sexual;
- Implantação e manutenção dos Centros de Atendimento às Mulheres nas regiões de fronteira seca;
- Campanhas continuadas de conscientização;
- Unidades Móveis para atendimento a mulheres em situação de violência no campo e na floresta.

E por fim, mais recente, em 2015, tivemos a publicação da Lei 13.104/15, chamada “Lei do Feminicídio”, altera o código penal para inserir esta modalidade como homicídio qualificado e incluí-la no rol dos crimes hediondos, sendo conceituado Feminicídio, quando o crime praticado for em razão da condição do “ser mulher”. (BRASIL, 2015c; 2016b).

Mantendo este olhar sob as políticas públicas e o enfrentamento à Violência de Gênero no Brasil, ressaltamos também a vulnerabilidade da população LGBT, que vinha nas últimas décadas, por meio de movimentos de luta, demandando o desenvolvimento de ações e formulação de políticas de combate às Violências as quais é submetida constantemente. Destacamos que esta população sofre os mais variados tipos de Violências, nas diversas esferas de convívio social conforme já explicitado. (BRASIL, 2013a).

Em resposta a esta demanda, o governo federal junto a outros setores criou em 2004, o “Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT, e de Promoção da Cidadania de Homossexuais “Brasil sem Homofobia”, como um dos alicerces para o aumento e fortalecimento do exercício da cidadania no Brasil. Estas ações objetivavam a promoção da cidadania da população LGBT, a partir da equiparação de direitos e do combate às Violências e à discriminação homofóbica. (NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER, 2009; BRASIL, 2013a).

¹³ Foi inaugurada em 15 de junho de 2016, na cidade de Curitiba, a Casa da Mulher Brasileira. A ideia do espaço, é garantir o acolhimento e o atendimento integrado às mulheres submetidas à Violência. (CURITIBA, 2016a).

Já em 2011, foi publicada a Portaria nº 2.836, que institui, no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, conformando outro marco no reconhecimento das necessidades desta população, servindo como norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades. Este documento traz o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão social no processo de saúde-doença desta população e, tem suas diretrizes e objetivos voltados para mudanças na determinação social da saúde e a redução destas desigualdades. (BRASIL, 2013a).

Recentemente em 2015, foi publicada uma Portaria Interministerial 06/02/2015, que Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. (BRASIL, 2015a; 2015d).

Os avanços citados objetivaram combater a discriminação e exclusão social, o que implica em promover a democracia social, a laicidade do Estado e ampliar a mobilização do direito à saúde e dos direitos sexuais como fundamentos da saúde.

O Brasil tem participado, nos últimos anos, de diversas ações de cunho internacional na promoção dos direitos LGBT, algumas destas ações encontram-se descritas no QUADRO 4:

QUADRO 4 - AÇÕES INTERNACIONAIS EM DEFESA DOS DIREITOS LGBT COM A PARTICIPAÇÃO DO BRASIL NO PERÍODO DE 2003 A 2015

LOCAL/ANO	CONTRIBUIÇÃO PRINCIPAL
GENEBRA/2003	O Brasil apresentou projeto de resolução intitulada: Direitos Humanos e Orientação Sexual, a ser adotada pela então Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, mas não obteve o resultado esperado.
WASHINGTON/2005	Foi criado o Grupo de Trabalho para elaboração do Anteprojeto da Convenção Interamericana Sobre Racismo e Toda Forma de Discriminação e Intolerância, pela Organização dos Estados Americanos (OEA).
YOGYAKARTA/2006	Reunião de especialistas em direitos humanos para discutir direitos referentes à orientação sexual e identidade de gênero.
MONTEVIDEO/2007	O Brasil participou do Seminário Regional sobre Diversidade Sexual e Identidade de Gênero, ocorrido no marco da IX Reunião de Altas Autoridades do Mercosul (RAADH).
NOVA YORK/2007	Brasil, Argentina, Uruguai e organizações da sociedade civil, promoveram o lançamento dos Princípios de Yogyakarta.
WASHINGTON/2008	A Assembleia Geral da OEA aprovou a resolução "Direitos Humanos e Orientação Sexual".
NOVA YORK/2008	Durante o 60º Aniversário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Brasil, junto com outros 66 países, apresentou a "Declaração sobre Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero".
MONTEVIDÉU/2009	O Brasil participou, no marco da XVI Reunião da RAADH, sobre Identidade e Diversidade Sexual.
GENEBRA/2010	O Brasil e outros 12 países copatrocinaram o "Painel de alto nível sobre o fim da violência e das sanções penais com base em orientação sexual e identidade de gênero".
GENEBRA/2011	O Brasil apoiou intervenção conjunta sobre o combate à Violência baseada em orientação sexual e identidade de gênero na 16ª Sessão do Conselho de Direitos Humanos da ONU.
BRASIL/ 2013	Foi realizado o "Seminário Regional sobre Orientação Sexual e Identidade de Gênero", em conjunto com o "Seminário Brasil-União Europeia de Combate à Violência Homofóbica".
OSLO/2013	O Brasil participou da "Conferência Internacional sobre Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero".
GUATEMALA/2013	A 43ª Assembleia Geral da OEA adotou a Convenção Interamericana Contra Toda Forma de Discriminação e Intolerância Sexual, Identidade e Expressão de Gênero.
NOVA YORK/2013	O Brasil participou da Reunião Ministerial "Core Group" Sobre Direitos de Pessoas LGBT. O evento ocorreu à margem da Abertura da 68ª Sessão da Assembleia da ONU e foi copatrocinado por Argentina, Estados Unidos, França e Países Baixos.
GENEBRA/2014	O Conselho de Direitos Humanos da ONU aprovou, durante a 27ª Sessão, a resolução 27/32, intitulada "Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero". O Brasil integrou o "Core Group", juntamente com Chile, Uruguai e Colômbia.
NOVA YORK/2014	O Brasil participou, da Reunião Ministerial "Ending Human Rights Violations Against LGBT People". O evento ocorreu junto da Abertura da 69ª Sessão da Assembleia Geral e foi copatrocinado por Argentina, União Europeia e Países Baixos.
PARIS/2014	O Brasil participou do Seminário, na sede da UNESCO, sobre o direito à educação da população LGBT - "UNESCO' work to protect theright to education of Lesbian, Gay, Bissexual and Transgender (LGBT) children and young people".
WASHINGTON/2014	O Brasil apoiou a criação da Relatoria sobre Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Intersex (LGBTI) da Comissão Interamericana de Direitos Humanos.
NOVA YORK/2015	O Brasil participou do Evento de Alto Nível "Leaving no One Behind: Equality and Inclusion in the Post-2015 Development Agenda", ocorrido na sede das Nações Unidas, à margem da abertura da 70ª Sessão da Assembleia Geral.

FONTE: BRASIL (2017)

Ao abordarmos o combate as Violências e os direitos LGBT, considerando o plano internacional, não podemos deixar de explicitar um pouco mais a formulação dos Princípios de Yogyakarta em 2006, já citado no QUADRO 4. Este evento, realizado na Indonésia, reuniu alguns especialistas em direitos humanos no mundo, para discutir direitos referentes à orientação sexual e identidade de gênero.

Esse documento, do qual o Brasil é signatário, defende princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, bem como afirmam a obrigação primária dos Estados de implementarem os direitos humanos, onde cada princípio é acompanhado de detalhadas recomendações. (Princípios de Yogyakarta, 2006). O resultante desta reunião, foi a definição de 29 princípios, que se encontram listados no QUADRO 5:

QUADRO 5 – PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA

<ol style="list-style-type: none"> 1. Direito a um Padrão de Vida Adequado 2. Direito à Habitação Adequada 3. Direito ao Gozo Universal dos Direitos Humanos 4. Direito à Igualdade e a Não-Discriminação 5. Direito ao Reconhecimento Perante a Lei 6. Direito à Vida 7. Direito à Segurança Pessoal 8. Direito à Privacidade 9. Direito de Não Sofrer Privação Arbitrária da Liberdade 10. Direito a um Julgamento Justo 11. Direito a Tratamento Humano durante a Detenção 12. Direito de Não Sofrer Tortura e Tratamento ou Castigo Cruel, Desumano e Degradante 13. Direito à Proteção Contra todas as Formas de Exploração, Venda ou Tráfico de Seres Humanos 	<ol style="list-style-type: none"> 14. Direito ao Trabalho 15. Direito à Seguridade Social e outras Medidas de Proteção Social 16. Direito à Educação 17. Direito ao Padrão mais Alto Alcançável de Saúde 18. Proteção contra Abusos Médicos 19. Direito à Liberdade de Opinião e Expressão 20. Direito à Liberdade de Reunião e Associação Pacíficas 21. Direito à Liberdade de Pensamento, Consciência e Religião 22. Direito à Liberdade de Ir e Vir 23. Direito de Buscar Asilo 24. Direito de Constituir uma Família 25. Direito de Participar da Vida Pública 26. Direito de Participar da Vida Cultural 27. Direito de Promover os Direitos Humanos 28. Direito a Recursos Jurídicos e Medidas Corretivas Eficazes 29. Responsabilização “<i>Accountability</i>”.
--	--

FONTE: PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2006.

Permanecendo no contexto de políticas públicas que contemplam o enfrentamento às Violências, elencamos algumas legislações, que de forma geral, visam este enfrentamento no Brasil. Esta descrição encontra-se no QUADRO 6:

QUADRO 6 - INSTRUMENTOS LEGAIS PARA O ENFRENTAMENTO ÀS VIOLÊNCIAS NO BRASIL

LEGISLAÇÕES GERAIS
<p>Portarias 1.060/GM/MS/2002 - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.</p> <p>2.528/GM/MS/2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.</p> <p>Lei 10.216/2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.</p> <p>Lei 10.826/2003- Estatuto do Desarmamento.</p> <p>Portaria 3.088/GM/MS/2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial, republicada em 21/05/2013.</p> <p>Decreto 5.948/2006 - Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas.</p> <p>II Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas/2013.</p>
VIOLÊNCIA SEXUAL
<p>Decreto 7.958/2013 - Estabelece diretrizes p/ atendimento a pessoas em situação de violência sexual por profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS.</p> <p>Lei 12.845/2013 - Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral a pessoas em situação de violência sexual.</p> <p>Portarias 485/GM/MS/2014 - Redefine o Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS.</p> <p>SPM/MJ/MS/2015 – Orienta os profissionais de segurança e do SUS quanto à humanização, registro de informações e coleta de vestígios no caso de violência sexual.</p>
VIOLÊNCIA RACIAL
<p>992/GM/MS/2009 - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.</p> <p>Lei 12.288/ 2010 - Estatuto da Igualdade Racial.</p> <p>Plano de Prevenção à Violência contra a Juventude Negra Juventude Viva/2014.</p>
VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE
<p>Portaria 12.015/2009 - Altera o título VI do Código e a Lei nº 8.072 e revoga a Lei 2.252.</p> <p>Portaria 12.650/2012 – conhecida como “Joana Maranhão” - Altera o Código Penal para modificar as regras de prescrição dos crimes contra crianças e adolescentes.</p> <p>Portaria 12.978/2014 - Altera o nome jurídico do art. 218 do Código Penal para favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável e acrescenta inciso ao art. 1º da Lei 8.072 para classificar hediondo o crime de favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável.</p> <p>Lei 13.010/2014 - Altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante.</p> <p>Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de Violências/ MS/2010.</p> <p>Carta de Constituição de Estratégias em Defesa da Proteção Integral dos Direitos da Criança e do Adolescente/ 2012.</p> <p>Estratégia Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes/2012.</p> <p>Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes/2013.</p>
VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES
<p>Portarias 104/GM/MS/2011 - Define lista de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória no território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades.</p> <p>1.271/GM/MS/2014 - 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.</p> <p>Portaria737/GM/MS/2001 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.</p> <p>Portaria 1.600/GM/MS/2011 - Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, incorporando o componente de Promoção Prevenção e Vigilância à Saúde (vigilância e prevenção das violências e acidentes e das lesões e mortes no trânsito).</p> <p>Portaria 1.365/GM/MS/2013 - Aprova a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.</p>

Em uma visão integrada e ampla da determinação do processo saúde-doença dos indivíduos, as políticas de saúde deverão ser compreendidas em sua totalidade, abordando questões como formas de inserção na sociedade e ações defendidas pelo SUS, buscando parcerias intersetoriais.

Ademais, é premente a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas que consigam, por meio de estratégias enfrentar situações que comprometem a qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade como é o caso das Violências.

2.3 O ACOLHIMENTO A PESSOAS SUBMETIDAS À VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Como já vimos, o fenômeno das Violências é complexo e demanda discussões de todos os setores da sociedade para que seja possível elaborar estratégias de prevenção e enfrentamento, bem como a participação ativa da equipe multiprofissional de saúde e dos cidadãos como atores sociais da realidade a ser enfrentada.

A Atenção Primária à Saúde (APS)¹⁴ possui aspectos que a identificam e diferenciam dos outros níveis de atenção. A utilização destes serviços pela população depende do acolhimento, da capacidade de resolução em todos os níveis de assistência e da delimitação dos recursos necessários para resolver os problemas. (BRASIL, 2011b).

Sobretudo na APS, o acolhimento deve ser considerado como ação assistencial e instrumento para alavancar as relações entre usuário/profissional/serviço. Deve fazer parte das práticas profissionais individuais e em equipe, constituindo uma diretriz importante e imprescindível para a valorização do usuário como ser humano dotado de subjetividades. (OLIVEIRA et al., 2015).

Quando utilizado como método para colaborar com a qualificação dos serviços de saúde, possibilita ao usuário um atendimento justo e integral, de forma multiprofissional e intersetorial. Importante ressaltar que, o acolhimento tem capacidade de diminuir a demanda reprimida, permitindo maior acesso aos serviços, bem como maior responsabilidade dos profissionais em relação ao cuidado. (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

¹⁴ Abordagem que constitui a base dos serviços de saúde, coordenando o trabalho dos demais níveis de atenção, esta organiza e racionaliza o uso dos recursos direcionando-os para promoção, manutenção e melhoria da saúde. (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Esta estratégia é vista como possibilidade de reorganização dos serviços de saúde, na busca da efetivação dos princípios do SUS. (OLIVEIRA et al., 2015). Entretanto, ainda não há uniformidade quanto a prática do acolhimento nos serviços de saúde, tornando-se necessário organizar este processo, pois esta abordagem apresenta dois lados que se contrapõem, um no discurso de reconhecimento do direito à saúde e outro na prática, na qual se evidencia o descumprimento deste direito constitucional. (BREHMER; VERDI, 2010; UFSC, 2014b).

Ao apontarmos a determinação da categoria Gênero no fenômeno das Violências, percebemos que a invisibilidade a que estão expostas as pessoas submetidas, se torna um dificultador para a efetivação do acolhimento e que, apesar da saúde ser um espaço privilegiado, tendo em vista a possibilidade de receber os mais variados casos, quando não há identificação dessas manifestações, resulta na perda da chance de agir, diminuindo o enfrentamento. (OLIVEIRA; FONSECA, 2014; FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

Segundo Duarte et al. (2015), além de identificar os casos de Violências, os profissionais de saúde devem ser capacitados para trabalhar as questões de Gênero e de construção de autonomia, atuando na prevenção, pois o despreparo dos profissionais colabora na reprodução das desigualdades.

Esse olhar deve ser considerado na formação dos profissionais da saúde que devem ser preparados para o enfrentamento às Violências em todos os níveis de instrução. Devem ser consideradas também, as concepções de Gênero dos profissionais que atuam em casos de Violência de Gênero, na perspectiva de construção de novas formas de se fazer o trabalho a fim de superar as concepções focadas no modelo biologicista de intervenção individual. (FREITAS; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Então, existe a necessidade de que profissionais que atuam na APS sejam capazes de identificar a Violência de Gênero como geradora de necessidade social e não apenas um problema de saúde, pois tais concepções influenciam saberes para as mais variadas práticas profissionais. (FREITAS; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Mas, o que tem sido possível perceber na rotina das diversas práticas de saúde é que os profissionais não têm sido instrumentalizados com tecnologias específicas para abordagem de fenômenos complexos, como é o caso das Violências. Em estudos, tendo como foco publicações acerca de Gênero e Violência, os profissionais de saúde foram identificados como fundamentais no reconhecimento de casos de

mulheres submetidas à Violência, uma vez que são os serviços de saúde que estas tendem a procurar após a agressão. (COSTA et al, 2013, DUARTE et al., 2015).

Por isto, é importante adquirir conhecimento dos problemas da sociedade, considerando tempo, espaço, grupos, gravidade e representações para reconhecer e intervir nos cenários de cidadania. (MINAYO, 2006; UFSC, 2014b).

Tais conhecimentos devem ser ofertados aos profissionais de saúde o mais precocemente possível: educação formal, educação continuada, educação permanente etc. Ressaltamos que são necessários estudos com novas abordagens e estratégias para sistematizar o acolhimento na APS, verificando o impacto na qualidade dos serviços e satisfação dos usuários. Destarte, o processo de acolhimento não estando totalmente sistematizado na atenção à saúde, explicita as dificuldades encontradas por usuários e profissionais nesta abordagem. (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Os autores elencam como obstáculos para o acolhimento efetivo: falta de estrutura das unidades, deficiências de formação dos profissionais e questões éticas, como descaso com a qualidade da atenção, a limitação de acesso e a negação do direito dos usuários dos serviços de saúde e como características desejáveis para o acolhimento efetivo: paciência, afetividade, escuta, empatia e bom relacionamento com a comunidade. Estes obstáculos podem ser classificados como: de ordem estrutural, organizacional e consideravelmente expressivas as limitações de ordem ideológica. (BREHMER; VERDI, 2010).

Segundo Egry (2010), o alcance das finalidades do setor saúde está fundamentado em instrumentos e objetos. A autora defende que o trabalho da saúde é direcionado por um saber ideológico que rege a totalidade maior e pelo saber instrumental que ocorre quando teorias são aliadas aos instrumentos, tornando-se indispensável esta conexão para o desenvolvimento desse trabalho.

A equipe de saúde, deve desenvolver este saber instrumental, pois, mesmo quando os casos de Violência são identificados, em algumas situações não são qualificados como um fenômeno que limita a existência do outro, sendo que nestes casos, o saber que orienta a prática instrumental, tem foco no tratamento, no corpo biológico, sobretudo nos danos físicos. (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

Faz-se necessário também, esta equipe aprender a identificar a Violência que se apresenta de forma velada e que ocorre em vários espaços, sendo importante observar sinais de alerta, que não devem ser vistos de forma isolada. São indicativos

observados no corpo e no comportamento da pessoa que sofreu violência: frequência nos serviços de saúde com queixas variadas e dispersas, lesões repetidas, lesões que não condizem com o relato etc. (BRASIL, 2009; UFSC, 2014b).

Importante destacar que trabalhar com a complexidade da equação violência-saúde-doença, impõe a necessidade de qualificar a assistência prestada, onde seu enfrentamento não pode ficar focado apenas no tratamento das consequências, mas também na prevenção das Violências, na promoção de relações igualitárias, e como compromisso, o profissional deve buscar o enfrentamento desta problemática resultante da determinação social existente. Neste contexto é relevante levar em consideração também as condições de trabalho a que estão expostas as equipes de saúde, de forma a garantir um cuidado integral e eficaz, bem como dignidade no trabalho. Isso deve ser repensado e discutido pois o setor saúde é considerado campo privilegiado para identificação, assistência e notificação dos casos de Violência. (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

Portanto, o desenvolvimento do processo de trabalho nesses espaços exige uma equipe multiprofissional preparada para o reconhecimento das necessidades em saúde da população, por meio de um acolhimento efetivo e eficaz aos usuários desses serviços, perpassando também, pela garantia de condições de trabalho dignas, com salários, estrutura e dimensionamento de profissionais adequados.

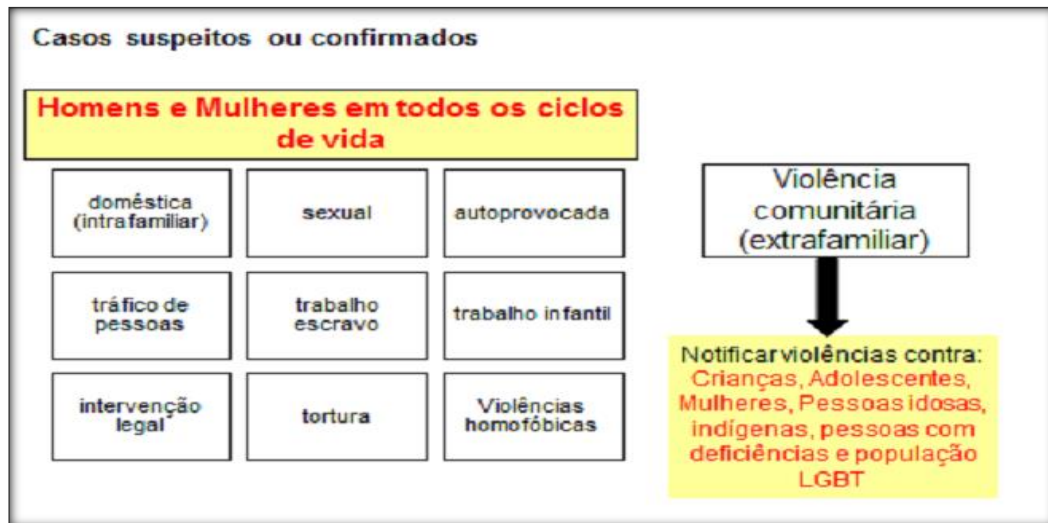
2.3.1 Notificação de Violências: uma atribuição da equipe multiprofissional

As Violências são um problema de saúde pública e sua identificação e registro é essencial para a vigilância epidemiológica¹⁵, bem como para a definição de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde.

Uma forma de identificar as Violências é por meio da Ficha de Notificação (ANEXO 1), que vem sendo utilizada pelo MS, como instrumento para monitorar este fenômeno, para fins de vigilância epidemiológica. Os dados coletados servem como base para a formulação de políticas públicas e ações de enfrentamento. Os objetos de notificação dessa ficha estão descritos na FIGURA 3:

¹⁵ A prática sanitária da Vigilância Epidemiológica tem como finalidade fornecer subsídios para ações de controle de doenças e agravos, em virtude disto, necessita de informações atualizadas, e a principal fonte destas informações é a notificação de agravos pelos profissionais de saúde. (CURITIBA, 2016a).

FIGURA 3 – OBJETOS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS



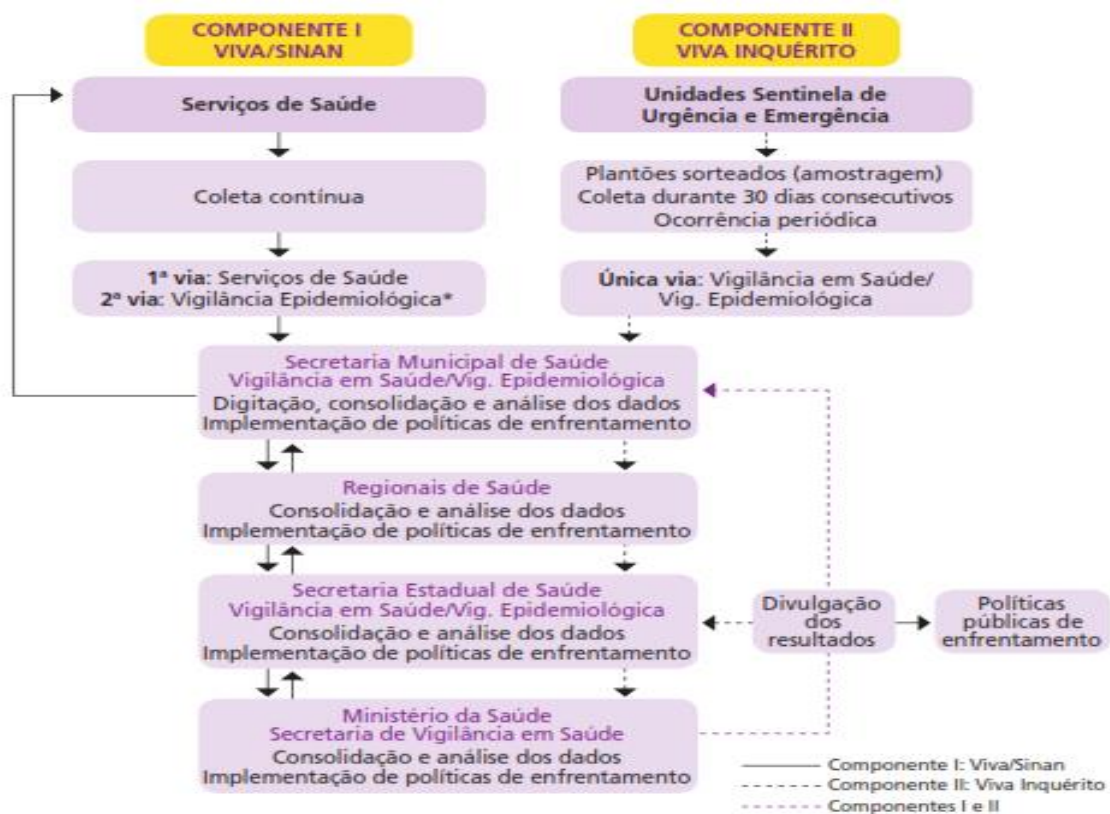
FONTE: BRASIL (2015a).

Na Portaria 104/GM/MS/2011, foi definido a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecido o fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. A Violência foi adicionada a esta lista pela Portaria 1.271/GM/MS/2014, sendo consideradas para tanto, a violência sexual e tentativa de suicídio de notificação imediata. Para fins de notificação, são consideradas Violências: condutas intencionais, por ação ou omissão, que cause ou venham causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial. (BRASIL, 2011c; 2014; CURITIBA, 2016b).

Essa ficha está composta de dez blocos sendo: dados gerais, individuais, de residência, da pessoa atendida, da ocorrência, da violência, se violência sexual, provável autor, encaminhamento e dados finais, além de campos para informações complementares e observações. Deve ser preenchida em duas vias: uma via permanece na unidade notificadora e a outra é encaminhada a vigilância epidemiológica municipal para consolidação dos dados. (BRASIL, 2015a).

Os componentes deste sistema de vigilância, estão descritos na FIGURA 4:

FIGURA 4 – COMPONENTES DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA)



Fonte: Viva Sinan/SVS/MS.

*Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA). Tratando-se de casos de violência contra pessoas idosas, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso) ou para os órgãos de responsabilização (Delegacias Gerais ou Especializadas), em conformidade com as leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 12.461/2011.

FONTE: BRASIL (2015a).

A implantação desta ficha deve ser no âmbito local, em articulação com a rede de proteção a pessoas em situação de Violência, sendo a notificação uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, gestores e profissionais a responsabilidade de realizá-la em conformidade com a legislação vigente. (BRASIL, 2015a).

Esta obrigatoriedade está garantida na Lei 6.259/75, que estabelece que a ficha de notificação se torna obrigatória para todos os profissionais de saúde, incluindo os responsáveis por organizações públicas e privadas de saúde e de ensino. (BRASIL, 1974; 2015a; CURITIBA, 2016b).

Por meio desta ficha são garantidas as informações que subsidiam o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais, que visam a redução da morbimortalidade decorrente das Violências, portanto, os serviços de saúde e os seus profissionais precisam estar preparados para que as situações de Violência possam ser identificadas e trabalhadas. (UFSC, 2014b; BRASIL, 2015a).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O referencial metodológico utilizado para este estudo foi a TIPESC (Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva). A TIPESC, proposta por EGRY (1996), é uma teoria que tem sua base filosófica firmada no MHD, que se propõe como instrumento de superação da filosofia idealista e a lógica formal, se mostrando como orientador para a ação questionadora e transformadora da realidade por meio da compreensão dos processos históricos. Esta teoria busca a intervenção por meio de uma metodologia dinâmica e participativa, sendo adotada como método; é um campo de teorias e práticas que visa intervir nos processos de saúde-doença da coletividade, socialmente determinados. (EGRY; FONSECA, 2015).

Quanto aos fins, teve cunho exploratório, pois dialoga com áreas e problemas dos quais há escasso conhecimento acumulado ou sistematizado. Quanto aos meios, tratou-se de uma pesquisa de intervenção, porque teve por objetivo interferir na realidade estudada, modificando-a, propondo a resolução dos problemas de forma participativa, visando a melhoria do acolhimento prestado. (TOBAR; YALOUR, 2001).

A abordagem qualitativa foi escolhida porque permitiu investigar dados não mensuráveis acerca do fenômeno da Violência de Gênero e seu enfrentamento pelas práticas profissionais em Centros de Atendimento à Saúde Universitários. Segundo Egrý e Fonseca (2015), tal abordagem é apropriada para fenômenos complexos, intensos e profundos, caso da temática investigada nesta dissertação.

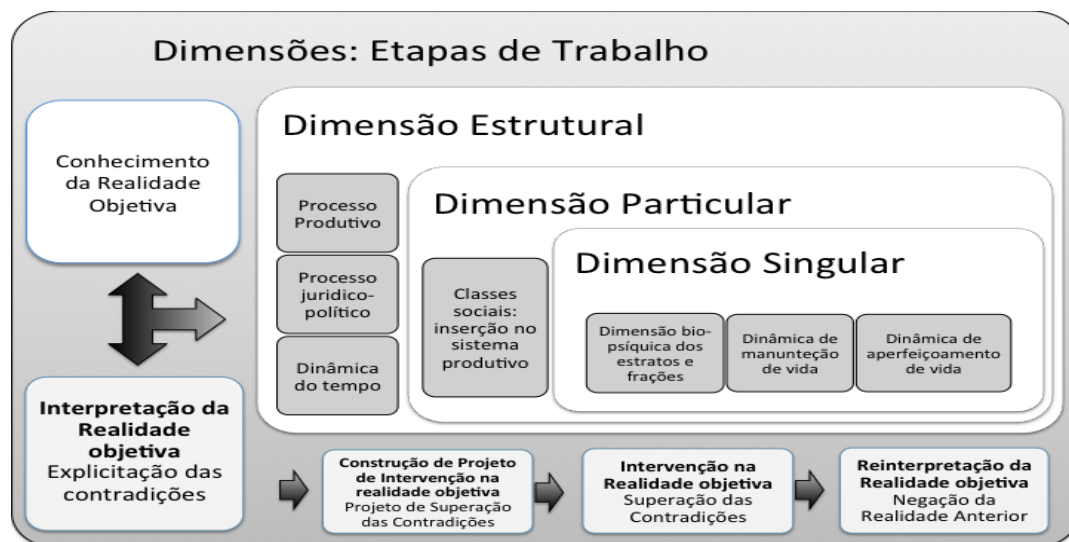
A TIPESC ao ser utilizada como fundamento metodológico juntamente com a abordagem qualitativa, permitiu que o objeto desta investigação fosse tomado pelo método como caminho para a produção de conhecimento crítico, emancipador e envolvido com a transformação social por meio do enfrentamento à Violência de Gênero. Esta teoria defende três categorias dimensionais: Estrutural, Particular e Singular. Estas categorias permitem, concomitantemente, clarear as distintas partes do objeto fenomênico e expor a dialética entre as partes referidas ao todo. (EGRY, 1996; EGRY; FONSECA, 2015).

A dimensão estrutural refere-se aos processos de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção, da formação econômica e social e dos formatos político-ideológico derivados. A dimensão particular refere-se aos processos de reprodução social expressos nos perfis epidemiológicos e frações de classe, gênero, etnia, geração e outros, sendo aqui interpretada como o processo de produção e

proteção da Violência de Gênero da comunidade universitária, que se apresenta em cada caso de forma singular. A dimensão singular é percebida nos processos que têm maior proximidade com o indivíduo e refere-se aos processos que resultam no adoecer e morrer dentro de uma sociedade, essa proximidade representada aqui, pelos sentimentos expressados em relação à temática.

Além disso, a proposição metodológica da TIPESC considera cinco fases: Captação da realidade objetiva; Interpretação da realidade objetiva; Construção do projeto de intervenção na realidade objetiva; Intervenção na realidade objetiva; Reinterpretação da realidade objetiva. A interligação destas dimensões e fases estão descritas na FIGURA 5, que segue abaixo:

FIGURA 5 – ESQUEMA METODOLÓGICO TIPESC



FONTE: Adaptado de EGRY (1996) por SOUZA (2013).

Para fins desta dissertação, foram concluídas as fases: Captação da realidade objetiva, Interpretação da realidade objetiva, Construção do projeto de intervenção na realidade objetiva e Intervenção na realidade objetiva. Isto se justificou, por se tratar de um Mestrado Profissional, com tempo determinado para a finalização, sendo possível, avançar até a quarta fase. Entendemos que a quinta fase se dará em momento futuro, pois o campo é também o local de atuação da pesquisadora, portanto, passível de reinterpretação¹⁶.

¹⁶ A possibilidade de acompanhamento da implementação da Ficha de Notificação de Violências, está sendo considerada nesta dissertação como etapa de reinterpretação da realidade, bem como a concretização da utilização do Caderno de Orientações pelos profissionais dos serviços, ambos explicitados no capítulo Desenvolvimento da Intervenção.

3.1 CENÁRIOS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nos Centros de Atenção à Saúde 3 e 4 (CASA 3 e 4), da Universidade Federal do Paraná (UFPR). O Programa CASA foi criado durante a gestão 1990-1994, subordina-se à Coordenação de Atenção Integral à Saúde do Servidor/Pró Reitoria de Gestão de Pessoas (CAISS/PROGEPE) e conta com dois serviços ambulatoriais no município escolhido, o CASA 3 e o CASA 4. Os Serviços CASA¹⁷, conformam a porta de entrada para o sistema de atendimento à saúde, oferecido à comunidade universitária. A Missão do Programa CASA é “Assistência primária à saúde de forma integral e multidisciplinar por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da comunidade universitária”. (UFPR, 2012).

Como atribuições dos Serviços CASA, estão o atendimento à comunidade universitária por meio de consultas médicas eletivas nas especialidades de: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Psiquiatria. São realizados procedimentos de coleta de preventivo de câncer de colo de útero, curativos, administração de medicamentos e vacinas (dupla e hepatite), bem como orientação de enfermagem. Há ainda, atendimento psicológico e odontológico. As consultas são agendadas e a procura pelo serviço pode ser feita de forma direta ou por telefone. Os serviços contam com uma equipe multiprofissional, composta de: enfermagem, administrativo, médicos, psicólogos, dentistas. Esta distribuição encontra-se descrita no QUADRO 7:

QUADRO 7– SERVIDORES LOTADOS NOS SERVIÇOS CASA

Cargo	Casa 3	Turno	Casa 4	Turno	Total
Supervisão	1	*M/T*	1	M/T	2
Assistente Administrativo	1	M	1	T	2
Auxiliar de Enfermagem (AE)	9	4 M-4T-1I*	3	2M-1T	12
Técnico de Enfermagem	1	1M	-		1
Enfermeira	1	1M	-		1
Odontólogo	1	1M	1	1M	2
Clínico Geral	4	1M-2T -1I	1	1T	5
Pediatra	4	2M-1T-1I	-	-	4
Psiquiatra	-	-	4	2M – 2T	4
Ginecologista	2	1M – 1T	-		2
Psicólogo	-	-	2	1M – 1T	2
Total de profissionais	24	—	13	—	37
*M – manhã, *T – tarde, *I – integral					

FONTE: A autora, (2016).

¹⁷ Para melhor entendimento, utilizamos aqui o termo Serviços CASA para nos referir aos Centros de Atenção à Saúde (CASA 3 e 4).

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram profissionais da saúde que integram o quadro da equipe multiprofissional dos Serviços CASA (3 e 4) e usuários destes serviços, divididos em dois grupos – servidores e usuários - que contemplaram os critérios de inclusão.

Como critério de inclusão, foi utilizado para o grupo servidores da saúde: estarem lotados nos serviços escolhidos e como critério de exclusão estarem em licença ou em período de férias. No caso do grupo usuários, foi utilizado como critério de inclusão ser usuário dos serviços, com idade acima de 18 anos e estar em condições de exercício de sua autonomia e como critério de exclusão: pessoas em condição de saúde especial (questões agudas de saúde, sofrimento, etc.) que não permitisse a participação.

Os participantes do grupo usuários foram convidados a participar da pesquisa por ocasião de sua procura direta e espontânea pelos serviços. A comunidade atendida nestes serviços, compreendida aqui como usuários, é a universitária, abrangendo servidores ativos e inativos e seus dependentes, bem como alunos da instituição e seus dependentes até 12 anos completos.

Os participantes do grupo dos servidores da saúde, lotados no serviço, foram convidados de forma direta para participar da pesquisa. No período da coleta de dados os Serviços CASA escolhidos, contavam com uma equipe multiprofissional de 37 servidores, distribuídos conforme foi apresentado no QUADRO 7.

A delimitação da população de participantes do estudo foi de (50%) de servidores da saúde lotados nos serviços, isto foi definido considerando o comprometimento junto ao serviço de forma a não atrapalhar a rotina e respeitando as ausências por motivos variados (como férias, licenças etc.), sendo que, a população participante de usuários foi paritária à de servidores, como opção metodológica.

Como validação das entrevistas foi utilizado o Critério de Qualidade nas Pesquisas Qualitativas no Campo da Saúde - COREQ – (ANEXO 2), um *checklist* com 32 itens, para entrevistas e grupos focais que apresentamos aspectos mais relevantes a seguir em uma publicação. (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Foram contemplados neste estudo 29 itens desse *checklist*.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho a setembro/2016, por meio de entrevistas obtidas dentro das instalações dos serviços CASA. Ambos os cenários apresentaram infraestrutura e espaço adequado com salas reservadas, conforme QUADRO 8.

QUADRO 8 - DEMONSTRATIVO DE ESTRUTURA DOS SERVIÇOS CASA

UNIDADE	INFRAESTRUTURA
CASA 3	Construção mista de um pavimento, dividida em: sala de espera, hall, secretaria, gerência, pré consulta (2), consultórios (8), odontologia, sala de curativos, esterilização, expurgo, almoxarifado geral e médico hospitalar, arquivo, vestiário, copa, (1) banheiro masculino e (1) feminino e (2) mistos - em consultórios de ginecologia.
CASA 4	Construção em alvenaria de um pavimento, dividida em: sala de espera, recepção, sala administrativa, consultórios (04), odontologia, esterilização, expurgo, copa, banheiro masculino (1) e feminino (1).

FONTE: A autora (2016).

3.3.1 Realização das Entrevistas

Os servidores foram convidados a participar durante o seu turno de trabalho, sendo as entrevistas realizadas quando havia tempo disponível entre uma atividade e outra, buscando com isso, não atrapalhar as rotinas diárias do setor, contudo, sem comprometer a qualidade das respostas. Para alguns profissionais, por motivo dos atendimentos, foi necessário um agendamento de horário, porém, em nenhum momento os mesmos tiveram que se deslocar ao setor apenas para responder a entrevista. Foram entrevistados servidores dos dois serviços ficando distribuídos em: oito servidores do CASA 4 e onze servidores do CASA 3. Isto se justificou pelo número de servidores ser maior no CASA 3.

A duração das entrevistas variou de quatro a 17 minutos, justificados por algumas entrevistas apresentaram grande densidade de conteúdo, também pela apresentação de respostas muito variadas. Não houve recusa por parte de nenhum servidor convidado e nenhum demonstrou desinteresse em participar, bem como todos aceitaram gravar a entrevista. As entrevistas com os servidores se desenvolveram de forma tranquila e não houve intercorrências significantes.

Os usuários foram convidados a participar das entrevistas quando se encontravam nas dependências dos serviços para realização de consultas,

orientações ou agendamento de consultas e exames. O tempo das entrevistas variou entre dois e 15 minutos, havendo também uma densidade de conteúdo e respostas muito variadas.

Dos usuários convidados, apenas um se recusou, alegando falta de tempo para responder as perguntas e um entrevistado não permitiu gravar a entrevista. Houve dois participantes usuários que manifestaram desejo de trazer outros colegas de curso para participar, o que foi gentilmente recusado em virtude de estar previsto no projeto, somente o convite a usuários que estivessem no serviço por procura direta devido a interesses pessoais, não sendo solicitado a nenhum participante que se deslocasse até o serviço para participar. A entrevista com os usuários também ocorreu de forma tranquila e não houve intercorrências significativas. Dezesesseis entrevistas deste grupo, ocorreram nas dependências do CASA 3, justificado pela maior circulação de usuários no serviço, e também, pelo CASA 4 estar passando por um período de reestruturação do serviço na mesma época.

A transcrição das entrevistas foi realizada concomitantemente durante o período de coleta. A devolutiva foi realizada posteriormente, quando possível contato pessoal ou telefônico e desejo manifestado pelos participantes em rever a transcrição de sua entrevista. Isto se fez necessário, respeitando os preceitos de qualidade na pesquisa, defendidos pelo COREQ, conforme descrito anteriormente.

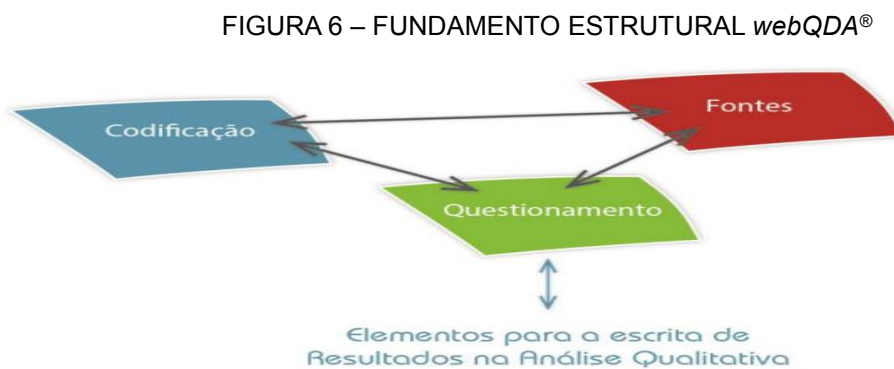
3.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados por meio das entrevistas áudio gravadas foram transcritos e posteriormente analisados pelo *Software webQDA® (Web Qualitative Data Analysis)*, um *software* de apoio à análise qualitativa com acesso através da internet em um ambiente seguro. Este *software* de análise de texto, vídeo e áudio facilita a organização dos dados para o utilizador e para os colaboradores, conformando um fichário virtual. Com ele as fontes de dados e o sistema de indexação, ficam disponíveis *online* para todos os utilizadores atribuídos, permitindo o acesso, desde que conectado à internet, no momento que o utilizador desejar, permitindo um ambiente colaborativo. (SOUZA; SOUZA; COSTA, 2014; WEBQDA, 2016).

O webQDA® possui ferramentas que permitem criatividade, aprofundamento e questionamento até os limites pelo utilizador em uma investigação e pode ser acessado em qualquer computador, por meio da *internet*, não sendo necessário

programa específico. Este sistema pode ser usado desde o primeiro momento do processo de investigação e pode ser alimentado em estágios cíclicos ou por completo no final da investigação. (SOUZA; SOUZA; COSTA, 2014).

Está composto de três partes dinâmicas e flexíveis para se adaptar aos diversos modelos e processos de análise qualitativa de dados, por meio desta interação, fornece elementos que irão apoiar o investigador na escrita de resultados, no processo de validação e de articulação com outros investigadores. (WEBQDA, 2016). Esta estrutura está representada na FIGURA 6:



FONTE: SOUZA; SOUZA; COSTA (2014).

A explicitação destes fundamentos encontra-se a seguir:

- **FONTES:** neste local o utilizador coloca todos os dados não numéricos e não estruturados (textos, áudio, vídeo e imagens), provenientes das diversas fontes de dados recolhidas durante todo o processo.
- **CODIFICAÇÕES:** neste local é disponibilizado para o investigador as ferramentas para que ele mesmo faça plenamente a codificação dos dados.
- **QUESTIONAMENTO:** o *webQDA*® disponibiliza um conjunto de ferramentas para fazer busca, cruzar e sintetizar na procura de padrões dos dados codificados e/ou ainda codificar em função de perguntas que o investigador possa fazer. (SOUZA; SOUZA; COSTA, 2014; *webQDA*®, 2016).

No presente estudo como Fonte foram utilizadas as entrevistas realizadas, onde as Codificações das categorias e subcategorias foram denominadas respectivamente como Códigos Árvores e seus respectivos Nós e Subnós. Em relação ao questionamento, foram inquiridas as palavras mais frequentes nos discursos, sendo este fundamento melhor explicitado no próximo capítulo.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPR - Setor de Ciências da Saúde - em julho/2016, seguindo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e sua aprovação consta no parecer número 1.618.255 (ANEXO 3).

Aos participantes, no momento do convite foi explicado o objetivo da pesquisa, sua relevância para instituição e para a sociedade, as condições e forma das entrevistas, bem como lhes foi dado o direito pleno de recusarem-se a participar. No caso dos usuários foi garantido que a recusa não afetaria de forma nenhuma o atendimento nos serviços, e no caso dos servidores, que a recusa não traria nenhum prejuízo no seu campo de trabalho na instituição. Aos que aceitaram, após todas as orientações prévias e esclarecimentos de dúvidas, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICES 1 e 2), posteriormente lhes foi entregue em cópia assinada.

Os servidores participantes foram entrevistados no seu turno de trabalho, sendo que isto facilitou os encontros. As entrevistas foram sempre realizadas de forma a não atrapalhar a rotina do serviço, respeitando a disponibilidade de tempo dos entrevistados em responder as perguntas. Quanto aos usuários, foram convidados a participar em virtude de sua procura direta pelo serviço, procurando fazer o convite de forma descontraída para que não gerasse pressão nos mesmos, nem atraso nas consultas. Tais considerações permitiram compreender que a forma de realização das entrevistas não afetou a qualidade dos relatos.

Como garantia de sigilo, a identificação das participantes ocorreu de forma sequencial, com a letra E (entrevista) seguida da letra S – para servidor e U – para usuário, e posteriormente de um número arábico que se seguiu de E1 até E19, para cada grupo.

4 RESULTADOS

Neste capítulo, foram descritas primeiramente a caracterização ¹⁸ dos entrevistados e posteriormente a caracterização dos resultados obtidos por meio das entrevistas, para tanto foi utilizado como instrumento o questionário contido nos Roteiros de Entrevista – Servidores e Usuários (APÊNDICES 3 e 4). As entrevistas foram realizadas no período de julho a setembro/ 2016, nos Centros de Atenção à Saúde Universitários (CASA 3 e 4), com os servidores da saúde e usuários destes serviços.

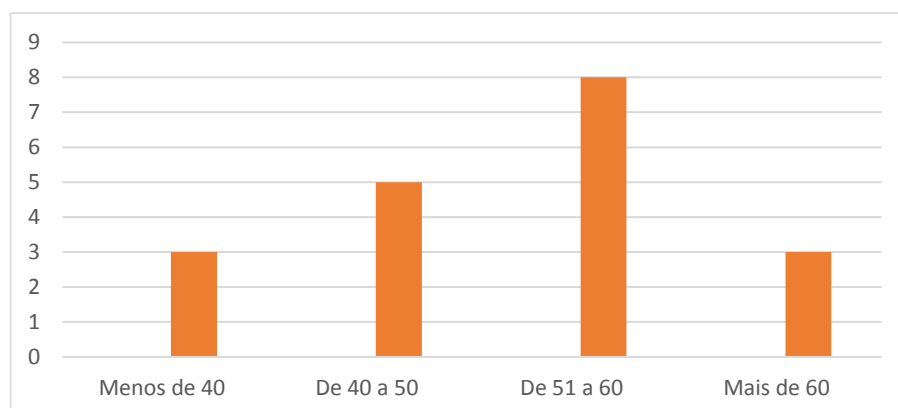
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Os dados de caracterização dos entrevistados foram extraídos dos Roteiros de Entrevista – item 01, que contemplaram dados como: idade, sexo biológico, tempo de instituição (servidor), vínculo e formação.

Para análise da idade dos entrevistados, foram feitas divisões de acordo com o grupo e a faixa etária dos participantes. Utilizando para isso critérios de reconhecimento de maior faixa etária dos grupos.

No grupo dos servidores foram definidas as categorias: menos de 40 anos, de 40 a 50, de 51 a 60 e mais de 60.

GRÁFICO 1 – FAIXA ETÁRIA DOS SERVIDORES SERVIÇOS CASA



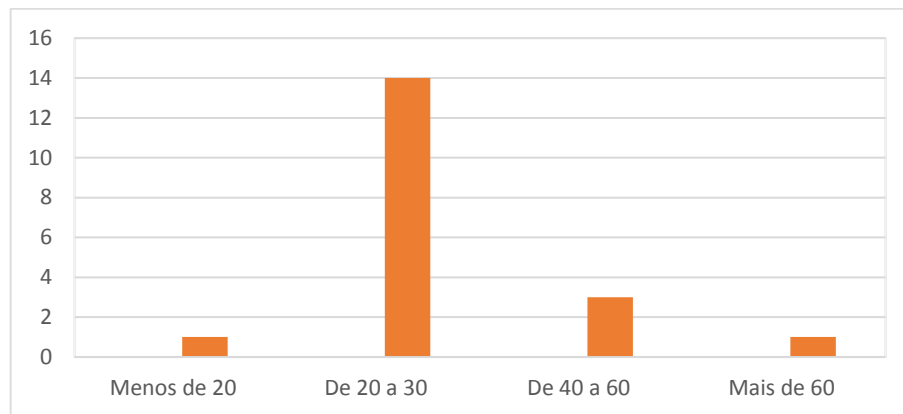
FONTE: A autora (2016).

¹⁸ Optamos, como forma de melhor visualização do cenário, apresentar a caracterização dos participantes no item resultados.

A faixa etária do grupo dos servidores variou entre 32 e 69 anos. Conforme gráfico pudemos observar que a maior faixa etária dos entrevistados servidores 42,10% (8) está compreendida entre 51 e 60, o restante está dividida em: 15,79% (3) com menos de 40, 26,32% (5) entre 40 e 50 e 15,79% (3) com mais de 60.

No grupo dos usuários, foram consideradas as categorias: menos de 20, de 20 a 30, de 40 a 60 e mais de 60, conforme descrito no GRÁFICO 2.

GRÁFICO 2 – FAIXA ETÁRIA DOS USUÁRIOS SERVIÇOS CASA

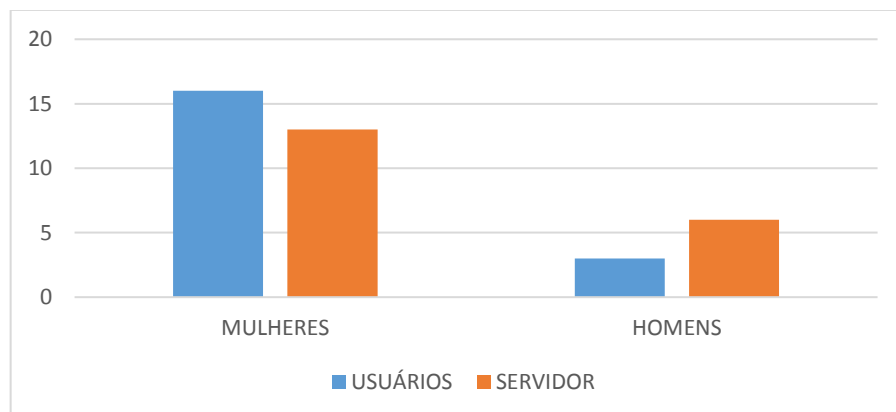


FONTE: A autora (2016).

A faixa etária do grupo dos usuários variou entre 18 e 70 anos. Conforme gráfico a maior faixa etária do grupo 73,68% (14) ficou entre 20 e 30, sendo, 5,26% (1) com menos de 20, 15,79% (3) entre 40 e 60 e 5,26% (1) com mais de 60.

O sexo biológico declarado dos entrevistados, está descrito no GRÁFICO 3:

GRÁFICO 3 – SEXO BIOLÓGICO DOS ENTREVISTADOS



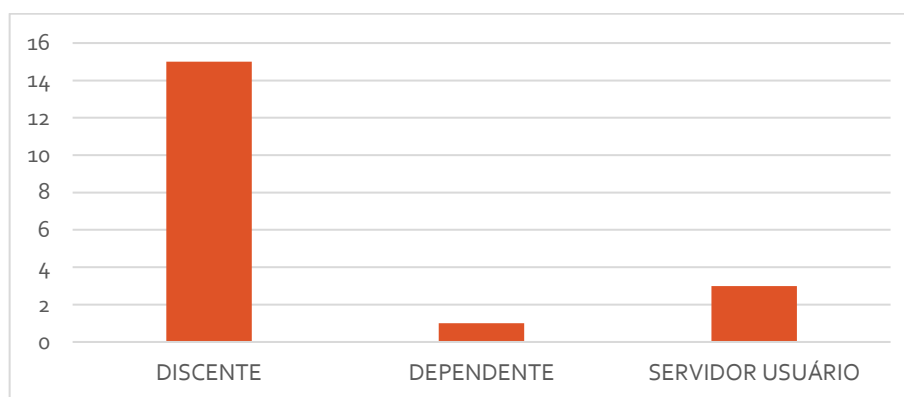
FONTE: A autora (2016).

Observarmos no GRÁFICO 3 que a maior parte dos entrevistados no total de (38), foi composta do sexo feminino com 76,32% (29), representando no grupo de usuários 84,21% (16) e no grupo de servidores 68,42% (13) participantes. O sexo masculino representou no grupo de servidores 31,58% (6) e no grupo de usuários 15,79% (3).

A instituição, onde se localizam os serviços escolhidos, possui em seu quadro funcional servidores nos regimes: Estatutário, Celetista e Terceirizado. Sendo que, nos Serviços CASA, 100% (19) dos servidores possuía vínculo estatutário na época das entrevistas. Quanto ao tempo de trabalho dos servidores na instituição, pudemos identificar que a maioria 68,42% (13), possuía entre 21 e 30 anos, sendo, 5,26% (1) com menos de 1 ano, 10,53% (2) entre 1 e 10 anos e 15,79% (3) entre 11 e 20 anos.

Dentro da população entrevistada, compreendida no grupo usuários dos serviços, encontram-se servidores (técnicos administrativos e docentes) e seus dependentes, bem como discentes. Esta divisão conforme vínculo, encontra-se descrita no GRÁFICO 4:

GRÁFICO 4 – VÍNCULO USUÁRIOS DOS SERVIÇOS CASA



FONTE: A autora (2016).

Ao analisarmos os dados apresentados no GRÁFICO 4, percebemos que a maior parte dos entrevistados do grupo dos usuários, possuía vínculo de discente representando 78,95% (15), como dependente temos 5,26% (1) e como servidor usuário 15,79% (3), totalizando 19 participantes. Isso corrobora com o relatório de atividades divulgado pela instituição todos os anos, onde o maior número de usuários dos Serviços CASA está composto por alunos. (UFPR, 2016).

No quesito formação dos entrevistados, a compilação dos dados foi dividida em grupos – Servidor e Usuário - conforme QUADROS 9 e 10 respectivamente:

QUADRO 9 – FORMAÇÃO SERVIDORES DOS SERVIÇOS CASA

FORMAÇÃO PRINCIPAL NO CARGO	TEMPO	ESPECIALIZAÇÃO
CIRURGIÃO DENTISTA	31	PERIODONTIA/ACUPUNTURA
ENFERMEIRO	25	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
AUX/TÉC. ENFERMAGEM	29	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
MÉDICO	40	PSIQUIATRIA/PERÍCIA
AUX DE ENFERMAGEM	30	NÃO TEM
AUX/TEC DE ENFERMAGEM	18	DOCÊNCIA/ ADMINISTRAÇÃO
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	20	EDUCADOR FÍSICO/ENSINO 1º E 2º
AUX. DE ENFERMAGEM	20	PEDAGOGIA/ CATEQUÉTICA
AUX. DE ENFERMAGEM	14	RECURSOS HUMANOS/ GESTÃO
MÉDICO	35	PEDIATRIA/ SAÚDE PÚBLICA/ AUDITORIA
AUX/TEC. ENFERMAGEM	25	GESTÃO PÚBLICA
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	24	PSICOLOGIA
AUX. DE ENFERMAGEM	17	TEOLOGIA
ENFERMEIRO	30	GESTÃO/URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
MÉDICO	14	PSIQUIATRIA/FISIOLOGIA DO SONO
MÉDICO	35	CLINICA MEDICA/PNEUMOLOGIA/ MEDICINA DO TRABALHO/ PERICIA
MÉDICO	9	PATOLOGIA/ COSPOLCOPIA
PSICÓLOGO	10	NEUROPSICOLOGIA/TERAPIA
MÉDICO	40	PSIQUIATRIA/ DEPENDÊNCIA QUÍMICA

FONTE: A autora (2016).

Conforme quadro acima, observamos que, 94,74% (18) dos entrevistados do grupo dos servidores da saúde possuem Ensino Superior. Todos têm formação e/ou especialização na área da saúde a saber: Enfermagem (9), Medicina (6), Psicologia (2), Odontologia (1) e Educação¹⁹ (1).

Quanto a formação dos usuários dos Serviços CASA temos:

QUADRO 10 – FORMAÇÃO USUÁRIOS DOS SERVIÇOS CASA

(continua)

FORMAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO
ENSINO MÉDIO TÉCNICO	WEB DESIGNER
SOCIOLOGIA	GESTÃO PÚBLICA
ADMINISTRAÇÃO	TUTOR DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
ENSINO FUNDAMENTAL	NÃO TEM
*QUÍMICA	NÃO TEM
*QUÍMICA	NÃO TEM
*ENGENHARIA MECÂNICA	NÃO TEM
*ENGENHARIA CIVIL	NÃO TEM
*INFORMÁTICA	NÃO TEM
ENSINO MÉDIO	NÃO TEM
*DESIGNER	NÃO TEM

¹⁹ Para fins de análise, considerou-se Educador Físico também como abrangência da área da saúde.

QUADRO 10 – FORMAÇÃO USUÁRIOS DOS SERVIÇOS CASA

(conclusão)

*CIÊNCIAS ECONÔMICAS	NÃO TEM
ASSISTÊNCIA SOCIAL	*RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
ASSISTÊNCIA SOCIAL	*RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
TERAPIA OCUPACIONAL	*RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
*CIÊNCIAS ECONÔMICAS	NÃO TEM
*FARMÁCIA	NÃO TEM
*MEDICINA	NÃO TEM
*LETRAS	NÃO TEM

*Formação ainda em curso

FONTE: A autora (2016).

Conforme quadro apresentado, constatamos uma variabilidade na formação completa ou em curso²⁰ dos usuários. Sendo a formação completa nas seguintes áreas: Administração (1), Assistência Social (2), Sociologia (1), Terapia Ocupacional (1), Ensino Médio (1), Ensino Médio Técnico (1), Ensino Fundamental (1). Formação em curso: Farmácia (1), Engenharia (2), Informática (1), Ciências Econômicas (2), Química (2), *Designer* (1), Medicina (1), Letras (1). Do total de (19) usuários entrevistados, 31,58% (6) possuem ou estão concluindo uma pós-graduação e 26,32% (5) cursaram ou estão cursando áreas de abrangência da saúde.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

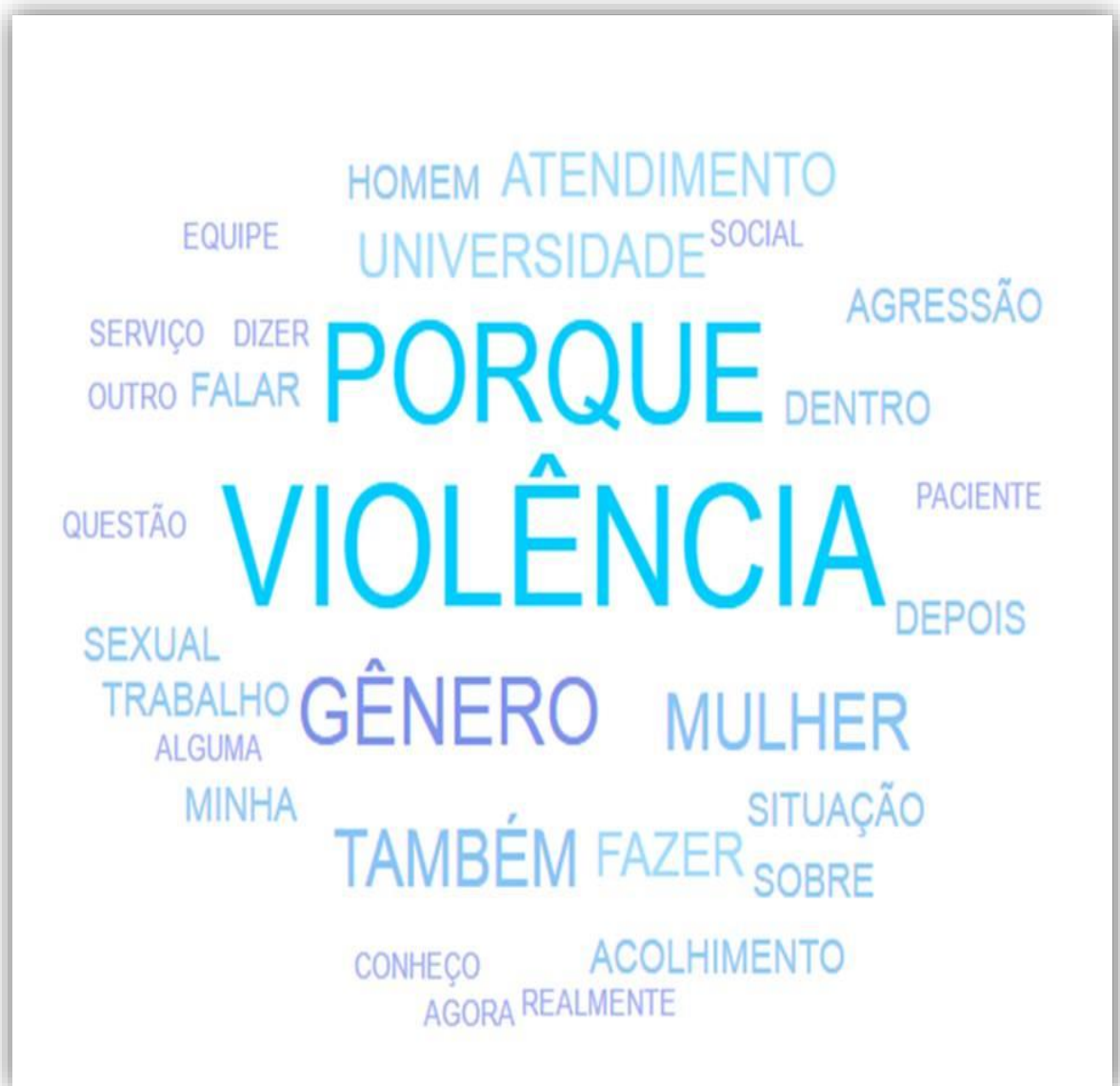
Para esta caracterização foram utilizados os resultados coletados por meio das entrevistas com 38 participantes, divididos em dois grupos: servidores e usuários. Para tanto, foram desenvolvidos dois instrumentos (APÊNDICE 3 – Servidor) e (APÊNDICE 4 - Usuário), sendo que, seis questões apareceram igualmente para os dois grupos, e para o grupo de servidores o instrumento contemplou três itens a mais. Isto se justifica, em razão da presente abordagem visar o acolhimento, por meio da sensibilização desses profissionais de saúde com relação ao cuidado no que tange à Violência de Gênero, sendo focado, portanto, no atendimento de saúde a pessoas submetidas a este tipo de Violência na comunidade universitária.

Depois das transcrições das falas áudio gravadas, os dados foram inseridos no *software* de análise de conteúdo *webQDA*[®], que permitiu a organização e interligação das entrevistas por meio de codificações que originaram categorias de análise que estão representadas na FIGURA 8.

²⁰ Parte dos entrevistados do grupo usuários são estudantes que ainda estão cursando a graduação.

A utilização do *software webQDA®* nos permitiu formar uma Nuvem de Palavras, considerando as “Palavras Mais Frequentes” nos discursos dos entrevistados. Para tanto, foram utilizadas como critérios de inclusão as 30 primeiras palavras com cinco caracteres mais verbalizadas pelos participantes. A figura contendo a Nuvem de Palavras gerada com o auxílio do *webQDA®*, encontra-se representada a seguir:

FIGURA 7 – NUVEM DE PALAVRAS DO TRABALHO



FONTE: *webQDA®*, (2017).

No próximo quadro, também com a utilização do *webQDA®*, estão representadas conforme critérios de inclusão escolhidos, as 30 Palavras Mais Frequentes, por ordem de classificação e número de citações:

QUADRO 11 – PALAVRAS MAIS FREQUENTES NOS DISCURSOS DOS ENTREVISTADOS

PALAVRA	REPETIÇÃO
VIOLÊNCIA	145
PORQUE	118
GÊNERO	71
MULHER	65
TAMBÉM	58
UNIVERSIDADE	43
ATENDIMENTO	42
FAZER	42
DENTRO	39
ACOLHIMENTO	33
TRABALHO	32
HOMEM	31
FALAR	31
SEXUAL	31
SITUAÇÃO	30
SOBRE	30
MINHA	29
DEPOIS	28
AGRESSÃO	28
ALGUMA	27
PACIENTE	27
DIZER	26
CONHEÇO	25
QUESTÃO	25
SOCIAL	25
REALMENTE	23
EQUIPE	22
OUTRO	22
SERVIÇO	21
AGORA	21

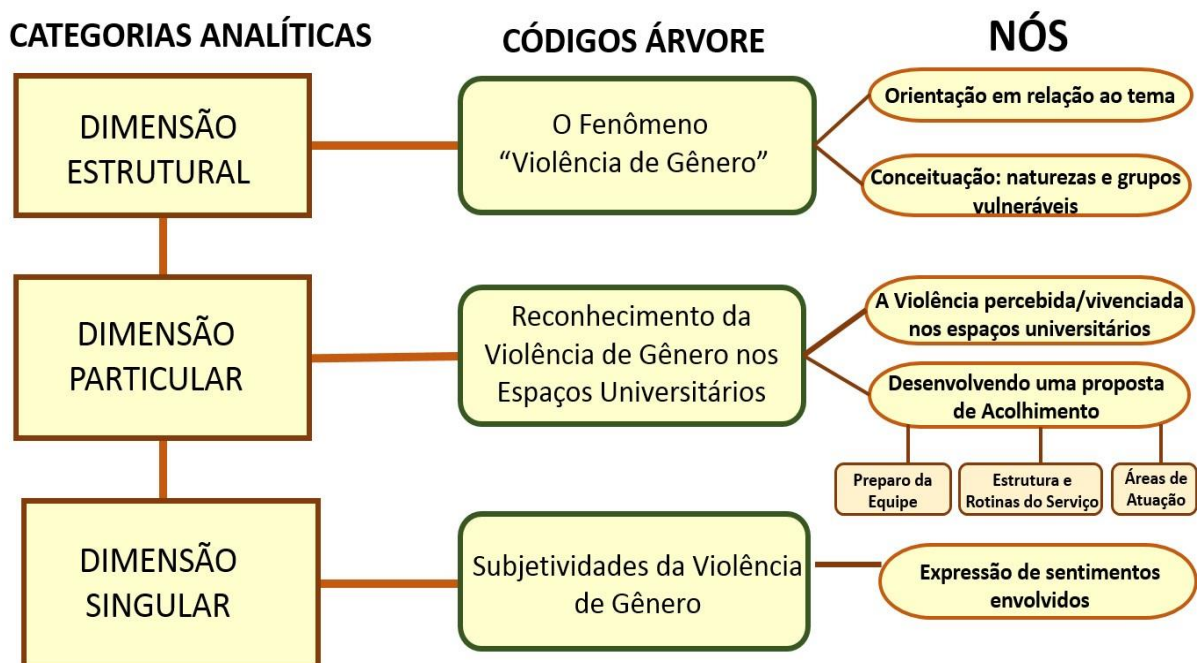
FONTE: *webQDA*®, (2017).

Coerente com o instrumento que conduziu a pesquisa, podemos observar no QUADRO 11, como palavra mais verbalizada “Violência”, com 145 repetições, sendo que, como natureza reconhecida das Violências apenas a “Sexual”, apareceu com 31 repetições. Importante destacar que a palavra “Mulher” apareceu 65 vezes, enquanto a palavra “Homem” 31 vezes. Ressaltamos que não houve citações de termos utilizados para definir o grupo LGBT como: Gay, Homossexual, Transexual etc.

Entendemos a Violência de Gênero como Estrutural às sociedades humanas, sendo a Dimensão Particular aqui reconhecida no espaço universitário. Consideramos as expressões de sentimentos, como Dimensão Singular do fenômeno, pois reconhecemos que as falas dos participantes denotam seus conhecimentos adquiridos ao longo da vida e das suas relações, estando carregadas de singularidades.

Os resultados, tendo como base os discursos coletados por meio das entrevistas, foram divididos em Categorias Analíticas (Dimensões) e posteriormente em Categorias Empíricas, denominadas Códigos Árvore²¹, e em subcategorias denominadas Nós e em uma destas (Desenvolvendo uma proposta de Acolhimento) os seus respectivos Subnós (também fornecida pelo software). Essa forma de interpretação do fenômeno nestes espaços e como ele foi categorizado com o apoio do *software webQDA*[®], está esquematizada na FIGURA 8:

FIGURA 8 – CATEGORIZAÇÃO DOS RESULTADOS COM O USO DO *webQDA*[®]



FONTE: A autora, (2017).

4.2.1 Dimensão Estrutural: O Fenômeno "Violência de Gênero"

As Violências são consideradas um fenômeno de caráter estrutural, devido ao fato de serem determinadas, em última instância, pelo modo de produção vigente que caracteriza a formação social.

Para a Dimensão Estrutural foi considerado como categoria empírica - Código Árvore - o Fenômeno Violência de Gênero, do qual originou-se os respectivos Nós: orientação prévia em relação ao tema pelos entrevistados e as naturezas das

²¹ Representação da categorização empírica fornecida pelo software utilizado.

Violências elencadas, de forma conceituada ou reconhecida, por meio da análise de conteúdo das entrevistas, bem como os grupos apontados pelos participantes como vulneráveis à Violência de Gênero.

4.2.1.1 Orientação prévia em relação ao tema

Entendemos neste Nó, o conhecimento dos participantes acerca da temática, recebido por meio de orientação formal ou informal²², durante a sua vida. Também foi considerado o conhecimento dos participantes em relação aos equipamentos disponíveis para o enfrentamento a este tipo de Violência, tanto na instituição, quanto no município ao qual pertencem os serviços escolhidos. Esses questionamentos tiveram o intuito de realizar uma captação de dados mais completa da realidade objetiva expressa nos discursos.

Neste Nó, o questionamento feito para todos os entrevistados, se deu por meio da seguinte pergunta “Você já recebeu algum tipo de orientação acerca do tema?”

Segundo as respostas obtidas, do total de entrevistados (38), 52,63% (20) afirmaram ter recebido algum tipo de orientação sobre o tema de maneira formal ou informal e 47,37% (18) dos entrevistados negam ter tido qualquer orientação prévia sobre o tema até o momento da entrevista.

Como reconhecimento dos equipamentos de proteção, foram feitos questionamentos aos entrevistados em relação ao conhecimento da Plataforma Virtual de apoio a pessoas submetidas às Violências, desenvolvida na instituição estudada, e em relação ao conhecimento da Rede de Apoio a pessoas submetidas a Violência Sexual no município ao qual pertencem os serviços escolhidos.

Quanto à plataforma virtual ofertada pela instituição, do total de (38) entrevistados, 21% (8), declararam conhecer a plataforma e 78,95% (30) disseram desconhecer o referido equipamento de proteção.

Quanto à Rede de Apoio a pessoas submetidas a Violência Sexual no município em questão, do total de entrevistados (38), 26,32% (10) declararam conhecer a rede, 21% (8) declararam conhecer parcialmente e 52,63% (20), disseram desconhecer a referida rede.

²² Foram consideradas orientações formais aquelas realizadas por meio de: ensino regular, cursos, palestras, seminários e disciplinas isoladas e informais por meio de: mídias *internet*, livros, revistas e outros.

4.2.1.2 Conceituação: naturezas e grupos vulneráveis

Para compreender esta realidade objetiva, foi feito aos participantes o seguinte questionamento: “O que você entende por Violência de Gênero?”. Para embasamento teórico na análise do reconhecimento desta conceituação foi utilizada a revisão em relação a temática constante no capítulo Caminhos do Pensamento. As respostas fornecidas pelos entrevistados apresentaram variadas interpretações.

O resultado demonstrou que, em grande parte dos discursos, houve um reconhecimento do termo Violência de Gênero, mas quando fornecida uma conceituação pelos entrevistados, foi de forma parcial, superficial, em algumas falas, confusa e por vezes apresentaram, o que chamaremos aqui, de um discurso “receoso”. Também é possível perceber uma correlação direta com a natureza da violência e com uma variedade de grupos sujeitos a este tipo de violência. Os trechos encontram-se descritos a seguir:

“Ah, eu entendo na verdade como todo tipo de violência tanto doméstica como violência contra mulher, violência contra criança, ah eu acho que tudo engloba num tipo de violência”. EU1

“Se deve ter alguma bipolaridade, falta de educação, por aí”. EU2

“Nada, não, não, não sei se é uma coisa ligada à área racial ou não sei, não tenho, não tenho noção do que seja”. EU3

“Não. [...] Com certeza [...]”. EU4

“Violência de gênero seria violência sexual ou por ser homossexual [...]”. EU6

“Violência de gênero eu acho que são pessoas que sofrem discriminação [...] de não ser aceitos como as pessoas são”. ES6

“Eu entendo como se fosse uma discriminação ou assim um preconceito, que algumas pessoas sentem simplesmente pelo sexo da pessoa assim”. EU8

“Então na verdade eu não sei direito, mas entendo que você pegue vários aspectos tipo homossexualismo [...] até mesmo a violência do próprio homem, acho que é isto”. ES8

“Tipo assim, um pouco rebaixando, tem gente que é humilhada, que passa por isso por professor, por chefia, eu fui, tem que engolir”. ES10

“Acho que toda atitude que venha a agredir a outra pessoa, que possa agredir ou trazer dano moral ou dano físico.” ES10

“Se eu sou tecnicamente feminina, mas eu me considero outra coisa e alguém é contra isso, eu considero sendo violência, mesmo ela não fazendo nada [...] EU11

“Olha, você menosprezar ou violentar fisicamente ou com palavras uma pessoa somente por ser mulher ou sei lá, ter uma unidade de gênero diferente da sua”. EU12

“Hum...é uma violência, uma agressão ao sexo oposto certo”. EU13

“Violência de gênero como entendo dois tipos de violência, tanto a violência física quanto a violência psicológica [...] e gênero seria algo que não seja digamos diferente de você, uma pessoa morena, uma pessoa parda, índia, cabelo puxado ou até mesmo às vezes com alguma uma doença, digamos síndrome de Down e assim por diante”. EU14

“É violência que ataca qualquer tipo de pessoa independente de cor, é orientação sexual tudo. Violência a qualquer tipo de pessoa [...]”. EU15

“Eu entendo como algum tipo de assédio no ambiente de trabalho que venha a prejudicar o trabalhador no caso [...] eu até posso estar confundindo com assédio moral, mas eu tenho uma leve impressão que é mais ou menos por aí [...]”. ES16

“Bom, eu entendo que é a violação de direitos das pessoas que optam por ter ou seguir um estilo de vida, ou um desejo, poderia dizer que são pessoas que acabam tendo como opção ou prática nas suas próprias vidas”. ES18

“Violência de Gênero para mim ela pode ser verbal, física ou sexual, contra homem, mulher ou criança, o que eu entendo”. ES19

Este Nó emergiu do entendimento de que, ao expor o que compreendiam sobre Violência de Gênero, os entrevistados ressaltam as naturezas dessa violência e grupos vulneráveis. Também foram consideradas para este item citações fornecidas pelos entrevistados no decorrer da entrevista. A descrição do conceito, foi feita por meio das naturezas e por inferência de pessoas vulneráveis a sofrer este tipo de violência, o que também se mostrou bastante diverso.

As naturezas estão descritas de acordo com as citações dos entrevistados, sendo que um entrevistado pode ter citado mais de uma natureza como segue descrito: violência física (13), violência sexual (8), violência psicológica (6), violência verbal (5), violência racial (4), assédio moral (4) e violência financeira (1).

Assim como as naturezas, também foi possível elencar vulneráveis à Violência de Gênero, que foram reunidos em grupos afins para melhor entendimento, da mesma forma, um entrevistado pode ter citado mais de um grupo vulnerável. Os grupos elencados pelos entrevistados foram: mulheres (21), LGBT (9), homens (7), crianças (3), portadores de alguma doença ou deficiência (2). Apenas (1) entrevistado do grupo dos usuários, relatou não saber nada sobre o tema. Importante ressaltar que foi previsto durante a pesquisa que, quando um entrevistado manifestasse não ter certeza ou não saber sobre o tema, após o questionamento, seria oferecido pela pesquisadora a descrição conceitual do termo, baseada na definição de Zuma et al;

(2009), que conceitua Violência de Gênero como: qualquer ação que resulte em dano físico ou emocional, perpetrada com abuso de poder de uma pessoa contra a outra, pautada em desigualdades e assimetrias entre os Gêneros. Sempre que solicitada pelos entrevistados esta conceituação foi fornecida prontamente.

4.2.2 Dimensão Particular: Reconhecimento da Violência de Gênero nos espaços universitários

Nessa categoria analítica, elencamos como categoria empírica - Código Árvore, o reconhecimento da Violência de Gênero existente nos espaços universitários, sendo que destes emergiram os Nós representados pela Violência de Gênero percebida/vivenciada nos espaços universitários e Desenvolvendo uma proposta de acolhimento que deu origem aos seguintes Subnós: Preparo da Equipe, Estrutura e Rotinas do Serviço e Áreas de Atuação.

4.2.2.1 A Violência de Gênero percebida/vivenciada nos espaços universitários

Para este tópico, por meio da análise dos resultados, foi considerado como Código Árvore o reconhecimento da Violência de Gênero pela população universitária entrevistada e dentro desta perspectiva originaram-se os seus respectivos Nós.

Para o entendimento deste primeiro Nó, foi considerado o seguinte questionamento, aos entrevistados: “Você já vivenciou/presenciou alguma Violência dentro da universidade que reconheceu como sendo Violência de Gênero? ”

Percebemos que, do total (19) entrevistados do grupo de servidores, 63,16% (12) relataram ter vivido e/ou presenciado casos de violência que consideraram como Violência de Gênero ocorrida dentro da universidade, 36,84% (7) negaram vivenciar ou presenciar, sendo que destes, um entrevistado, mesmo negando a pergunta do item 2.3 do instrumento, durante o decorrer da entrevista relatou situação de Violência de Gênero nos espaços universitários.

Também no decorrer das entrevistas, 57,89% (11) entrevistados deste grupo, além de responderem ao questionamento do item 2.3, relataram situações de Violência de Gênero, fora do ambiente universitário, a saber: outro vínculo de trabalho, relativa a familiares, vida pessoal e na rua.

Permanecendo o mesmo questionamento, no caso dos (19) participantes do grupo usuários, 52,63% (10) declararam já ter vivido e/ou presenciado Violência que consideraram como sendo de Gênero dentro da universidade, e 47,37% (9) declararam não ter vivido ou presenciado este tipo de violência nos espaços universitários, destes (3), mesmo negando durante o questionamento 2.3 do instrumento, fizeram relatos que reconheciam como Violência de Gênero no decorrer da entrevista, sendo (2) destes relatos, em relação à Violência vivida ou presenciada em ambiente familiar e (1), em ambos os ambientes (universitário e familiar).

Continuando nesta abordagem, direcionando as Violências pautadas em Gênero, foram identificados por alguns participantes comportamentos machistas como determinantes desta condição. Esta constatação foi confirmada por meio dos seguintes relatos:

“Eu acho que é a cultura machista da universidade, então isto aparece durante uma consulta, na entrevista [...]”. ES2

“Houve a conversa de que a seleção da ortopedia, por ser uma especialidade médica mais masculina, ela tinha ocorrido em detrimento, tinham escolhido residente homem e não a mulher”. ES3

“Tem umas coisas que acontecem sutis, assim no nosso departamento com professores que são mais bonzinhos, digamos assim com mulheres e não são tão bonzinhos com os meninos”. EU5

“Questões pelo fato da pessoa ser uma mulher, ela não ser chamada para determinado atendimento, só os homens fazerem parte daquela equipe”. EU17

“[...] a gente cansa de ver pelos muros da universidade afirmações sexistas, machistas, enfim e que são somente apagadas, não discutidas pelos centros, pela administração da universidade [...], o que eu tenho mais observado no meu cotidiano é a submissão que alguns profissionais fazem em detrimento de outros, então em especial com a categoria médica, em relação aos profissionais que são profissões majoritariamente femininas [...]”. EU18

Seguindo a explanação dos resultados obtidos, a citação mais reconhecida como representativa da Violência de Gênero, foi a que atinge as mulheres. Nos dois grupos – servidores e usuários – do total de (38) entrevistados 55,26% (21), reconheceram em suas falas as mulheres como vulneráveis à Violência de Gênero.

Ainda dialogando dentro do contexto das mulheres submetidas às Violências, identificamos em duas falas de servidores, a preocupação com os trotes e as festas universitárias, nas quais há geralmente um elevado consumo de bebidas alcoólicas, conforme trechos a seguir:

“Na verdade, assim, desde festas universitárias, onde existe um consumo até de bebida alcóolica e tudo, então é aquela famosa relação sexual consentida/alcoolizada, para mim isso é uma violência sexual [...]”. ES3

“O trote para mim é uma violência geral, para qualquer que está ingressando na universidade, mas eu acho que ele é pior nas meninas aqui. Então eu já vi meninas assim que contaram coisas que elas foram obrigadas a fazer que eu achei muita violência. A ingestão de álcool, de fazer coisas assim, beijar na força, é pegar coisa da boca de outra pessoa”. ES15

Também foi considerado neste entendimento um outro questionamento realizado apenas com o grupo de servidores, onde buscamos descobrir se os mesmos, haviam precisado orientar e/ou encaminhar alguma pessoa submetida à Violência de Gênero no exercício de suas funções como profissional da saúde atuante na instituição estudada.

Como resultado obtivemos que, 47,37% (9) servidores declararam nunca ter feito nenhum encaminhamento deste tipo, 52,63% (10) declararam ter encaminhado, sendo destes encaminhamentos, (6) relataram ser casos que atenderam em função de sua atividade como servidor da instituição em questão. Os demais casos restantes (4), foram encaminhamentos em exercício de funções em outros vínculos empregatícios.

4.2.2.2 Desenvolvendo uma proposta de Acolhimento

O acolhimento é um componente fundamental no atendimento a pessoas submetidas a situações de violência, isto se deve por se tratar do primeiro contato entre a pessoa violentada e o profissional de saúde, sendo imprescindível estabelecer neste momento, um vínculo, uma relação de confiança, o que facilitará a continuidade do cuidado. (BRASIL, 2013b).

Para captar a percepção da comunidade universitária, foi realizado o seguinte questionamento a todos os participantes: “Como você acha que deveria ser o acolhimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero dentro dos Centros de Atenção à Saúde Universitários? ”

Neste Nó, foram compiladas falas que apontam comportamentos, ações e direcionamentos, tidos como importantes para o acolhimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero. Para uma melhor compreensão, estas falas foram categorizadas como Subnós representados da seguinte forma: Preparo da Equipe, Estrutura e Rotinas do Serviço e Áreas de Atuação.

- **Preparo da Equipe** – neste Subnó, elencamos algumas falas de servidores e usuários, onde ficou clara a preocupação em relação ao preparo da equipe para acolher e orientar adequadamente pessoas que foram submetidas a manifestações violentas. Estas falas estão transcritas a seguir:

“Ah, eu acho que deve ser um pessoal capacitado que saiba informar, saiba acalmar e dar orientação para as pessoas, como prosseguir num caso desses”. EU6

“O principal mesmo seria a equipe, uma equipe treinada”. ES8

“[...] se embasar o máximo possível para encaminhar para o lugar certo”. ES12

“Eu acho que é importante a gente receber orientação mesmo, sabe? Para todo mundo falar a mesma língua”. ES16

“Olha acredito que talvez uma pessoa que seja, é livre disso, que não tenha essa característica talvez de pensamento e discriminação, que ela passasse por uma entrevista antes de ser colocada a um cargo”. EU19

Também foram identificadas falas que destacaram a importância do comportamento daquele que presta o atendimento em relação ao cuidado prestado, a saber: escuta, sigilo, respeito às diferenças, credibilidade, sem julgamentos, educação, compaixão e empatia. Alguns exemplos estão transcritos abaixo:

“Olha, eu acho que teria de ter um espaço de palavra, acho que as pessoas precisariam ser ouvidas [...]”. ES6

“É uma coisa que tem que ter um cuidado, a pessoa está fragilizada”. EU9

“Ah, eu acho que tem que ter carinho, educação, tem que ser aquela compaixão, você tem que se colocar no lugar da pessoa”. ES11

“Primeiro a gente tem que acreditar no que a mulher está falando [...] tem que acreditar na palavra de quem vivenciou aquilo”. EU12

“Eu acho que acima de tudo tem que ser um lugar muito aberto, e quando trago aberto é bem relacionado, sem nenhum tipo de julgamento ou se realmente aconteceu”. EU17

“Acho que um atendimento também sigiloso, eu acho que é muito importante [...]”. EU19

- **Estrutura e Rotinas do Serviço** – neste Subnó, como Estrutura foram considerados importantes: acesso e local reservado, bem como, estrutura adequada, propriamente dita. Estas falas seguem transcritas a seguir:

“Eu acho que deveria ser um acesso imediato [...] da pessoa ficar à vontade, ser um lugar reservado [...]”. ES1

“[...] ter um espaço próprio para isso, diante de algumas dificuldades que é encontrada no próprio serviço, para formular isso teria que ter uma estrutura”. ES17

E como Rotinas do Serviço no acolhimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero foram consideradas importantes: notificação, rede de apoio, fluxo estabelecido, protocolo próprio do serviço, bem como orientação e divulgação dos serviços e programas. Conforme as falas a seguir:

“[...] encaminhar para uma notificação, a notificação sempre”. ES3

“[...] é o caso da gente encaminhar para uma outra rede de apoio”. ES4

“[...] equipe disponibilizada para esse fim, treinada e com o fluxo já pré-estabelecido”. ES5

“Eu creio que teria que ter um protocolo próprio”. ES10

“[...] eu sei que deveria ter e deveria ser mais claro, mais aberto a todos porque muita coisa existe na universidade e a gente não sabe e acaba sofrendo com isso. [...]”. EU11

“[...] também palestras sobre isso dentro da universidade, para conscientizar não só as pessoas que sofrem, mas as pessoas que praticam esse tipo de violência, no caso campanhas, seja como for no caso”. EU14

• **Áreas de Atuação** – neste Subnó foram elencados profissionais considerados essenciais no acolhimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero pelos serviços de saúde. Alguns destes discursos estão transcritos a seguir:

“Bom, eu acho que primeiro tinha que ter uma equipe multidisciplinar para receber o paciente”. ES8

“Acompanhamento psicológico e clínico da pessoa [...]”. ES13

“Ah, eu acho que através do acolhimento psicológico e psiquiátrico [...] enfermagem também []”. ES16

“E os profissionais que deveriam fazer o acolhimento também, a sugestão seria que fossem técnicos da especialidade de Psicologia e do Serviço Social ou ambos”. EU18

Sendo identificado também em uma fala de servidor, a preocupação em relação ao acompanhamento psicológico do profissional que faz este tipo de atendimento.

“[...] talvez fosse necessário também um acompanhamento psicológico, porque se você não pode permitir que isso também te atinja”. ES14

Com relação ao profissional de referência para o acolhimento, houve divergências em algumas falas. Estas falas foram transcritas abaixo:

“[...] qualquer um dos profissionais que tivesse ali, de saúde, disponíveis, não precisaria ter de esperar uma determinada pessoa”. ES1

“Quando ficar sabendo trazer para o serviço e acho que uma psicóloga deveria fazer o primeiro atendimento e orientar tudo”. ES9

“Eu acho que deveria ser feito por mulher [...] de mulher para mulher, do próprio gênero, a gente poderia dizer assim”. EU16

4.2.3 Dimensão Singular: Subjetividades da Violência de Gênero

Ao analisar os discursos, estando este entendimento voltado para a Dimensão Singular da Violência de Gênero, elencamos como Código Árvore as Subjetividades do Fenômeno e o respectivo Nó originado - Expressão de sentimentos envolvidos nesse tipo de Violência.

4.2.3.1 Expressão de sentimentos envolvidos

Dentro das subjetividades envolvidas, compreendendo que expressão de sentimentos são uma forma de externalizar aquilo que é uma interpretação pessoal dos sujeitos no que tange o cuidado a pessoas submetidas às Violências, elencamos neste Nó, algumas falas que foram evidenciadas como expressão de sentimentos, tanto em relação ao profissional que faz este tipo de atendimento, quanto à pessoa que sofreu a Violência. Estas falas estão transcritas a seguir:

“[...] o que vão pensar de mim, o que vão falar, vão dizer que ele me assediou porque eu dei bola, porque eu dei atenção [...]”. EU3

“[...] a gente se sente na maior parte das vezes impotente“. ES5.

“[...] atendimento por se sentirem discriminadas, se sentirem ofendidas [...]”. ES6

“[...] sente-se envergonhada não procura nada, porque sempre a vítima se acha culpada [...]”. ES10

“[...] e daí sai de lá arrasada”. ES11

“[...] leva um susto [...] você está meio perdido, não sabe orientar”. ES14

“[...] todo mundo se sentir assim, mais seguro para abordar”. ES16

“[...] assim bem triste”. ES19.

Também foram considerados neste Nó, relatos dos servidores, entendidos aqui como expressão do sentimento de dificuldade por alguns servidores em atender à

Violência de Gênero. Este entendimento se deu por intermédio do seguinte questionamento: “ Você sente ou percebe algum tipo de dificuldade em atender este tipo de Violência? ”

Do total de (19) entrevistados do grupo dos servidores, 52,63% (10), relataram sentir dificuldades no atendimento a pessoas, que por ventura, procurem o serviço por terem sido submetidas à Violência de Gênero.

No grupo dos usuários este questionamento não foi abordado pelo instrumento, pois a pergunta foi elaborada para os profissionais de saúde que eventualmente venham a prestar esse tipo de atendimento.

5 DISCUSSÃO

A visão dialética e histórica de ver o mundo ilumina com propriedade o campo da Enfermagem em Saúde Coletiva, sendo a investigação aqui entendida como uma prática social e a ciência como processo imprescindível para entender a realidade objetiva. (EGRY; FONSECA, 2015).

Neste capítulo, confrontamos os resultados organizados com o apoio do *software webQDA*, utilizando para tanto as categorias analíticas dimensionais Estrutural, Particular e Singular do fenômeno, defendidas pela TIPESC, conforme percurso metodológico, a luz do que discute a temática deste estudo.

5.1 A DIMENSÃO ESTRUTURAL DO FENÔMENO “VIOLÊNCIA DE GÊNERO”

Segundo Egrý e Fonseca (2015, p.82), “ A Dimensão Estrutural refere-se à totalidade maior do fenômeno”. Sendo o caráter estrutural do fenômeno das Violências representado nas relações sociais pela sociedade (relações sociais de produção, de exploração e de submissão), decorrentes do grau de desenvolvimento das forças produtivas.

As Violências e suas múltiplas facetas se manifestam por intermédio de uma linguagem ideológica que representa a forma de ser, de se comunicar, de vivenciar, de apreender e de interpretar o mundo. Tal compreensão é representada nas relações sociais, culturais e econômicas, em categorias como classe social, raça/etnia, gênero e geração, sendo reproduzida em todos os espaços e setores da sociedade, incluindo aqui as instituições de ensino, na qual há uma idealização equivocada da mesma sociedade. (WANZINACK; SIGNORELLI, 2015).

Dentro das mais diversas formas de Violências encontramos a Violência de Gênero, uma manifestação de dominação e opressão, caracterizada dentro das relações de poder construídas na sociedade.

Seguindo esta ordem patriarcal e heteronormativa da sociedade, forma-se uma organização social fundamentada no poder masculino que tem a heterossexualidade como padrão, sendo que esta sociedade se organiza baseada na vontade e dominação masculina. (CELMER, 2010; UFSC, 2014a).

Isto que se refere ao geral e, é derivado da posse dos meios de produção (origem da família, da propriedade privada e do Estado).

Assim, tem-se um ambiente/cenário no qual a Violência de Gênero é a representatividade mais extrema das assimetrias entre homens e mulheres, expressando-se por dominação e submissão. (REPULLO, 2016). Submissão esta, que também foi evidenciada nas falas apresentadas no capítulo Resultados.

Esta historicidade deixa claro a relação direta entre a perpetração da Violência de Gênero e a forma patriarcal da sociedade, o que resulta em comportamentos machistas impregnados em todas as esferas de na nossa sociedade, assim sendo, como o identificado no presente estudo, também nas universidades. (WANZINACK; SIGNORELLI, 2015).

Há que se pensar também nesta historicidade, que a diversidade das identidades e experiências e, dentro deste olhar, a articulação de Gênero com outros eixos (sexo, raça, etnia, classe, orientação sexual, religião, geração, territorialidade etc.), conformam ainda mais discursos e práticas sociais excludentes que sustentam desigualdades e desencadeiam as Violências que acometem as mulheres e outros grupos vulneráveis em toda a sociedade e seus espaços. (STEVENS et al., 2017).

5.1.1 Orientação em relação ao tema

Ao nos aproximarmos da realidade objetiva do Fenômeno Violência de Gênero, pensamos como Signorelli (2014) que, em ambientes onde não há informação, o preconceito brota, pois, este configura um terreno fértil para a reprodução de Violências como a de Gênero.

Mas há que se pensar que, onde circulam informações incorretas e preconcebidas, ocorre um reforço nas desigualdades tornando-se também um terreno fértil para as Violências.

Neste quesito os resultados apontaram que mais da metade dos entrevistados, afirmaram ter recebido algum tipo de orientação prévia sobre o tema “Violência de Gênero”, de maneira formal ou informal. Isso corrobora com a ideia de que atualmente os assuntos relativos à Gênero vêm ganhando espaço nas redes sociais e mídias televisivas, bem como, nos espaços acadêmicos, principalmente no âmbito internacional. (SIGNORELLI, 2014).

Mas isso não necessariamente pode significar um enfrentamento à Violência de Gênero, pois, quase diariamente somos bombardeados e envolvidos por um tipo de orientação da mídia de massa, que também tenta criar, mudar ou cristalizar atitudes

ou opiniões nos indivíduos; refletindo diretamente em nossas relações sociais. (WANZINACK; SIGNORELLI, 2015).

Quase sempre, esses discursos veiculados expressam confusões sobre as práticas sexuais e expressões de gêneros, replicando posições que decorrem de culturas internalizadas socialmente que sustentam valores e práticas concretizadas pelo machismo, sexismo e racismo, que tomam como norma absoluta do que é ser homem e mulher em nossa sociedade. (KOEHLER, 2013).

Mesmo quando falamos de orientação formal, isso não é garantia de um entendimento correto da extensão Violência de Gênero e o quanto seus reflexos atingem a todos sem distinção. Entendemos como Louro (2002) que:

[...] a Educação está implicada, seja qual for a perspectiva que se assuma, num processo de construção de sujeitos. Gênero pode ser, pois, um conceito relevante, útil e apropriado para as questões educacionais. Pondo em xeque o caráter 'natural' do feminino e do masculino, o conceito indica que há um processo, uma ação, um investimento para 'fazer' um sujeito 'de gênero'. (LOURO, 2002, p. 229).

Essa preocupação em manter as discussões acerca de Gênero nos espaços escolares se justifica, se pensarmos que o Brasil vem passando nos últimos anos, por uma série de discussões acaloradas nas esferas políticas e educacionais em relação a incluir Gênero em suas diretrizes curriculares, o que acarreta um entrave neste enfrentamento.

Preocupante também é saber que recentemente, em abril de 2016, foi lançada a terceira e última versão da Base Nacional Comum Curricular para o ensino infantil e fundamental pelo Ministério da Educação (MEC), e que entre os pontos relevantes do documento apresentado, está não trabalhar o conceito de Gênero no conteúdo, com a prerrogativa da substituição pela ideia de pluralidade. (CARVALHO, 2017).

Destacamos que, o que não é abordado e discutido, considerando desde a educação básica, incentiva ainda mais a invisibilidade do problema e das pessoas submetidas a este. Dentro deste pensar, as instituições de ensino replicam essas cristalizações de atitudes que ocorrem fora de seus muros, o que em muitos casos, reforçam os (pre) conceitos existentes, gerando ainda mais, intolerâncias e discriminações que se manifestam por intermédio de várias formas de Violência. (WANZINACK; SIGNORELLI, 2015; STEVENS et al., 2017).

E conforme Dinis (2008) defende, a educação deve conformar um espaço de cidadania e de respeito aos direitos humanos, o que tem promovido discussões a

respeito de currículos que promovam a inclusão de grupos minoritários, como os grupos de gênero representados por feministas, gays e lésbicas.

Percebemos que são múltiplas as necessidades que demandam da sociedade brasileira a constituição de uma agenda social, política e educacional que não mais negligencie as questões relativas a Gênero e considere o tema como prioridade, contemplando a partir das perspectivas da inclusão social e da cultura dos direitos humanos. (BRASIL, 2007).

Esta reflexão se faz necessária, uma vez que, os questionamentos em relação a orientação correta da população, perpassa pela discussão da problemática por toda a sociedade, a inserção do conceito Gênero nos currículos escolares, bem como a divulgação de equipamentos disponíveis de apoio as pessoas submetidas as mais variadas formas de Violência no território alcançado, pressupondo tais ações como maneiras de enfrentamento às desigualdades concretizadas em todos os espaços, incluindo também os de ensino.

Salientamos que a instituição campo, onde desenrolou-se essa dissertação na época das entrevistas, possuía uma Plataforma Virtual de apoio a pessoas submetidas à Violência e discriminação nos espaços acadêmicos. Os resultados demonstraram que a maioria dos entrevistados desconhecia tal plataforma, mesmo essa estando divulgada na Homepage da instituição, o que nos remete a uma reflexão em torno da importância e do interesse da divulgação dos serviços ofertados.

Chama a atenção que, em relação ao conhecimento da Rede de Apoio a pessoas submetidas à Violência Sexual no município sede da instituição campo desta dissertação, apenas um quarto dos entrevistados declarou conhecer toda a composição da rede. Ressaltamos que o município em questão possui uma rede formada e articulada para este fim.

Estes resultados corroboram com um estudo realizado pela Associação Americana de Universidades (AAU), em 2015, com estudantes de 27 universidades americanas, que apontou que apenas cerca de um quarto dos alunos entrevistados, referem estar bem informados sobre os recursos disponíveis relacionados ao atendimento de agressão sexual em todos os seus níveis. (AAU, 2015).

5.1.2 Conceituação: naturezas e grupos vulneráveis à Violência de Gênero

A Dimensão estrutural do fenômeno das Violências e suas naturezas, da qual a Violência de Gênero faz parte, é múltiplo e para uma discussão apropriada devemos

primeiramente entender esta multiplicidade. A referida multiplicidade encontra-se explanada no capítulo Caminhos do Pensamento, sendo utilizada nessa discussão a conceituação definida pela OMS (2002), descrita na FIGURA 1(ver p.20).

Nesse entendimento destacamos que os entrevistados que conceituaram e identificaram a Violência de Gênero, o fizeram de forma variada, apontando diversas naturezas e grupos vulneráveis. Os resultados também apresentam participantes que não identificaram nenhuma manifestação do tipo ou não quiseram declarar. Conforme defendem os autores Cruz e Pereira (2013) que, os limites do que é ou não considerado uma ação violenta nos espaços universitários, acabam por ficar muito enevoadas, e que para fazermos este confronto existe a necessidade de um suporte teórico denso para que haja uma identificação das configurações mais tênues e invisíveis, como é o caso da Violência de Gênero.

Dentro das naturezas elencadas, destacaram-se a violência física e a sexual. Repullo (2016), confirma este entendimento descrevendo que a Violência de Gênero é a representatividade mais extrema das assimetrias entre homens e mulheres, que se expressa por dominação e submissão, sendo as principais manifestações desta violência a física, sexual e psicológica, dentro das quais existem variados graus e divisões. Importante entender que a violência sexual configura uma das formas mais prejudiciais em virtude dos danos físicos (infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e outros) e emocionais (ansiedade, medo, depressão e outros) que causa no indivíduo. (VILELA, 2009).

E que, para atenção aos casos de violência sexual, são necessários disponibilização de recursos especializados em período integral, como serviços de pronto atendimento e profissionais preparados, organização e articulação dos pontos de atenção à saúde dos serviços localizados em cada município e nas regiões de saúde e planejamento conjunto com outras áreas. (PARANÁ, 2015).

O que nos permite retomar a discussão dos resultados apontados no capítulo caracterização dos resultados, onde se evidenciou um conhecimento deficiente por parte dos entrevistados em relação a disponibilização desses recursos especializados no município sede da instituição estudada.

Levantamos também, por intermédio dos resultados, um leque de entendimentos no que tange a quais grupos configuram como vulneráveis à Violência de Gênero, foram citados: mulheres, homens, crianças, portadores de alguma deficiência ou doença e o grupo LGBT.

Apesar de no universo das Violências, os homens serem o grupo mais atingido por mortes violentas, as principais pessoas atingidas pela Violência de Gênero são compostas por mulheres e por aqueles que fogem ao padrão heteronormativo (UFSC, 2014a).

Na realidade crianças e adolescentes são considerados vulneráveis a todo e qualquer tipo de Violência e estão protegidos pela lei brasileira e por instrumentos específicos, conforme já descrito no QUADRO 06 (ver pág. 39).

É importante considerar que a Violência de Gênero está pautada na assimetria entre os Gêneros e no poder e opressão, sendo considerados vulneráveis a esta manifestação grupos em função de Gênero, em todas as fases da vida. Não está, portanto, ligada à presença de doenças ou deficiências, porém, tais estados intensificam a vulnerabilidade às Violências, e que quando associados às questões de Gênero, representam sim, uma clara manifestação de Violência de Gênero.

Completando este pensar os autores Wanzinack e Signorelli (2015), afirmam que as questões de gênero, aliadas às desigualdades sociais, são elementos fulcrais na (re)produção das Violências e que, o quesito desigualdade seja ela social ou de Gênero se apresenta no seio das assimetrias de poder, entre homens e mulheres, ricos e pobres, heterossexuais e não heterossexuais, pessoas com e sem deficiência etc. Sendo necessário também, ao analisar às Violências, fazer outras intersecções levantando questões como raça, cor, etnia, geração, o que aumenta ainda mais a magnitude do fenômeno. E ainda, identificamos que no caso da Violência de Gênero dentro dos espaços universitários, alguns grupos estão mais expostos que outros devido a desigualdades historicamente construídas, como é o caso das mulheres e dos grupos que fogem ao padrão heteronormativo imposto pela sociedade. (KOEHLER, 2013; WANZINACK; SIGNORELLI, 2015).

O relatório da AAU, também converge para este mesmo entendimento onde as mulheres e o grupo LGBT são tidos como mais vulneráveis as violências de natureza sexual, o que nos remete entender a gravidade dessa vulnerabilidade no ensino superior, assim como na sociedade. (AAU, 2015).

Autores ainda completam que, estas ações discriminatórias e violentas contra aquilo que é considerado fora do padrão são transmitidas por meio de opiniões que coíbem ou maltratam a diversidade das salas de aula, menosprezando mulheres, pessoas LGBT, dentre outras minorias, o que compromete o direito à diversidade no espaço público, assim como nas universidades. (STEVENS et al., 2017).

5.2 A DIMENSÃO PARTICULAR NO RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NOS ESPAÇOS UNIVERSITÁRIOS

Cada sociedade se organiza para a produção de sua existência, em classes e frações sociais que, conforme se inserem no processo de produção, determinam os processos de reprodução social resultando em distintas qualidades de vida e perfis de saúde-doença. Na Dimensão Particular é que identificamos as contradições entre distintas classes e suas formas de vida e de trabalho. (EGRY; FONSECA; OLIVEIRA, 2013; EGRY; FONSECA, 2015).

No contexto da Violência de Gênero, as universidades conformam cenários de reprodução social, nos quais as relações de Gênero se constituem, sendo assim, essas relações fundamentadas nas desigualdades e mantidas neste âmbito, podem significar aprendizados desastrosos que se reproduzem em outros espaços e nas gerações futuras. (COLORADO; SOSA, 2013).

Como corroboram os autores Fernandez e Rondan (2010), declarando que, nas universidades ocorre a mesma socialização das relações de Gênero, presente fora de suas paredes, além disto, esses espaços conservam uma forte estrutura hierárquica que favorece este tipo de relação desigual.

Realizamos uma abordagem considerando população vulnerável à Violência de Gênero em ambiente universitário, as mulheres e o grupo LGBT, por entender ser estes grupos mais suscetíveis a este tipo de Violência dentro das universidades, o que ficou explicitado também nos resultados, ficando estes dois grupos em primeiro e segundo lugar respectivamente, no reconhecimento pelos entrevistados como vulneráveis a este tipo de violência, o que não exclui que a sensibilização e o preparo da equipe abrangem toda e qualquer pessoa que venha a ser submetida a Violência de Gênero.

5.2.1 A Violência de Gênero percebida/vivenciada nos espaços universitários

Ao confrontarmos os resultados deste reconhecimento pela comunidade universitária estudada, percebemos que grande parte dos entrevistados admitiram ter vivido ou presenciado algum tipo de Violência reconhecida por estes, como de Gênero, o que explicita a existência deste tipo de Violência no cenário envolvido, evidenciando na comunidade universitária esta realidade. Consideramos que, dentro

do universo dos que declararam não ter vivido e/ou vivenciado nenhum caso de Violência de Gênero dentro da universidade, há que se levar em consideração que: alguns realmente não viveram ou presenciaram a violência dentro da universidade, há aqueles que reconheceram a Violência de Gênero na universidade, mas não quiseram relatá-la e também podemos considerar aqueles que não reconheceram situações vivenciadas como sendo violentas, onde entendemos que o não reconhecimento de uma Violência como sendo de Gênero é também um resultado a ser analisado.

Tal perspectiva, vai ao encontro de um estudo divulgado pelo Instituto AVON, em 2015, realizado com 1823 universitários dos cursos de graduação e pós-graduação de duas universidades, nas quais se identificou que estudantes homens não reconhecem como Violência algumas atitudes que são manifestações violentas, sendo que em relação às alunas entrevistadas, 67% reconheceram já ter sofrido algum tipo de agressão no ambiente universitário, somente após terem acesso uma lista descrevendo tipos de violência. (INSTITUTO AVON, 2015).

Esse entendimento também é confirmado pelo relatório da AAU, que identifica que mais da metade das pessoas submetidas a agressões sexuais, ocorridas em ambiente universitário, não relatou o evento por não o considerar suficientemente grave. (AAU, 2015).

Os resultados nos estudos apontados, reforçam a ideia de que os estudantes universitários têm dificuldade de reconhecer as manifestações violentas como expressões de Violência, o que ocorre no Brasil e também em outras partes do mundo. Esta afirmação está ilustrada pelo trecho a seguir:

Sin embargo, el estudiantado tiene dificultad para identificar determinadas situaciones como violencia de género, aún estando claramente definidas como tal por la comunidad científica internacional, lo que viene acompañado de una falta de denuncia de las situaciones. (FERNANDEZ; RONDAN, 2010, p. 215).

E ainda, a Violência presente no ambiente universitário não é reconhecida, em virtude principalmente da ideia de senso comum, de que a universidade é um lugar de pessoas intelectuais. Ao contrário, esse meio que deveria promover um ambiente de vanguarda à frente da sociedade patriarcal para norteá-la a uma concepção de equidade e paz, não o faz, sendo que a desigualdade e a discriminação de Gênero aparecem no ensino superior brasileiro de diversas formas explícitas ou não. (STEVENS et al., 2017).

Importante ressaltar que quando ocorre esta identificação, a manifestação de Violência de Gênero mais reconhecida na sociedade é a violência contra as mulheres, que para ser entendida e enfrentada, deve ser considerada na perspectiva de Gênero. (MINAYO, 2006).

Entendimento esse, confirmado pelos resultados deste estudo e de outros, no qual a violência contra as mulheres foi reconhecida pela maioria da população universitária entrevistada. (AAU, 2015; AVON/DATAPOPULAR/2015).

Com relação à gravidade desta realidade no Brasil, no que tange à Violência da qual as mulheres são submetidas, nos remetemos a taxa de feminicídios no país, que é de 4,8 para 100 mil mulheres – a quinta maior no mundo, segundo dados da OMS, e como agravante dessa situação, em 2015, o Mapa da Violência sobre homicídios entre o público feminino revelou que, de 2003 a 2013, o número de assassinatos de mulheres negras cresceu, passando de 1.864 para 2.875. (ONU, 2016).

Ao pensarmos na dimensão do fenômeno, estes números revelam dados alarmantes do panorama da Violência contra as mulheres no Brasil, com determinações para além do Gênero, tais como: raça, geração, credo, o que representa uma situação grave que perpassa todas as dimensões²³ apresentadas.

Permanecendo no contexto do ambiente universitário e dialogando com mulheres submetidas às Violências, considerando para tanto, as entrevistas realizadas, identificamos em duas falas, a preocupação com os trotes e as festas universitárias, nas quais há geralmente um elevado consumo de bebidas alcoólicas, apontadas por estes como um dos gatilhos das Violências na universidade. Para estes entrevistados, tais ambientes geram, nos espaços universitários, uma facilitação para os abusos cometidos contra as mulheres nas mais variadas formas.

Identificamos esse agravante, quando analisamos os dados da pesquisa do Instituto AVON, que aponta que 27% dos universitários entrevistados, não acreditam ser uma forma de Violência abusar de alunas sob efeito exagerado de bebida alcoólica. Os resultados descrevem ainda que, 46% dos entrevistados conhecem casos de alunas que sofreram violência sexual em festas, competições, trotes e dependências da universidade, 56% já sofreram assédio no ambiente universitário, 36% deixaram de

²³ Reconhecemos que a Violência contra as Mulheres e contra a população LGBT perpassa todas as dimensões apresentadas, mas que para fins de melhor apresentação do texto, esta problemática foi discutida na Dimensão Particular do fenômeno.

fazer alguma atividade por medo da violência e 11% já sofreram tentativa de abuso sob efeito de álcool. (INSTITUTO AVON, 2015).

O relatório da AAU, também confirma esta realidade, defendendo que um dos agravantes de vulnerabilidade para contato sexual não consensual é o uso de álcool e drogas. Entre as universitárias que relataram ter sofrido algum tipo de abuso sexual estando sob a influência de álcool e/ou drogas, 5,4% declararam ter sofrido estupro por incapacitação e 6,6% relataram ter sofrido toque sexual não consentido. (AAU, 2015).

De maneira geral os trotes nas universidades têm sido permeados por Violências e crimes, onde acabam sendo a mera imposição de estruturas hierárquicas antigas e tradicionais entre os gêneros e as raças, estando cada vez mais ligados à questão de privilégios de grupos acima de outros grupos. (STEVENS et al., 2017).

Segundo carta divulgada em 2015, pela ONU MULHERES, nos últimos anos no Brasil, houve um aumento de denúncias sobre trotes universitários organizados por veteranos, que por meio de práticas machistas, homofóbicas e racistas, achacam os calouros submetendo-os a atividades agressivas nas festas das faculdades e dentro das residências estudantis, onde tal violação, em grande parte é realizada por um grupo de homens, brancos, de classe média alta, reproduzindo nos espaços universitários modelos de dominação sociais e de masculinidades que são estruturantes da Violência de Gênero, levando à associação de valores como virilidade e violência. (ONU, 2015).

Não obstante, o machismo também foi considerado como um dos gatilhos das Violências na universidade. Para alguns entrevistados, tais ambientes geram, nos espaços universitários, uma facilitação para os abusos cometidos contra as mulheres. Esta constatação também foi confirmada por um estudo realizado em universidades espanholas, em 2012, que considerou a mentalidade machista como a principal causa subjacente das Violências nas universidades do país. (GOBIERNO DE ESPAÑA, 2012).

Podemos então afirmar que, as manifestações de violência contra estudantes nas universidades revelam que o machismo da sociedade geralmente é replicado dentro dos seus muros. Como já foi levantado, as desigualdades pautadas em Gênero, determinam o lugar das Mulheres na sociedade, assim como outros grupos vulneráveis em função de Gênero. (STEVENS et al., 2017).

A realidade apresentada se agrava ainda mais, quando ocorre a conivência dos administradores dessas universidades com os trotes violentos e discriminadores. Esta postura negligente denota uma aceitação cômoda, que só se inverte em casos onde as consequências são mais sérias, como quando ocorre morte, porque isso afeta diretamente a imagem da instituição e a carreira dos agressores. (STEVENS et al., 2017).

Nesta compreensão destacamos que, conforme relatório da AAU, uma porcentagem significativa dos alunos pesquisados, declararam que mesmo tendo presenciando uma manifestação sexual violenta não relataram o incidente aos agentes, entendidos aqui como representantes das universidades, por acreditar que nada seria feito em relação ao caso. (AAU, 2015).

Este entendimento é reforçado se atentarmos para as denúncias de violência sexual ocorridas em uma faculdade tradicional no Brasil, indicando ser este um problema costumeiro no país, o que revela a omissão destas universidades em combater abusos em trotes e festas universitárias, especialmente com os recém ingressos. (BBC BRASIL, 2014).

Relevante entender que nos casos de assédio e violência sexual, dentro das universidades, o sexo está sendo vivenciado como instrumento de dominação, embora possa vir mascarado de um contexto discursivo de liberdade sexual. (STEVENS et al., 2017).

Podemos constatar o ambiente universitário se tornou um espaço de medo para as mulheres, só a percepção do clima de Violência já gera intimidação. Essas Violências podem ser perpetradas por estranhos, mas também por colegas, professores e parceiros do cotidiano. Os tipos identificados de violência vão desde a desqualificação intelectual até estupro. (AAU 2015; INSTITUTO AVON, 2015; STEVENS; et al., 2017).

Como confirmamos, evidenciando a presença da Violência de Gênero nos espaços universitários e a presença do comportamento machista como determinante desta problemática, com a submissão principalmente de mulheres, mas também a população LGBT como mais vulnerável a este tipo de Violência nestes espaços.

Salientamos que, o cotidiano das instituições de ensino pode ser compreendido como um espaço de transição e de conflito, no qual os discursos e práticas são reproduzidos, aumentando as desigualdades e hierarquias, excluindo e marginalizando com isso desejos, gêneros e sexualidades que fogem ao padrão

heteronormativo. Esta exclusão e marginalização conformam a base das práticas homofóbicas que têm ocorrido de forma frequente nestes espaços. (KOEHLER, 2013; GARCIA; MENDONÇA; LEITE, 2015).

O relatório AAU confirma esta constatação afirmando que, dos estudantes pesquisados que fogem ao padrão heteronormativo, cerca de 27% relatam ter sofrido manifestação sexual violenta envolvendo força física ou incapacitação após seu ingresso na universidade. (AAU, 2015).

A situação da Homofobia no Brasil é tão grave que em 2016, o jornal *The New York Time*, publicou uma matéria declarando que o Brasil vive uma “Epidemia Homofóbica”. A reportagem discute que nestes casos de homicídios nada foi roubado e as vítimas eram homossexuais ou transgêneros. (JACOBS, 2016).

As preocupações relacionadas com as sexualidades, homossexualidades e identidades e expressões de gênero não são novas no espaço escolar. No Brasil, estas discussões começaram, de forma mais clara nos diversos espaços sociais e de ensino, a partir da segunda metade dos anos de 1980. (BRASIL, 2007).

Conforme o Relatório Global das Nações Unidas sobre a natureza, o escopo e os impactos desse tipo de violência, divulgado pela Unesco em 2016, mais de 85% de estudantes LGBT de alguns países já sofreram violência na escola, incluindo *bullying*²⁴, assim como estudantes não LGBT, mas que estavam fora dos padrões de seus gêneros também figuraram como alvo. A Violência de Gênero afeta o desempenho escolar dessas crianças e jovens, resultando em muitos casos na desistência destes alunos. (KOEHLER, 2013; UNESCO, 2016).

É importante considerar que, em relação a esta realidade, os direitos das mulheres apresentaram alto grau de consolidação, amparados em instrumentos internacionais de direitos humanos e em legislação, o que não ocorreu na mesma intensidade no grupo LGBT (BRASIL, 2007). Tal panorama começou a se modificar recentemente, muito embora ambos grupos apresentem uma trajetória de lutas distintas pelos seus direitos.

As violências contra homossexuais, principalmente travestis e transgêneros, frequentemente levam à morte, incontestavelmente uma das facetas mais trágicas da discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Nesse contexto, todas as

²⁴ Manifestação comum nos espaços escolares, está caracterizada por ações agressivas e contínuas, utilizando para tanto, da violência física e psicológica para impor o poder sobre o outro. (WANZINACK; SIGNORELLI, 2015).

formas de discriminação e homofobias, devem ser consideradas como situações produtoras de doença e sofrimento. (BRASIL, 2013a).

Tal realidade tem sido denunciada pelo Movimento LGBT, por pesquisadores de várias universidades e pelas organizações da sociedade civil, que têm buscado produzir dados sobre essa temática. (BRASIL, 2007; SIGNORELLI, 2014; TMM, 2015).

Conforme notícia publicada pela Empresa Brasil de Comunicação (EBC, 2016) em 29/12/2016, baseada no Relatório de Assassinatos LGBT no Brasil, realizado pelo Grupo Gay da Bahia, o número de homicídios de pessoas gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais fechou com o total aproximado de 340 mortes, maior número registrado nos últimos anos.

Em 2015, foram 318 mortes, sendo que a Região Nordeste liderou os casos nos últimos anos. Conforme o presidente do Grupo Gay da Bahia, quase a totalidade dos crimes contra LGBT, tem o agravante da intolerância e vulnerabilidade representada pelas travestis, que geralmente são marginalizadas, envolvidas na prostituição e no uso de drogas, resultado da exclusão sofrida em outros espaços da sociedade. (EBC, 2016).

Necessário compreender que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada de outras formas de discriminação social. Elas caminham lado a lado e são reforçadas pelo machismo, racismo, misoginia e todas as formas correlatas de discriminação. (BRASIL, 2013a).

Assim como com as mulheres, são várias as formas de violência contra o grupo LGBT, que podem ser praticadas por vários atores que vão desde desconhecidos, familiares, vizinhos e colegas até instituições públicas como a escola. Pesquisas recentes sobre o tema dão conta que as dinâmicas mais silenciosas e cotidianas da homofobia, englobam a humilhação, a ofensa e a extorsão. (SIGNORELLI, 2014).

Essas dinâmicas possuem uma expressão marcante no tocante à Violência de Gênero presente nas universidades, que é representada pela Violência Simbólica que pode ser compreendida como representação de crenças historicamente construídas que servem como fundamento das relações de dominação e de dominados. (CELMER, 2010).

Como defende Orso (2006) que, a universidade tem em comum a mesma base material que a sociedade, sendo possível afirmar que a Violência no Ensino Superior faz parte da sua própria forma de organização, aparecendo umas vezes de forma mais

aberta e eschachada outras vezes sutil e dissimulada, evidenciando a forma simbólica, conforme anteriormente conceituado.

E ainda, a Violência Simbólica que acontece no meio universitário, se apresenta de diversas formas e campos, onde elencamos como exemplo a questão da sexualidade, a aparência física e as pretensas diferenças cognitivas entre homens e mulheres, a questão salarial da futura carreira e a postura de professores e professoras. Atrelada à invisibilidade a que estão expostos os grupos submetidos à Violência de Gênero, está a capacidade de reconhecimento do fenômeno pela nossa sociedade. (WANZINACK; SIGNORELLI, 2015). Os exemplos citados também corroboram com alguns resultados obtidos este estudo.

Não obstante, na discussão de novas políticas de inclusão das minorias sexuais e de gênero emerge a necessidade de, por meio dos educadores, elaborar estratégias para novas formas do uso da linguagem, entendendo aqui, a comunicação como uma das formas de enfrentamento aos padrões sexistas ou homofóbicos. (DINIS, 2008).

Então temos que, esta necessidade deve ser abordada e enfrentada na instituição, considerando o entendimento e orientação da comunidade universitária em relação à temática da Violência de Gênero, onde tem-se que, orientações e entendimentos errôneos, equivocados ou superficiais podem também levar a invisibilidade do fenômeno em todos os espaços, inclusive nos universitários.

5.2.2 Proposta de Acolhimento

Acolhimento é uma proposta de organização do atendimento da demanda espontânea nos serviços de saúde, de maneira que todas as pessoas que busquem os serviços, sejam ouvidas e encaminhadas de forma adequada, integralizada e eficiente. Também pode ser reconhecida como um conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam respeito, credibilidade e consideração à situação de Violência. (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2015b).

Neste entendimento revelamos a preocupação dos entrevistados com o preparo da equipe para o atendimento a pessoas submetidas a situações de violência. Destarte, tal despreparo pode levar a uma continuidade da violência sofrida, sendo que estes profissionais podem ser reprodutores desta continuidade por meio de situações durante o atendimento como: exposição da vítima, não respeito ao sigilo e as diferenças e atendimento pautado no modelo biologicista. (BRASIL, 2013b).

Diante disto corroboramos com Duarte et al. (2015) que: “ O despreparo de muitos profissionais de saúde, neste tipo de atendimento, se revelou também como responsável pela reprodução das desigualdades de Gênero”.

O cuidado prestado as pessoas submetidas às Violências, deve sempre ser pautado no acolhimento, na capacidade de escuta, na garantia de sigilo e no respeito²⁵ às escolhas, sendo que estas condutas precisam ser rotineiramente trabalhadas pelas equipes de saúde para um atendimento qualificado. (PARANÁ, 2015).

Entre as habilidades que a equipe deve ser estimulada a desenvolver no exercício do cuidado, estão aquelas relacionadas ao vínculo emocional com o sujeito que recebe o cuidado. Segundo Monteiro et al. (2016), dentre estas habilidades estão: empatia e compreensão, complementamos destacando também respeito e ética.

Também foram considerados importantes pelos entrevistados a estrutura física adequada dos serviços por meio de acesso imediato, lugar reservado e a rotina do serviço, que deveria incluir conhecimento das redes de proteção, acompanhamento dos casos pela equipe, formação de grupos de autoajuda, protocolos próprios do serviço, fluxo de encaminhamento.

Entendemos que, a ausência de condições básicas para receber os usuários respeitando suas particularidades e individualidades reprime o acolhimento. Como confirmam Brehmer e Verdi (2010), descrevendo que a estrutura física precária e a má distribuição dos espaços nas unidades de saúde propiciam a exposição e constituem um entrave para a efetividade do acolhimento e a confidencialidade das informações.

Em relação ao conhecimento da rede, pelos profissionais de saúde que atendem pessoas submetidas à Violência de Gênero, dentro do seu território de atuação, é um quesito imprescindível pois, estudos revelam que a não existência da prática assistencial em rede é considerada situação limitante na prestação do cuidado pelos profissionais da APS, os quais convivem com demandas que não conseguem atender. (SILVA; PADOIN; VIANA, 2013).

Os resultados apresentados reiteram o descrito por autores que defendem o acompanhamento pelo profissional de saúde da pessoa submetida a manifestações violentas, considerando que esta estratégia favorece o vínculo, facilita a interlocução interinstitucional com a Rede de apoio a pessoas submetidas às Violências, minimiza

²⁵ Estas atitudes e condutas estão melhor explicitadas no capítulo Desenvolvimento da Intervenção.

a reabilitação²⁶, contribuindo para a adesão ao tratamento, entre outras vantagens. (VILELA, 2009, BRASIL 2013b).

Quanto à sugestão identificada em algumas falas para a formação de grupos de autoajuda, consideramos que esta estratégia de atendimento desenvolve habilidades e favorece a expressão de sentimentos, a socialização de informações e a formação de redes afetivas como formas superar a agressão. (VILELA, 2009).

No tocante ao apontamento de áreas de atuação importantes para o acolhimento, identificamos divergências nas respostas dos participantes em relação ao profissional de referência para fazer o atendimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero.

Entendemos que o acolhimento é uma postura ética, que está implicada no compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e diversas formas de discussão e enfrentamento dos problemas pelos profissionais envolvidos no atendimento. (BRASIL, 2013b). Onde faz-se necessário ter um cuidado especial ao se definir locais e profissionais para o acolhimento à Violência de Gênero²⁷ nos serviços de saúde, para que esta atitude não seja confundida com a tradicional triagem. (SILVA; PADOIN; VIANA, 2013).

Para uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, com intervenções pautadas nas necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e comunidades as ações de uma equipe multidisciplinar são imprescindíveis, onde os serviços de saúde sejam reconhecidos como espaço particular de reprodução ou enfrentamento à Violência de Gênero. É importante entender que, para dar respostas às particularidades de cada população, o modo de fazer APS se modifica, uma vez que os problemas podem variar nos diferentes territórios e conseqüentemente o tipo de profissional a compor a equipe multidisciplinar, bem como as habilidades necessárias para o acolhimento e as formas de organização dos serviços. (BRASIL, 2011b).

Sendo o acolhimento uma ação técnica e assistencial, bem como um instrumento para potencializar o encontro entre usuário-profissional-serviço, deve

²⁶ Esse conceito é utilizado para descrever a condição enfrentada pelas pessoas submetidas às Violências, quando seu sofrimento é prolongado pelo atendimento inadequado nos serviços onde buscaram atendimento, em que são levadas a relatar repetidamente aos profissionais a situação pela qual passaram. (VILELA, 2009; BRASIL, 2016b).

²⁷ São considerados nesta dissertação entendimentos direcionadas ao enfrentamento da Violência contra as mulheres como correspondente ao enfrentamento à Violência de Gênero.

fazer parte das práticas profissionais, individuais ou em equipe, sobretudo na APS. (OLIVEIRA et al., 2015).

Neste sentido defendemos que o atendimento da Violência de Gênero, pelos serviços de APS, devem contemplar uma equipe multiprofissional, composta de Enfermeiro, Psicólogo, Médicos (Clínico, Psiquiatra, Ginecologista) e Assistente Social entre outros, muitos dos quais foram apontados nos resultados apresentados. Devem estar preparados e capacitados para atender à demanda da comunidade universitária no que tange ao atendimento a pessoas submetidas a esse tipo de Violência e devem respeitar primordialmente a vontade da pessoa agredida, uma vez que, é em função deste cuidado que se faz o atendimento com vistas ao acolhimento.

Assim como nos resultados apontados, urge a necessidade de problematizar esses limites, o que permite ampliar diálogo entre os setores e construir espaços de discussão com o intuito de elaborar protocolos e fluxos que sirvam de eixos norteadores da prática assistencial coletiva efetiva na proteção da vida e saúde das pessoas submetidas à Violência de Gênero. (SILVA; PADOIN; VIANA, 2013).

5.3 DIMENSÃO SINGULAR DAS SUBJETIVIDADES DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A Dimensão Singular não existe de maneira independente das demais dimensões e representa a totalidade mais próxima do objeto. (EGRY; FONSECA, 2015). Nessa Dimensão, consideramos as subjetividades, que compreendemos como o encontro do social e do individual, formando uma estrutura que conforma o sujeito e se expressa nas suas relações, na práxis. Portanto, é relevante conhecer como se institucionalizam as práticas sociais, tendo em vista que estas são responsáveis pela transmissão de valores incorporados nas subjetividades. (PASSOS, 2006).

A subjetividade pode ser compreendida como aquilo que pertence ao sujeito, que é pessoal, onde cada ser humano é singular e onde são manifestadas as ideias ou preferências da própria pessoa. (COLLING; TEDESCHI, 2015).

5.3.1 Expressão de sentimentos envolvidos

Para este confronto, tendo como base os resultados obtidos por meio dos discursos, levou-se em consideração a Dimensão Singular da expressão de

sentimentos envolvidos na Violência de Gênero tanto por parte do profissional no atendimento, quanto pela pessoa submetida à Violência de Gênero.

Os discursos utilizam termos que descrevem sentimentos que refletem a percepção com que cada indivíduo reage a agressão, e no que tange ao atendimento e ao sofrimento das pessoas envolvidas.

Evidenciamos nos resultados, principalmente no que se refere à violência contra as mulheres, falas que denotam o sentimento de culpa, vulnerabilidade, discriminação, ofensa e vergonha ao serem submetidas à Violência, tanto pelo primeiro agressor, quanto pelo local onde procurou ajuda. Onde devem ser tidos como necessário a capacitação profissional, bem como trabalhar a questões dos valores morais e religiosos de cada indivíduo envolvido no cuidado.

Fica claro também que, principalmente em casos de Violência Sexual, que motivada pela própria situação e pelas chantagens e ameaças, causam sentimentos de humilhação e intimidação em quem a sofreu, e podem, em muitos casos, estar acompanhadas de sentimento de culpa, vergonha e medo. (BRASIL, 2015b).

Como confirmam as autoras Duarte et al (2015) defendendo que a Violência de Gênero resulta em sinais e sintomas que camuflam um silêncio que evidencia sentimentos de humilhação, vergonha e revolta (DUARTE; et al., 2015).

Ademais, ao observar para além de hematomas aparentes, o não visível reflete o medo que vai tornando a pessoa submetida sem reação ou a um longo período envolvendo movimentos corporais e mensagens subliminares, utilizadas pelo agressor como forma de manter controle. (LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012).

Importante pensar que, as Violências também se tornam invisíveis quando os serviços de escuta/denúncia/notificação não estão preparados para o atendimento das pessoas a elas submetidas. (BRASIL, 2009).

Precisamos esclarecer que é necessário cuidado para que a escuta não se traduza também na culpabilização²⁸ da pessoa submetida à Violência, para isso devemos evitar um discurso detentor de um suposto saber, técnico e neutro, que porta a verdade sobre os indivíduos e suas necessidades. (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Entendemos que esta situação se reproduz nos recorrentes casos de Violência, independentemente do agredido ser mulher ou não. Em virtude disso, os profissionais

²⁸ Um exemplo de culpabilização são os casos de violência sexual onde argumentos são construídos socialmente para atribuir a culpa do estupro ao comportamento das mulheres. (STEVENS et al.).

de saúde precisam estar atentos aos sinais de alerta emitidos pelos indivíduos que procuram os serviços, os quais podem ser indicativos de violência e quase sempre são omitidos pelos agredidos. (LIRA; SILVA; TRINDADE, 2012).

Também foram destacados, nos resultados, sentimentos que traduzem impotência, angústia, insegurança, desorientação e tristeza dos profissionais ao se defrontarem, durante a assistência deste tipo de Violência, que em algumas entrevistas foram expressas como o sentimento de dificuldade em atender este tipo de Violência.

Isto foi confirmado por estudos, evidenciando que no enfrentamento das Violências os profissionais de saúde compartilham sentimento de: despreparo, medo, impotência, incapacidade, desconforto e ansiedade. (DISTRITO FEDERAL, 2009; DUARTE et al., 2015).

A Enfermeira, bem como os demais profissionais de saúde, durante o seu processo de trabalho, se depara com situações de vida e de saúde que precisam ser acolhidas e cuidadas com respeito e sensibilidade.

Assim, como foi relatado por alguns profissionais nos resultados, ocorre a expressão do sentimento de dificuldade em atenderem casos de Violência. Também foi demonstrada uma preocupação com o “Cuidado com o Cuidador”, onde um participante levantou a necessidade do acompanhamento psicológico também daqueles que fazem esse tipo de atendimento.

Portanto, ao desenvolver o cuidado, a enfermeira deve primeiramente trabalhar suas próprias emoções, a partir de então gerar outras emoções positivas que colaborem na superação do processo de adoecimento. (MONTEIRO et al., 2016). Isso se aplica a todos os profissionais envolvidos no que tange ao atendimento em caso de Violência, seja ela qual for.

Destarte, o papel de educador da Enfermeira neste enfrentamento seja para com o cuidado, com a equipe de saúde e com a comunidade. Consideramos também que a Enfermagem, uma profissão predominantemente feminina e voltada para o social, tem potencial para trazer para o campo da prática as reflexões sobre Gênero, ampliando o olhar sobre o problema da Violência de Gênero. (DUARTE et al., 2015).

Toda esta discussão, bem como as ações que emergiram dela, levam em consideração que a Violência a que alguns grupos são submetidos em virtude do que representam ou pretendem representar, são reproduções de poder sobre o outro considerado “inferior” e que estas reproduções estão presentes também na

universidade estudada, conforme retratadas através das falas dos participantes. Tendo isto em mente, reiteramos a seguinte fala:

A universidade tem sido chamada à responsabilidade da discussão do tema da alteridade e da inclusão das minorias, o que implica discutir sua posição frente aos novos sujeitos escolares que reivindicam seu espaço no currículo escolar, a exemplo das minorias étnicas e raciais, dos indivíduos com necessidades educativas especiais, das minorias sexuais e de gênero e das inúmeras diferenças culturais e comportamentais que habitam o espaço escolar. (DINIS, 2008, p. 478).

Para tanto foi desenvolvido na intervenção, como produto final, um Caderno de Orientações, levando em conta esses grupos considerados vulneráveis a sofrer este tipo de Violência, dentro dos espaços universitários, que foi baseado nas entrevistas, mais precisamente no item que perguntava como os entrevistados pensavam ser um acolhimento ideal a pessoas submetidas à Violência de Gênero nos Centros de Atendimento à Saúde Universitários, que está apresentado mais detalhadamente no próximo capítulo.

6 DESENVOLVIMENTO DA INTERVENÇÃO

Os achados destacaram a necessidade de treinamento e capacitação para os profissionais de saúde da instituição. Consideramos este ponto como essencial para que possamos enfrentar às Violências. Agindo dessa forma, é possível fomentar o enfrentamento das desigualdades, como busca constante de ruptura do ciclo das Violências nas universidades, bem como na sociedade.

Isto posto, *“De ahí la necesidad de que la institución universitaria desarrolle actividades formativas y sensibilizadoras que ayuden a identificar las diferentes situaciones como Violencia de Género y que tenga espacios de apoyo y assistência”*. (FENANDEZ; RONDAN, 2010, p. 215).

Neste pensar, os profissionais de saúde têm o desafio de evitar intervenções traumáticas, além de estar sensibilizados e capacitados para identificar e tratar as pessoas que apresentem sintomas que possam estar relacionados ao abuso e à agressão, permitindo com isso um atendimento integral de qualidade. (VILELA, 2009).

Visamos com esta intervenção o fortalecimento da equipe interdisciplinar, através da educação como parte das estratégias de ação, que qualificam os profissionais e os preparam para um acolhimento e abordagem humanizada, baseada em condutas adequadas e em aspectos éticos e de compromisso com o resgate da autoestima e cidadania das pessoas submetidas a Violência de Gênero. (BRASIL, 2011b).

Para tanto, buscamos um melhor entendimento da problemática e por meio de uma construção conjunta com a comunidade universitária participante, propusemos um formato de acolhimento que contribuísse com o preparo da equipe de saúde dos Centros de Atendimento à Saúde de uma universidade pública, em relação ao atendimento de pessoas submetidas à Violência de Gênero, onde tratando-se de um Mestrado Profissional, que pressupõe em sua conclusão uma intervenção a ser proposta e se possível aplicada na unidade de atuação do mestrando, aqui teve, como fruto final um caderno intitulado *“Caderno de Orientações: acolhimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero nos Centros de Atenção à Saúde”*.

Concomitantemente, no decorrer do estudo identificamos a falta de preenchimento da Ficha de Notificação de Violências dos eventuais casos atendidos nos serviços estudados e a necessidade da implementação e orientação dessa equipe em relação ao preenchimento dessa ficha.

Portanto, foram considerados como componentes desta Intervenção a discussão da implementação da Ficha de Notificação de Violências e a construção do Caderno de Orientação como norteador do acolhimento.

6.1 IMPLEMENTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIAS NOS SERVIÇOS CASA

A oportunidade de trabalhar nesta frente surgiu durante a Disciplina “Vivências da Prática Profissional”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional, na qual foi lançado como proposta, realizar alguma atividade que contemplasse alguma fase ou necessidade complementar do projeto principal, momento este que após discutir com a minha orientadora, resolvi aproveitar para abordar a inexistência da Ficha de Notificação de Violências nos cenários escolhidos.

Destacamos que os servidores entrevistados foram questionados no item 2.8 (APÊNDICE 3), por intermédio da pergunta: “Em algum momento de sua vida profissional já preencheu a Ficha de Notificação de Violência? ” Os resultados²⁹ revelaram o seguinte quadro: do total de servidores (19), apenas (2) declararam já ter preenchido a Ficha de Notificação de Violências, sendo que, um entrevistado declarou fazer essas notificações em uma unidade hospitalar da instituição e um servidor em outro vínculo empregatício. No restante obtivemos os seguintes resultados: (1) servidor participante declarou não lembrar e (16) negaram este preenchimento durante toda a sua vida profissional. Estes resultados reforçam mais a necessidade em se trabalhar nos serviços escolhidos com a Ficha de Notificação de Violências, tanto na sensibilização e orientação da equipe, quanto na implementação da mesma dentro dos serviços, efetivando assim, seu preenchimento como uma das etapas no acolhimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero.

A ficha de notificação é um instrumento essencial para o levantamento de dados epidemiológicos que orientam as discussões e ações de enfrentamento das Violências. Por intermédio dela são fornecidas informações que embasam ações e políticas públicas integralizadas que visam reduzir a morbimortalidade decorrente da problemática. (BRASIL, 2015a). Sendo definidos, para fins de notificação:

²⁹ Este resultado encontra-se nesse capítulo por uma opção das pesquisadoras, isto se justifica por tratar-se diretamente da constatação da necessidade de treinamento e implementação da Ficha de Notificação de Violências nos serviços escolhidos, o que ficaria mais bem explanado nesse espaço.

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, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT. (BRASIL, 2015a, p. 20).

A não efetivação dessas notificações dificulta a visibilidade do problema das Violências dentro dos espaços universitários, e seus servidores, incluindo os da saúde, devem ser capacitados para esse preenchimento para que, por intermédio destes dados, possamos dar visibilidade ao fenômeno, bem como buscar um acolhimento mais efetivo e eficaz, além do desenvolvimento de estratégias e políticas que venham a embasar este enfrentamento. Após a identificação dessa necessidade, procuramos o serviço de epidemiologia da Secretaria de Saúde Municipal (SMS), para buscar subsídios e informações para a orientação e implementação da ficha de notificação nos serviços.

Cabe a essa secretaria a responsabilidade pela implantação da vigilância contínua de violências (digitação, consolidação, análise dos dados, disseminação das informações) e envio dos dados para as respectivas Secretarias de Estado de Saúde e posteriormente ao MS. (BRASIL, 2015a; CURITIBA, 2016b).

Após a reunião com o serviço de epidemiologia, ficou acordado que este faria o treinamento da equipe, pois conforme explicitado pelo próprio serviço, o preenchimento desta ficha contempla várias nuances que tem de ser trabalhadas e que esse treinamento deve ser fornecido por profissional com vivência prática do preenchimento e fluxo de encaminhamento. Em mesma época, foi realizada reunião com a gestora dos serviços escolhidos como campo de intervenção, onde foram expostos o objetivo da intervenção e os apontamentos da Secretaria Municipal de Saúde. A chefia se mostrou bem receptiva e concordou com o delineamento da secretaria de saúde, de haver um treinamento dos servidores destes serviços por esta equipe para implementação da Ficha de Notificação de Violências.

As articulações para realização desse treinamento serão retomadas com a chefia do serviço, posteriormente a apresentação dos resultados e do Caderno de Orientações, oportunidade esta em que será destacado a necessidade de promover o acolhimento das pessoas submetidas à Violência e de ampliar as discussões e a rede de enfrentamento.

Objetivando realizar a quinta fase defendida pela TIPESC, que compreende a reinterpretção da realidade, propôs-se que, cerca de seis meses após a realização do treinamento e implementação da ficha de notificação dos casos de violência nos serviços, seja realizada uma reunião entre os gestores dos serviços envolvidos para sanar dúvidas, bem como a verificação do preenchimento e encaminhamento correto do referido documento.

Reiteramos a importância do preenchimento da Ficha de Notificação de Violências e seu fluxo correto, conforme instrutivo: Ficha de Notificação Individual (ANEXO 4), mas também a importância de promover a aproximação dos serviços, vislumbrando parceira futuras, o que permite a articulação em rede, garantindo um enfrentamento mais efetivo das Violências.

6.2 CADERNO DE ORIENTAÇÕES

O Caderno de Orientações, foi desenvolvido com o intuito de fornecer orientações importantes para os profissionais da saúde dos Centros de Atendimento à Saúde Universitários, no tocante ao acolhimento a pessoas submetidas à Violência de Gênero.

Consideramos para tal construção que “O acolhimento da pessoa em situação de violência deve permear todos os locais e momentos do processo de produção do cuidado, diferenciando-se da tradicional triagem”. (PARANÁ, 2015, p. 7).

É premente, a necessidade da formação de uma equipe multiprofissional sensibilizada e capacitada para desenvolver uma prática que englobe a prestação do cuidado por meio de uma assistência integral de modo eficaz e eficiente, lançando mão de estratégias, como o acolhimento, que facilita a prática e garante o estabelecimento de vínculo com os usuários do serviço.

Além disso, a prestação de serviços de qualidade para atendimento e apoio pessoas submetidas às Violências é importante para reduzir traumas, ajudar na recuperação e prevenir novos atos de violência. (WHO, 2014).

O caderno foi dividido em 4 tópicos principais a saber: Introdução, Violência Contra as Mulheres, Violência contra LGBT e Acolhimento. O mesmo encontra-se apresentado no APÊNDICE 5.

O caderno direciona a abordagem para os grupos considerados mais vulneráveis à Violência de Gênero no contexto universitário: as mulheres e a população LGBT.

Ele aborda a temática focada no acolhimento e nesta perspectiva, a APS, considerada porta de entrada prioritária para o usuário no sistema de saúde, onde as equipes de saúde possuem espaço privilegiado para a identificação dos casos de Violência e seu enfrentamento. (BREHMER; VERDI, 2010).

Este formato de atendimento deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, visando a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento de doenças e a redução de danos que possam comprometer a qualidade de vida das pessoas, seguindo para tanto os preceitos do SUS, garantindo como atributos da APS: a longitudinalidade e Integralidade do cuidado, a focalização na família e a orientação comunitária. (BRASIL, 2011a; PARANÁ, 2015).

Sendo que, para o acolhimento também é necessária a reflexão ética das situações-problemas do dia a dia dos serviços de saúde, permitindo superar os limites e reavaliar atitudes, resultando em uma nova prática de atenção à saúde.

Atitudes como carinho, educação, compaixão e empatia, são consideradas necessidades inerentes às relações humanas e os sentimentos afetuosos e carinhos pelo profissional de saúde estão relacionados a estas necessidades e foram consideradas importantes nos resultados dessa dissertação. (BRASIL, 2013b).

Nos discursos foram considerados alguns elementos que corroboraram com a literatura pesquisada como basilares no acolhimento a pessoas submetidas a situações de violência.

Estes elementos encontram-se relacionados a seguir:

- **ESCUA** - Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber responder adequadamente, essa habilidade é crucial para uma atenção apropriada.

Uma escuta qualificada é realizada com presença e atenção, livre de preconceitos e soluções; a escuta sem outro objetivo que a escuta. (BRASIL, 2013b).

Importante considerar que, acolher significa ouvir as necessidades, de modo a oferecer respostas; o ato de ouvir possui um caráter especial, pois envolve muito além do sentido de ouvir, ou seja, é a capacidade humana de escutar, de estar atento ao outro. (BREHMER; VERDI, 2010).

Isto posto, a atenção às necessidades em saúde, pressupõe uma escuta ativa e interações mais prolongadas que permitam a formação de relacionamento terapêutico, vínculo e confiança. (MONTEIRO et al., 2016).

- **SIGILO** – O sigilo faz parte da ética dos profissionais de saúde. Conforme a Resolução 311/2007, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o profissional deve atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. (COFEN, 2007).

Tendo como um dos compromissos fundamentais da equipe de saúde conquistar a confiança do usuário, onde as ações devem dispor de mecanismos para proteger o sigilo das informações, pois o respeito a esse princípio ético, encoraja homens e mulheres em situação de violência a procurarem ajuda, além de proteger a pessoa submetida à Violência da discriminação. (UFSC, 2014b).

Complementando este entendimento, “o acolhimento representa a primeira etapa do atendimento a pessoas submetidas à Violência e nele são fundamentais aspectos como: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo”. (PARANÁ, 2015, p. 5).

- **RESPEITO ÀS DIFERENÇAS** – É preciso atenção para que o processo de escuta não se traduza na tutela e na culpabilização dos sujeitos, baseado em um discurso detentor de um suposto saber, técnico e neutro, que porta a verdade sobre os indivíduos e suas necessidades. (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Isto posto, o profissional de saúde precisa estar capacitado para questionar e para ouvir sem julgamento ou preconceito, buscando uma comunicação confiável por meio da formação de vínculo com a pessoa submetida à Violência. (UFSC, 2014b).

Portanto a construção do Caderno de Orientações, utilizando para tanto o confronto dos resultados e da literatura consultada, resultou em uma compilação de orientações para um acolhimento efetivo e eficaz, que se encontram listadas a seguir:

- Buscar o estabelecimento de um vínculo com a pessoa agredida;
- Ajudar a pessoa a procurar a melhor forma de superar a situação;
- Dar a esta liberdade de fazer escolhas e elevar a sua autoestima;
- Manter ambiente adequado com sala reservada para o acolhimento;
- Respeitar a privacidade mantendo o sigilo do que lhe é confiado;
- Considerar a singularidade e o tempo de cada pessoa;
- Demonstrar respeito e compreensão;

- Escutar com atenção, ouvir mais do que falar;
- Explicar o que será feito de forma clara, utilizando para tanto, palavras de fácil compreensão, respeitando o nível de instrução da pessoa;
- Evitar pré-julgamento e emissão de juízo de valor;
- Ter empatia, ou seja, tratar a pessoa como gostaria de ser tratado se estivesse no lugar dela;
- Evitar relatar experiências pessoais e não fazer comparações;
- Recrutar recursos sociais;
- Buscar apoio da família e de pessoas próximas;
- Acionar a equipe multiprofissional, garantir o acompanhamento e o encaminhamento em rede dos casos;
- Evitar repetições desnecessárias evitando a revitimização;
- Realizar notificação sempre³⁰.

³⁰ Utilizado como base o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (VILELA (Coord.), 2009).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordar o fenômeno das Violências, deve-se percebê-lo como um problema que afeta todas as sociedades, sendo imprescindível que a Enfermeira busque desenvolver um olhar crítico, e possa prestar seu cuidado desempenhando seu papel de educador e agente transformador da sociedade.

Esta problemática complexa demanda discussões por toda a sociedade com objetivo de elaborar estratégias de prevenção e enfrentamento, que para ser efetivo, deve ser realizado por todos: educadores, profissionais da saúde, gestores etc.

Para além disso, desvelar as Violências no interior das universidades é necessário para que a situação possa ser entendida e enfrentada nas dimensões Estrutural, Particular e Singular do fenômeno, buscando com isto diminuir a invisibilidade a que estão expostos os grupos vulneráveis nos espaços universitários, assim como na sociedade, estimulando discussões que incluam esta temática.

Com relação à equipe multiprofissional de saúde, e mais especificamente a Enfermeira, há que se atuar na compreensão e desvelamento das Violências como histórica e socialmente determinadas, ou seja, como um processo saúde-doença. É fundamental considerar que, uma equipe de saúde consciente da realidade social da qual o seu território de abrangência faz parte, possibilita um reconhecimento da realidade objetiva, permitindo o uso de ferramentas capazes de cunhar uma assistência mais adequada e resolutiva, estimulando com isto práticas assistenciais integrais e intersetoriais.

As questões de Violência e Gênero são complexas, e requerem constante preparo e atualização destas equipes, pois não se consegue ser resolutivo sem o conhecimento da rede de proteção e dos equipamentos internos e externos, para lançar mão quando se fizer necessário para o enfrentamento da situação. Mas também são necessárias vontade política da instituição, condições materiais, espaço físico, número adequado de profissionais etc. Compreender este cenário permitiu uma abordagem ampliada da temática em relação à atuação da equipe multiprofissional.

Faz-se necessário refletir, ainda, que faltam ações efetivas de enfrentamento às discriminações e Violências dentro das instituições de ensino. Estas ações devem ser voltadas para o respeito ao diferente tão evidente em nossa sociedade. Também destacamos a invisibilidade a que as pessoas submetidas à Violência de Gênero estão expostas, como é o caso das mulheres e do grupo LGBT.

Sendo assim, ao discutirmos novas políticas de inclusão das pessoas submetidas à Violência de Gênero, emerge a necessidade da participação de toda a sociedade, onde possamos elaborar estratégias que venham enfrentar padrões sexistas e homofóbicos que permeiam a sociedade e são geradores de desigualdades sociais.

Como caminho sugerimos a organização e ampliação de debates que estimulem mudanças, por meio da reflexão, visibilidade, denúncia e formulação de políticas públicas que busquem diminuir as desigualdades sociais existentes, as quais são estruturantes das Violências. No contexto desta reflexão está a Violência de Gênero, que faz parte da estruturação da sociedade e que está por ela determinada.

Entendemos que cabe, principalmente, mas não somente, aos governos assim como aos diversos setores da sociedade, enfrentar o problema por meio da visibilidade do fenômeno e conscientização das pessoas, buscando promover ações que minimizem os impactos das desigualdades histórico-sociais construídas e que combatam diretamente problemáticas de caráter estrutural como é o caso das Violências.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIATION OF AMERICAN UNIVERSITIES (AAU). **Report on the AAU Campus Climate Survey on Sexual Assault and Sexual Misconduct**. California: Stanford, 2015. Disponível em: <[https://www.aau.edu/uploadedFiles/AAU_Publications/AAU_Reports/Sexual Assault Campus Survey/AAU Campus Climate Survey 12 14 15.pdf](https://www.aau.edu/uploadedFiles/AAU_Publications/AAU_Reports/Sexual_Assault_Campus_Survey/AAU_Campus_Climate_Survey_12_14_15.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2017.
- BBC BRASIL (BBC). **Estupros na USP expõem omissão de universidades**. 2014. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/11/141120_usp_abusos_universidades_rm>. Acesso em: 5 mar 2017.
- BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. 2 ed. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.
- BORGES, Z.N.; OHLWEILER, M.I.; PECIAR, P. A visão das professoras que assistiram ao “Educando para Diversidade ” Sobre Discriminação e Violência Homofóbica nas Escolas. In: BRITES, J.G.; SCHABBATCH, L. (Orgs.). **Políticas Para Família, Gênero e Geração**. Porto Alegre: UFRGS / CEGOV, 2014. p. 101 - 113.
- BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n. 154, Brasília, 31 out. 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm>. Acesso em: 01 maio 2017.
- _____. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. HENRIQUES, R.; BRANDT, M.E.A.; JUNQUEIRA, R.D.; CHAMUSCA, A. (Orgs). **Gênero e Diversidade Sexual na Escola: reconhecer diferenças e superar preconceitos**. Brasília: Ministério da Educação, 2007. (Cadernos Secad 4).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política Nacional de enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Presidência da República, 2011a.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 25 jan. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 08 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Ministério da Saúde**, Brasília, 1 dez. 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 08 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. 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. **Ministério da Saúde**, Brasília, 6 jun. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 08 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres / PR. **Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Lei nº 13.104/2015, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial da União**, n.194, Brasília, 10 mar. 2015c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm>.

BRASIL. Portaria Interministerial nº1, de 6 de fevereiro de 2015. Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. **Presidência da República**, Brasília, 6 fev. 2015d.

Disponível em:

<http://www.lex.com.br/legis_26466024_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_1_DE_6_DE_FEVEREIRO_DE_2015.aspx>. Acesso em: 02 maio 2018.

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres. Central de Atendimento à Mulher / Ligue 180. **Balanco 1º semestre 2016**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016a. Disponível em:

< http://www.spm.gov.br/balanco180_2016-3.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). Diretrizes nacionais do feminicídio. **Diretrizes para investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres**. Brasília: SPM, 2016b. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/2016/livro-diretrizes-nacionais-femicidios-versao-web.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. Ministério das Relações Exteriores. **Grupos Vulneráveis**. 2017. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/politica-externa/direitos-humanos-e-temas-sociais/3666-grupos-vulneraveis>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos Usuários. **Ciênc.saúde coletiva**. [online]. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p.3569-3578, nov. 2010. Disponível em:

< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900032&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan.2017.

CARVALHO, L. Veja 8 pontos de destaque na nova base curricular do ensino fundamental. **Portal de notícias G1**, 06 abr. 2017. Educação. Disponível em: <<http://g1.globo.com/educacao/noticia/veja-8-pontos-de-destaque-na-nova-base-curricular-do-ensino-fundamental.ghtml>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

CELMER, E. G. Violência Contra a Mulher Baseada no Gênero, ou a Tentativa de Nominar o Inominável, In: ALMEIDA, M.G.B. (Org.). **A violência na sociedade contemporânea**. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p.73 – 88. Disponível em: < <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

COLLING, A.M.; TEDESCHI, L.A. (Org.). **Dicionário Crítico de Gênero**. Dourados/MS: Multilivros, 2015.

COLORADO, L.J.O; SOSA, G.R.A. La violencia de género en las universidades colombianas. **Teoria & Sociedade**, España, n. 21, fasc. 2, n.pag., jul./dez.2013. Disponível em: < <http://studylib.es/doc/7419041/la-violencia-de-g%C3%A9nero-en-las-univer--sidades>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 311**, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para aplicação na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2007. Disponível em: <www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 12 jan. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 23 nov. 2015.

COSTA, D.A.C; et al. Assistência Multiprofissional à Mulher Vítima de Violência de Gênero: Atuação de Profissionais e Dificuldades Encontradas. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.18, n. 2, p. 302-309, abr/Jun 2013. Disponível em: <revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/29524/20694>. Acesso em: 20 fev. 2016.

COUTINHO, L.R.P; BARBIERI, A.R.; SANTOS, M.L.M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, abr-jun 2015. Disponível em: <scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

CRUZ, G.V.; PEREIRA, W.R. Diferentes configurações da violência nas relações pedagógicas entre docentes e discentes do ensino superior. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.66, n.2, p.241-50, mar-abr 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200014>. Acesso em: 02 fev. 2017.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Instrutivo de Preenchimento de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.** Curitiba: SMS, 2016a.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Doenças de Notificação Obrigatória.** Curitiba, 2016b. Disponível em: <www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/epidemiologica/notificacao-de-doencas-e-agrivos>. Acesso em: 05 maio 2016.

CURITIBA. Secretaria do Governo Municipal. Direito de Viver e Ser Mulher. **Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres.** Curitiba, 2017. Disponível em: <www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/enfrentamento-da-violencia/2477>. Acesso em: 12 fev. 2017.

DINIS, N.F. Educação, relações de gênero e sexualidade. **Educ. Soc.**, Campinas, v.29, n. 103, p. 477-492, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v29n103/09.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

DUARTE, M.C; et al. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.68, n.2, p. 325-332, abr. 2015. Disponível em: <scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0325.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

EGRY, E. Y. **Saúde Coletiva**: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

_____. Necessidades em Saúde como Objeto da TIPESC. In: GARCIA, T.R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. da. Acerca da qualidade nas pesquisas qualitativas em Enfermagem. In: SOUZA, F.N.; SOUZA, D.N.; COSTA, A.P. (Org.). **Investigação qualitativa: inovação, dilemas e desafios**. Aracaju: EDUNIT, 2015. p. 75-102.

EGRY, E.Y.; FONSECA, R.M.G.S. da; OLIVEIRA, M.A.de C. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.66, n.(esp), p.119-33, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea16.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO (EBC). **Número de homicídios de pessoas LGBT pode ser recorde em 2016**. 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-12/numero-de-homicidios-de-pessoas-lgbt-pode-ser-recorde-em-2016>>. Acesso em: 01 mar. 2017.

FERNANDEZ, R.L.; RONDÁN, S.M. Violencia de género em las universidades: investigaciones y medidas para prevenir la. **Trabajo Social Global**, Granada /ES, v. 1, n.2, p.202-219, 2010. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5304680.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

FERRAZ, M. I. R.; et.al. O Cuidado de Enfermagem a Vítimas de Violência Doméstica. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.14, n.4,p.755-9, Out./Dez. 2009. Disponível em: <revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/16395/10874>. Acesso em: 10 out. 2015.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v.9, n.1, p. 70-82, 2010. Disponível em: <psico/index.php/revista/article/download/166/215>. Acesso em: 30 ago. 2015.

FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (Org.) **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e Diagnóstico de Mulheres em Situação de Violência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

FREITAS, W.M.F.; OLIVEIRA, M.H.B.; SILVA, A. T. M. C. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in) visíveis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 457-466, jul/set 2013. Disponível em: <scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a09v37n98.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2015.

GOBIERNO DE ESPAÑA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. UNIDAD DE PSICOLOGÍA PREVENTIVA. **La juventud universitaria ante la igualdad y la violencia de género**. Madrid/ ES: Univerdidad Complutense de Madrid: 2012. Disponível em: <http://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Igualdad/Documentos/Juventud_Universitaria_ante_igualdad_y_violencia_de_genero_%202012.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Homofobia também mata no Brasil. **Revista Radis**, n.166, jul. 2016. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_166_web.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2016.

GARCIA, M.R.V.; MENDONÇA, V.M. de; LEITE, K.C. Discriminação e Violência Homofóbica Segundo os Participantes da 6ª Parada do Orgulho LGBT de Sorocaba-SP: subsídios para (re) pensar as práticas educativas. **Cad. Pes.**, São Luís, v. 22, n. 3, set./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/4189>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

GOMES, R. **Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GRUPO CULTURAL AFRO REGGAE (AFRO REGGAE). DICIONÁRIO DE GÊNEROS. **Novos Verbetes**. 2016. Disponível em: <<http://dicionariodegeneros.com.br/>>. Acesso em: 5 mar. 2017.

GUEDES, R.N; FONSECA, R.M.G.S.; EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, 304-311, 2013. Disponível em: <scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.

GUIMARÃES, M.C.; PEDROZA, R.L.S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 27, n.2, 256-266. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000200256&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 mar. 2016.

INSTITUTO AVON (AVON). Instituto Patrícia Galvão. Pesquisa Instituto Avon / Data Popular. **Violência contra a mulher no ambiente universitário**. São Paulo: 2015. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2015/12/Pesquisa-Instituto-Avon_V9_FINAL_Bx.pdf>. Acesso em 10 jan. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. **Nota Técnica**. Atlas da Violência 2016. Brasília: 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27406>. Acesso em: 05 jan. 2017.

JACOBS, A. Brazil Is Confronting an Epidemic of Anti-Gay Violence. **The New York Times**, New York, July 5, 2016. Americas. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2016/07/06/world/americas/brazil-anti-gay-violence.html?_r=1>. Acesso em: 7 abr. 2017.

KOHLER, S.M.F. Homofobia, cultura e violências: a desinformação social. **Interacções**, Lisboa / PT, v. 26, n. esp., p. 129-151, 2013. Disponível em: <<http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/viewFile/3361/2688>>. Acesso em: 02 mar. 2017.

KULICK, D. **Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.369-79, mar./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

LIRA, C.E.P.R.; SILVA, P.P.A.C. da ; TRINDADE, R.F.C.da. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.14,n.4, p.928-36. out./dez. 2012 Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a22.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

LOURO, G.L. Gênero: questões para a educação. In: BRUSSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. G. (Orgs.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. 34 ed. São Paulo: FCC, 2002. p. 225-242.

MARTINS, A.P.V; GUEVARA, M.L.A. **POLÍTICAS DE GÊNERO NA AMÉRICA LATINA: Aproximações, Diálogos e Desafios**. Jundiaí: Paço Editorial, 2015.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MONTEIRO, P.V. et.al. Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v.20, e957, p.1-5, 2016. Disponível em: <www.reme.org.br/exportar-pdf/1091/e957.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2017.

NASCIMENTO, M.; SEGUNDO, M.; BARKER, G. **Homens, Masculinidades e Políticas Públicas: aportes para equidade de gênero**. [online]. PROMUNDO, 2009. Disponível em: <promundo.org.br/recursos/homens-masculinidades-e-politicas-publicas-aportes-para-a-equidade-de-genero/>. Acesso em: 30 set. 2015.

OLIVEIRA, C. de; FERREIRA, D. de. Universidade Positivo. “Enfrentar a violência de gênero exige mudança cultural”, afirma especialista. **Revista Entrelinha: Unidos Para Viver Sem Violência.**, Curitiba, n.1, ed. especial, 2015.

OLIVEIRA, G.C.C. de; PAES, M.S.L. VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER: a vivência deste fenômeno. **Revista Enfermagem Integrada.** Ipatinga, v. 7, n. 1, p. 1231- 1246, jul./ago. 2014. Disponível em: <unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v7/05-violencia-de-genero-contra-a-mulher-a-vivencia-deste-fenomeno.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

OLIVEIRA, J.R.de et al. Concepções e Práticas de Acolhimento Apresentada pela Enfermagem no Contexto da Atenção Primária. **Rev. enferm UFPR on line**, Recife, v. 9, Supl. 10, p.1545-55, dez. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10869/12104>>. Acesso em: 01 abr. 2016.

OLIVEIRA, R.N.G. de; FONSECA, R.M.G.S. da. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.48, n.2, p. 32-39, 2014. Disponível em:<scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00031.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). ONU Mulheres. **Carta pelo Fim do Trote Violento contra Gênero e Raça**, 2015. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-mulheres-e-universidades-lancam-parceria-pelo-fim-do-trote-violento-contra-genero-e-raca/>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

_____. Nações Unidas do Brasil. **Taxa de feminicídios no Brasil é quinta maior do mundo; diretrizes nacionais buscam solução.** 2016. Disponível em <https://nacoesunidas.org/onu-feminicidio-brasil-quinto-maior-mundo-diretrizes-nacionais-buscam-solucao/>. Acesso em: 06 fev 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES (OAS). Inter-american Juridical Committee. **Note from the chair of the inter-american juridical committee to the chair of the permanent council transmitting the preliminary report on “sexual orientation, gender identity, and gender expression”**. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <http://www.oas.org/en/sla/iajc/docs/ijc_current_agenda_Sexual_orientation.pdf > Acesso em 15 jan. 2017.

ORSO, P. J. Violência e Ensino Superior. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; NASCIMENTO, M. I. (Org.) **20 ANOS DE HISTEDBR: Navegando pela História da Educação Brasileira**. Campinas-SP: Editora FE Unicamp, 2006, v. 1, p. 1-14.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná**. Curitiba: SESA/SVS, 2014a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos humanos. Conselho Estadual dos Direitos da Mulher. **Plano Estadual de Políticas para Mulheres do Estado do Paraná**. Curitiba: Secretaria do Estado da Justiça, 2014b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual**. Curitiba: SESA, 2015.

PASSOS, A.C. dos. **O que os olhos não veem o coração sente: um estudo sobre violência psicológica contra a mulher**. 2006. 204f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < www.maxwell.vrac.puc-rio.br/9541/9541_1.PDF>. Acesso em: 10 fev. 2017.

PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero**. Yogyakarta: 2006. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

REPULLO, C.M. **VOCES TRAS LOS DATOS**: Una mirada cualitativa a la violencia de género en adolescents. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 2016. Disponível em: <www.juntadeandalucia.es/iam/catalogo/doc/iam/2016/143535461.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2017.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.25, Sup 2, p.205-216, 2009. Disponível em: <www.ufrgs.br/rotascriticas/artigos/Viol%C3%Aancia%20e%20sa%C3%BAde%20contribui%C3%A7%C3%B5es%20te%C3%B3ricas.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2016.

SCOTT, J. W. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Tradução de: DABAT, C.R. ÁVILA, M.B. New York: Columbia University Press, 1989. Título original: Gender: a useful category of historical analyses.

SIGNORELLI, M. C. **Violência de Gênero**: um desafio para a educação. In: SIERRA, J. C.; SIGNORELLI, M. C. Diversidade e educação: intersecções entre corpo, gênero e sexualidade, raça e etnia. Matinhos: UFPR Litoral, 2014. p. 49-65.

SILVA, E.B. da; PADOIN, S.M. de M.; VIANNA, L.A.C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.26, n.6, p.608-13, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600016>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SOUZA, S.J.P. **A realidade objetiva das doenças e agravos não transmissíveis em trabalhadores de enfermagem**: um estudo de caso. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

SOUZA, D.N. de; SOUZA, F.N. de; COSTA, A.P. Percepção dos utilizadores sobre o software de análise qualitativa webQDA. **Comun. & Inf.**, Goiânia, v.17, n.2, p. 104-118, jul./dez. 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/ci/article/view/33270>>. Acesso em: 12 out. 2016.

STEVENS, C.; et al. (Org.). **Mulheres e Violências: interseccionalidades**. Brasília: TECHNOPOLITIK, 2017.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). **Ending the torment: tackling bullying from the schoolyard to cyberspace**. New York: UNESCO, 2016. Disponível em: <<http://srsg.violenceagainstchildren.org/sites/default/files/2016/End%20bullying/bullyingreport.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Pró-Reitoria de Gestão de Pessoal. Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde do Servidor. **Centro de Atenção à Saúde**. Curitiba: UFPR, 2012. Folder.

_____. Pró-Reitoria de Planejamento, Orçamento e Finanças. **Relatório de atividades 2015**. Curitiba: UFPR, 2016. Disponível em: <http://www.proplan.ufpr.br/portal/rel_atv/relatorio_de_atividades_2015.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Centro de Ciências da Saúde. Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos - Modalidade a Distância. **Violência e perspectiva relacional de gênero** [recurso eletrônico]. NJAINE, K. (Org.). Florianópolis: UFSC, 2014a. Disponível em: <violenciaesaude.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/02/Genero.pdf>. Acesso em: 03 set. 2015.

_____. Centro de Ciências da Saúde. Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos - Modalidade a Distância. **Políticas públicas no enfrentamento da violência** [recurso eletrônico]; COELHO, E.B. S. (Org.). Florianópolis: UFSC, 2014b. Disponível em: <violenciaesaude.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/02/Políticas-Publicas.pdf>. Acesso em: 01 set. 2015.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Tradução de: CANÇADO, M.A. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. Título original: Como hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios e sistemas de salud?

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, [online] v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/19/6/349.full.pdf>>. Acesso: 01 mar. 2016.

TRANSGENDER EUROPE TRANSMURDER MONITORING (TMM). Transrespect versus Transphobia Worldwide. **TMM IDAHOT 2016 Update**. Disponível em: <<http://transrespect.org/en/trans-murder-monitoring/tmm-resources/>> Acesso em: 15 fev. 2017.

VILELA, L.F. (Coord.). **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2. ed. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008. 68 páginas. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2017.

WASELFSZ, J.J. **Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2015_mulheres.php>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WANZINACK, C.; SIGNORELLI, M. C. (Org.). **Violência, gênero & diversidade: desafios para a educação e o desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2015.

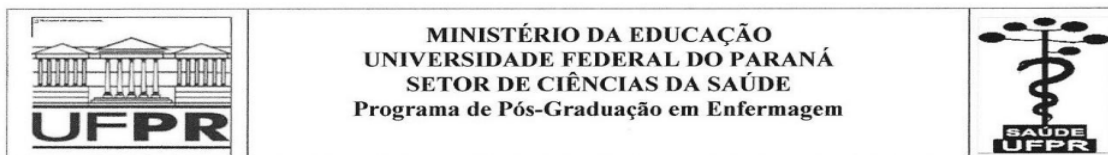
webQDA®. **Manual de Utilização Rápida**. Aveiro / PT: Universidade de Aveiro / MICRO I/O. 2016. Disponível em: <[2016https://app.webqda.net/Fontes/Manual_de_Utilizacao_webQDA.pdf](https://app.webqda.net/Fontes/Manual_de_Utilizacao_webQDA.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2016.

_____. **Software webQDA®** (online). Aveiro / PT: Universidade de Aveiro / MICRO I/O. 2017. Disponível em: <app.webqda.net>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Data global status report on violence prevention 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <undp.org/content/dam/undp/library/corporate/Reports/UNDP-GVA-violence-2014.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2016.

ZUMA, C.E. et al. A violência de Gênero na vida adulta. In: NJAINE, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. (Org). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 149-181.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SERVIDOR



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Liliana Müller Larocca e Viviam Mara Pereira de Souza, orientadora e pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, servidor da saúde, lotado nos Centros de Atenção à Saúde da Universidade Federal do Paraná em Curitiba, a participar de um estudo intitulado “Violência de Gênero: Proposta de Acolhimento em um Centro Universitário de Atendimento à Saúde”.

- a) O objetivo desta pesquisa é desenvolver uma proposta de acolhimento nos Centros de Atenção à Saúde da Universidade Federal do Paraná a vítimas de violência de gênero, dentro da comunidade universitária.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas, onde serão abordadas questões referentes à sua prática profissional. Esta entrevista será gravada mediante sua autorização e ao final dela você poderá conferir as informações contidas no instrumento de coleta de dados e atestar a veracidade das informações.
- c) A entrevista será realizada no seu local de trabalho, em sala reservada, durante o seu turno e levará aproximadamente 30 minutos.
- d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o sentimento de constrangimento e cansaço. É possível que você experimente algum desconforto e não desejamos que isto aconteça, portanto você não terá que responder a qualquer pergunta ou parte dela, caso ache que a pergunta é muito pessoal ou incomoda. A entrevista pode ser interrompida a qualquer tempo caso você apresente sinais de cansaço ou manifeste desejo em parar.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE Orientador

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |
 CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
 cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

- e) O benefício esperado com essa pesquisa será a possibilidade de inserir um protocolo de atendimento nos Centros de Atenção à Saúde que vise o acolhimento. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- f) A pesquisadora Viviam Mara Pereira de Souza, responsável por este estudo poderá ser localizada no Centro de Atenção à Saúde 04, Campus Agrárias – rua dos Funcionários, nº 1540, Cabral , telefone 3350-5776 e 9536-7877, as segundas, quintas e sextas, das 09:00 às 15:00h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas e pela orientadora desta pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**
- i) O material obtido com a entrevista bem como a gravação de voz – será utilizado unicamente para a construção desta pesquisa, tão logo a esta acabe, o arquivo de computador onde os dados forem armazenados e as gravação de áudio obtidas durante as entrevistas serão apagados e os instrumentos de coleta de dados queimados.
- j) Não haverá despesas de sua parte em razão da pesquisa e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE Orientador

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Autorizo a gravação da entrevista

() sim () não

Curitiba, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante de Pesquisa

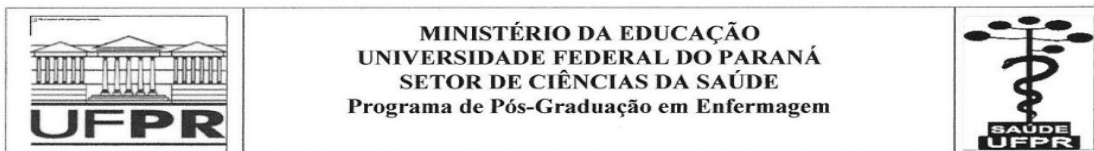
Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE Orientador

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |
 CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
 cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Lilians Müller Larocca e Viviam Mara Pereira de Souza, orientadora e pesquisadora da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, usuário do Centro de Atenção à Saúde da Universidade Federal do Paraná, a participar de um estudo intitulado “Violência de Gênero: Proposta de Acolhimento em um Centro Universitário de Atendimento à Saúde”.

- a) O objetivo desta pesquisa é desenvolver uma proposta de acolhimento nos Centros de Atenção a Saúde da Universidade Federal do Paraná em Curitiba, a vítimas de violência de gênero dentro da comunidade universitária.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas como suas iniciais, idade, sexo, vínculo com a instituição, bem como, questões referentes ao seu conhecimento acerca do tema. Esta entrevista será gravada mediante sua autorização e ao final dela você poderá conferir as informações contidas no instrumento de coleta de dados e atestar a veracidade das informações.
- c) Para tanto você será convidado a participar de uma entrevista a ser realizada dentro do setor, em sala reservada, o que levará aproximadamente 30 minutos.
- d) Os riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento e cansaço. É possível que você experimente algum desconforto, e não desejamos que isto aconteça, portanto você não terá que responder a qualquer pergunta ou parte dela, caso não deseje participar ou ache que a pergunta é muito pessoal ou sentir incômodo em falar. A entrevista

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE Orientador

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |
 CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
 cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

pode ser interrompida a qualquer tempo caso você apresente sinais de cansaço ou manifeste desejo em parar.

- e) O benefício esperado com essa pesquisa será a possibilidade de inserir um protocolo de atendimento nos Centros de Atenção à Saúde que vise o acolhimento. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- f) A pesquisadora Viviam Mara Pereira de Souza, responsável por este estudo poderá ser localizada no Centro de Atenção à Saúde 04, Campus Agrarias – rua dos Funcionários, nº 1540, Cabral, telefone 3350-5776 e 9536-7877, as segundas, quintas e sextas, das 09:00 às 15:00h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas e orientadora da pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.
- i) O material obtido com a entrevista bem como a gravação de voz – será utilizado unicamente para a construção desta pesquisa, tão logo esta acabe o arquivo de computador onde os dados forem armazenados e as gravações de áudio obtidas durante as entrevistas serão apagados e os instrumentos de coleta de dados queimados.
- j) Não haverá despesas de sua parte em razão da pesquisa e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE Orientador

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

- I) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Autorizo a gravação da entrevista.

() sim () não

Curitiba, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura da Orientadora

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE Orientador

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SERVIDORES

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO SERVIDOR

1. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO:

- a) Iniciais:
- b) Idade:
- c) Sexo biológico: () masculino () feminino

Observação:

- d) Tempo de Instituição:
- e) Escolaridade:
- f) Qual a sua formação:
- g) Tempo de formação:
- h) Possui especialização: () sim () não

Qual:

2. PERCEPÇÃO DO SERVIDOR DOS CENTROS DE ATENÇÃO À SAÚDE, ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO:

2.1 O que você entende por violência de gênero?

2.2 Você já recebeu algum tipo de orientação acerca do tema?

() Sim () Não

2.2.1 Se a resposta for positiva, onde e como foi esta orientação?

2.3 Você já vivenciou/presenciou alguma violência dentro da universidade que reconheceu como sendo violência de gênero?

() Sim () Não

2.3.1 Se a resposta for positiva, relate brevemente o ocorrido:

2.4 Você sente ou percebe alguma dificuldade em atender este tipo de violência?

() Sim () Não

2.4.1 Se a resposta for positiva, qual?

2.5 Você conhece o “Conte Conosco” um espaço virtual de acolhimento a pessoas submetidas a qualquer tipo de violência, disponibilizada pela universidade para a comunidade acadêmica?

Sim Não

2.6 Você conhece a rede de atendimento a pessoas submetidas à violência sexual na cidade de Curitiba?

Sim Não

2.7 Você já precisou orientar/ encaminhar algum usuário submetido à violência de gênero?

Sim Não

2.7.1 Qual foi a conduta tomada?

2.8 Em algum momento em sua vida profissional já preencheu a Ficha de Notificação de Violência?

sim não

2.8.1 Se a resposta foi positiva, onde e por qual tipo de violência?

2.8.2 Se a resposta for negativa, por quê?

2.9 Como você acha que deveria ser o acolhimento a pessoas submetidas à violência de gênero dentro dos Centros de Atenção à Saúde Universitários?

APÊNDICE 4 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA USUÁRIOS

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DO USUÁRIO

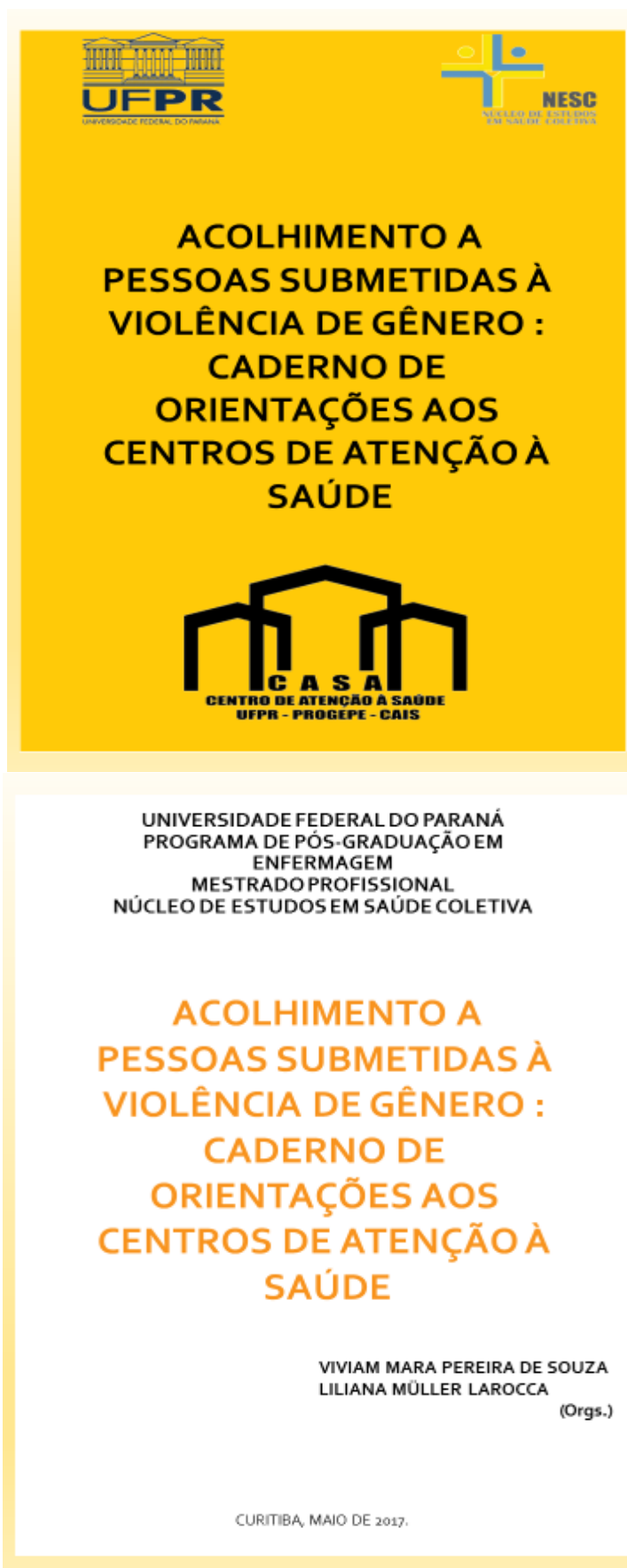
1. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO:

- a) Iniciais:
- b) Idade:
- c) Sexo Biológico: Masculino () Feminino ()
Observações:
- d) Vínculo com a Instituição: Servidor () Discente () Dependente ()
- e) Escolaridade:
- Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo ()
- Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo ()
- Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo ()
- Área de formação:
- Pós-Graduação: () Sim () Não

2. PERCEPÇÃO DO USUÁRIO DO CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO:

- 2.1** O que você entende por violência de gênero?
- 2.2** Você já recebeu algum tipo de orientação acerca do tema?
() Sim () Não
- 2.2.1** Se a resposta foi positiva, descreva brevemente onde e como foi esta orientação?
- 2.3** Você já vivenciou/presenciou alguma violência dentro da universidade que reconheceu como sendo de gênero?
() Sim () Não
- 2.3.1** Se a resposta for positiva, relate brevemente o ocorrido:
- 2.4** Você conhece o “Conte Conosco” um espaço virtual de acolhimento a pessoas submetidas a qualquer tipo de violência, disponibilizada pela universidade para a comunidade acadêmica?
() Sim () Não
- 2.5** Você conhece a rede de atendimento a pessoas submetidas à violência sexual na cidade de Curitiba?
() Sim () Não
- 2.6** Como você acha que deveria ser o acolhimento a pessoas submetidas à violência de gênero dentro dos Centros de Atenção à Saúde Universitários?

APÊNDICE 5 – CADERNO DE ORIENTAÇÕES



ORGANIZADORAS**Viviam Mara Pereira de Souza**

Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional – da Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-Pesq.). Servidora Técnico Administrativo da Universidade Federal do Paraná.

Liliana Müller Larocca

Enfermeira, Doutora em Educação pela Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-Pesq.). Professora Sênior do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Professora Orientadora.

COLABORADORAS**Daiane Siqueira de Luccas**

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-Pesq.).

Maria Cristina Dias de Lima

Assistente Social, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná. Membro do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-Pesq.). Servidora Técnico Administrativo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Marlise Lima Brandão

Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-Pesq.).

Melissa dos Reis Pinto Mafrá Fiaila

Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-Pesq.).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	15
Legislação Vigente	16
Saiba mais	18
A Rede em Curitiba	19
CREAS em Curitiba	22
Encaminhe para	24
VIOLÊNCIA CONTRA LGBT	27
Saiba mais	30
Encaminhe para	32
ACOLHIMENTO	33
Dicas para um bom acolhimento	34
LEMBRE-SE DE NOTIFICAR SEMPRE	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXO 1 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AS PESSOAS SUBMETIDAS À VIOLÊNCIA SEXUAL	43

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, sendo os direitos humanos universais, interdependentes, indivisíveis e inter-relacionados. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

No Brasil, o direito à saúde é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988, em seu artigo 196. (BRASIL, 1988).

Sendo assim, nenhum indivíduo pode ser discriminado por conta de sua raça, etnia, crença, geração, gênero e/ou orientação sexual.

5

Com o intuito de fornecer esclarecimentos e orientações importantes para os profissionais da saúde atuantes nos Centros de Atenção à Saúde Universitários, no que se refere à violência de gênero, este caderno de orientações está dividido em quatro tópicos, a saber: introdução, violência contra as mulheres, violência contra LGBT¹, acolhimento.

Serão destacados os pontos mais relevantes acerca da legislação, rede de atenção e apoio, assim como dicas para um bom acolhimento pela equipe de saúde multiprofissional, além do fluxograma para atendimento a vítima de violência sexual ([ANEXO 1](#)).

¹ LGBT é a sigla utilizada para abranger Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros. (BRASIL, 2013). Esta definição encontra-se nos documentos oficiais, embora não seja consenso para alguns membros dos movimentos ligados ao próprio grupo LGBT e alguns estudiosos da temática; os quais vêm utilizando as siglas LGBTTT e LGBTI (Lésbicas, Gays, Travestis e Intergênero – para uma maior abrangência da definição aos pertencentes deste grupo. Como padronização foi adotada neste caderno a sigla LGBT.

6

INTRODUÇÃO

A violência tem feito parte da trajetória da humanidade, atinge a sociedade como um todo, com alcance a todas as pessoas que dela fazem parte, suas manifestações são de forma e graus variados. (MINAYO, 2006).

Considerada uma violação dos direitos humanos, é reconhecida como um fenômeno a ser combatido por todos os setores da sociedade, devido a magnitude de seus reflexos e as consequências que causa. (MINAYO, 2006; SIGNORELLI, 2014).

Esta magnitude se reflete na sociedade com um grande impacto na morbimortalidade, na perda da qualidade de vida das pessoas submetidas à violência, causando desestruturação familiar e pessoal, gerando aumento dos custos com saúde, previdência, absenteísmo e outros. (BRASIL, 2015a).

7

A Organização Mundial da Saúde (OMS), fornece um modelo conceitual que facilita o entendimento das formas, naturezas e grupos vulneráveis às violências.

FIGURA 1 – TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA



FONTE: Adaptado de ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002).

8

Percebe-se que a violência tem muitas facetas, tornando necessário o entendimento dessa multiplicidade para que haja um enfrentamento eficaz.

No Brasil, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos. Segundo dados do Ministério da Saúde, foram registradas 1.874.508 mortes ocasionadas por causas externas no período de 2000 a 2013. (BRASIL, 2015a).

Acontece que alguns tipos de violência afetam alguns grupos em detrimento a outros, sendo estes considerados vulneráveis² em função das desigualdades histórico sociais construídas, definidas pela sociedade.

² O termo vulnerabilidade, na pesquisa em saúde é comumente empregado para designar suscetibilidade das pessoas a agravos a saúde. (NICHIIATA et al., 2008).

Dentro dessa multiplicidade temos a violência de gênero, um tipo de violência caracterizado pela opressão e dominação das relações de poder baseadas em gênero, que permeia todas as instâncias da sociedade. Este tipo de violência pode se manifestar através de: violência física, sexual, moral, psicológica, patrimonial, institucional. (MINAYO, 2006).

Inserida neste contexto encontramos as universidades, sendo que, como espaços de educação, disseminadores de conhecimento e multiplicadores de opinião, têm de estar preparados para o enfrentamento a todas as formas de discriminação e violências.

Há algum tempo, a violência de gênero vem preocupando os gestores de universidades no mundo. Em alguns países como Estados Unidos, Canadá e Espanha já existem diversos estudos em relação à temática. (FERNANDEZ; RONDAN, 2010).

Segundo estudos, a violência de gênero está presente nas instituições de ensino, e cabe aos gestores manter em seus quadros servidores capacitados para enfrentar a problemática. (DINIS, 2008; FERNANDEZ; RONDAN, 2010; REPULLO, 2016).

Uma vez que, os serviços de saúde são a opção de procura para pessoas que sofreram algum tipo de violência, que por vezes, apresenta-se de forma maquiada e não declarada, esta precisa ser entendida pela equipe de saúde para que haja um atendimento mais resolutivo. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2014; DUARTE et al., 2015).

21

Ao abordarmos a vulnerabilidade de homens e mulheres em função do gênero, para isso é imprescindível primeiramente reconhecer e diferenciar certos conceitos como:

- Orientação sexual - termo utilizado para referir-se à atração física e emocional por pessoas do mesmo sexo, do sexo oposto ou de ambos os sexos. (OAS, 2013).
- Identidade de gênero - termo utilizado para descrever o sentimento de pessoas transgênero, que se identificam com o gênero oposto, onde uma pessoa pode sentir subjetivamente uma identidade de gênero distinta de suas características sexuais e fisiológicas. (OAS, 2013).
- Expressão de gênero - termo utilizado para designar manifestação externa de traços culturais que permitem identificar uma pessoa como masculina ou feminina, conforme os padrões ditados pela sociedade. (OAS, 2013).

22

Faz-se necessário também conhecer os seguintes termos...

FIGURA 2 – IDENTIDADES E EXPRESSÕES DE GÊNERO.



FONTE: Adaptado de GRUPO CULTURAL AFRO REGGAE, (2016).

33

Os grupos vulneráveis a violência de gênero, dentro do contexto universitário são as mulheres e pessoas que fogem ao padrão heteronormativo, tais como o grupo LGBT.

Para tanto abordaremos neste caderno orientações voltadas a estes grupos, porém ressalta-se que a violência de gênero pode atingir tanto homens quanto mulheres, bem como indivíduos em todas as fases da vida.

Nas próximas páginas serão destacados os principais grupos vulneráveis no tocante a violência de gênero, na Universidade Federal do Paraná (UFPR).

34

VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A violência contra as mulheres acontece em todos os lugares. Pela ação de pessoas conhecidas ou desconhecidas das vítimas e envolvendo além das cicatrizes físicas, danos emocionais, morais, materiais e transtornos psicológicos. (MINAYO, 2006; WASELFISZ, 2015).

Segundo dados do mapa da violência de 2015, o Brasil é o quinto país do mundo em assassinatos de mulheres. O Paraná ocupa a 19ª posição entre os estados brasileiros, enquanto que Curitiba está na 18ª posição entre as capitais do país. (WASELFISZ, 2015).

15

Legislação Vigente

- Constituição da República Federativa do Brasil - Art.226 § 8º "O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações" (BRASIL, 1988).
- Convenção de Belém do Pará - (Decreto nº 1.973/1996) - "Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994" (BRASIL, 1996).
- Lei Maria da Penha - (Lei nº 11.340/2006) - "Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher" (BRASIL, 2006).

16

Legislação Vigente

- Programa "Mulher, Viver sem Violência" - (Decreto nº 8.086 /2013) - tem o objetivo de integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira (BRASIL, 2013b).
- Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104/2015) - Prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do homicídio e o inclui no rol dos crimes hediondos (...). Art.1º "contra a mulher por razões da condição de sexo feminino" (BRASIL, 2015b).

17

Saiba mais...

- **A violência doméstica e familiar não diz respeito apenas àquela praticada por marido, ex-marido, companheiro ou ex companheiro.** A Lei Maria da Penha aplica-se também às agressões contra as mulheres, independente de quem a praticou. (CURITIBA, 2017)
- **Qualquer pessoa pode denunciar a violência contra as mulheres.** No caso dos crimes de lesão corporal (violência física), qualquer pessoa pode registrar o boletim de ocorrência, mas em caso de crime de ameaça, somente a pessoa ameaçada o poderá fazer. (CURITIBA, 2017)
- **A mulher pode procurar outros atendimentos na rede de serviços.** O ideal é que procure em primeiro lugar um serviço de ACOLHIMENTO, antes mesmo da delegacia da mulher para registro da ocorrência policial. (CURITIBA, 2017)

18

A rede em Curitiba

Patrulha Maria da Penha

Equipes especializadas da Guarda Municipal, com a coordenação da Secretaria da Mulher e do Tribunal de Justiça, que acompanham de perto os casos das mulheres que possuem medidas protetivas de urgência, e que quando acionadas, agem de imediato para preservar a vida e a integridade dessas mulheres, podendo, inclusive, efetuar a prisão em flagrante dos agressores.

Casa da Mulher ³

Concentra em um só lugar, serviços da Delegacia da Mulher, psicologia e assistência Social, núcleos especializados da Defensoria Pública, do Juizado da Violência Doméstica e Familiar e do Ministério Público, Patrulha Maria da Penha, central de transporte, alojamento de passagem e brinquedoteca.

³Foi inaugurada, em Curitiba, em 15 de junho de 2016 a Casa da Mulher Brasileira. A ideia do espaço, é garantir o acolhimento e atendimento integrado às mulheres vítimas de violência. (CURITIBA, 2017).

Casa de Maria

Casa abrigo que acolhe mulheres em situação de violência e filhos menores de 14 anos, quando a convivência com o(a) agressor(a) representar perigo para a família, a localização da casa é mantido em sigilo por motivo de segurança.

Assessoria jurídica popular

No âmbito da Lei Maria da Penha, neste serviço gratuito as mulheres em situação de violência podem contar com orientação e acompanhamento de professores e estudantes de Direito da UFPR. O encaminhamento é feito por meio dos CREAS de Curitiba e pela Secretaria da Mulher, através de agendamento.

Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMS)

Realizam ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal. Local onde é possível registrar boletim de ocorrência e solicitar medidas protetivas contra o agressor nos casos de violência doméstica.

Serviços de Saúde Especializados para o Atendimento dos Casos de Violência Contra a Mulher
Possuem equipes multidisciplinares de atendimento onde mulheres em situação de violência sexual são orientadas e encaminhadas para exames, e no caso de gravidez resultante de estupro, devem ser orientadas e encaminhadas para a possibilidade de abortamento legal se assim desejarem ([VER PÁG. 34](#)).

Secretaria da Mulher no Paraná
É a orientadora da mulher na garantia dos seus direitos. Desenvolve programas, parcerias, palestras e campanhas para efetivar a Lei Maria da Penha.

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)
Oferece apoio e orientação especializados a pessoas que são submetidas a violência física, psíquica e sexual, negligência, abandono, ameaça, maus tratos e discriminações ([VER PÁG. 22](#))

22

CREAS em Curitiba

- REGIONAL BAIRRO NOVO - (41) 3298-6361
Rua Tijucas do Sul, 1700 – Sítio Cercado
- REGIONAL BOA VISTA - (41) 3257-1701
Avenida Monteiro Tourinho, 763 - Tingui
- REGIONAL BOQUEIRÃO - (41) 3376-0281
Rua Frederico Maurer, 3782 – Boqueirão
- REGIONAL CAJURU – (41) 3366-6014 / 3267-8982
Rua Clávio Molinari, 1523 – Capão Imbuia
- REGIONAL CIC - (41) 3327-5723 / 3327-5837
Rua Padre Gaston, 555 – Cidade Industrial de Curitiba
- REGIONAL MATRIZ - (41) 3262-6812 / 3362-1239
Rua Francisco Torres, 500 – Centro
- REGIONAL PINHEIRINHO - (41) 3347-3541
Rua Manoel Linhares de Lacerda, 432 – Capão Raso
- REGIONAL PORTÃO - (41) 3350-3981 / 3350-3982
Rua Carlos Klemtz, 1700 – Sala 40 – Rua da Cidadania Portão - Fazendinha
- REGIONAL SANTA FELICIDADE - (41) 3372-1811
Rua Via Vêneto, 2274 – Santa Felicidade

22



Em caso de Violência Contra a Mulher

Ligue 180
Polícia Militar - 190
Polícia Civil - 197
Patrulha Maria da Penha - 153

23

Encaminhe para:

- **Delegacia especializada de atendimento à mulher**
End.: Rua Padre Antônio, 33 (Próximo ao Colégio Estadual do Paraná) – Alto da Glória.
Fone: (41) 3219-8600
- **Juizado da violência doméstica e familiar contra a mulher**
End.: Av. João Gualberto, 1073 – Alto da Glória.
Fone: (41) 3210-7034
- **Defensoria pública do Paraná**
End.: Rua Cruz Machado, 58 – Centro.
Fone: (41) 3219-7338
- **Núcleo de apoio às vítimas de estupro (Ministério Público)**
End.: Rua Tibagi, 779 - 8º andar – Centro.
Fone: (41) 3250-4022

24

• **Núcleo de promoção da igualdade de gênero
(Ministério Público)**

End.: Rua Marechal Deodoro, 1028 – 9º andar – Centro.

Fone: (41) 3250-4897

• **Casa da mulher brasileira em Curitiba**

End.: Av. Paraná, 870 - Cabral.

Fone: (41) 3352-5761

• **Centro de referência de atendimento à mulher em
situação de violência**

End.: Rua do Rosário, 144 - 8º andar – Centro.

Fone: (41) 3338-1832

• **Instituto Médico Legal (IML)**

End.: Av. Visconde de Guarapuava, 2652 – Centro.

Fone: (41) 3321-8100

• **Hospital do Trabalhador**

End.: Av. República Argentina, 4406 – Novo Mundo.

Fone: (41) 3212-5700

25

• **Hospital de Clínicas**

(pronto atendimento da maternidade – vítimas acima de 12 anos)

End.: Rua General Carneiro, 181 – Alto da Glória.

Fone: (41) 3360-1800

• **Hospital Pequeno Príncipe**

(vítimas de até 12 anos)

End.: Rua Desembargador Motta, 1070– Água Verde.

Fone: (41) 3310-1010

• **Hospital Evangélico de Curitiba**

(vítimas acima de 12 anos)

End.: Al. Augusto Stelfeld, 1908 - 7º andar– Bigorriho.

Fone: (41) 3240-5000

26

VIOLÊNCIA CONTRA LGBT

Além das mulheres, outra população que pode ser considerada vulnerável, é a LGBT. (UFSC, 2014).

Vários movimentos ligados ao grupo LGBT buscam a tempo lutar contra a discriminação e a homofobia⁴.

A falta de respeito aos direitos relacionados à orientação sexual e identidade de gênero presumidas, é comum em nossa sociedade e tem resultado em diversas formas de abusos e discriminações. (BRASIL, 2013a).

⁴ A homofobia pode ser definida como o medo, a aversão, ou o ódio irracional aos homossexuais, e, por extensão, a todos os que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heteronormativos. (BRASIL, 2013).

O Brasil configura o quarto lugar no mundo em homicídios em função da identidade de gênero e orientação sexual, com 422 homicídios no período de janeiro de 2008 a abril de 2016. (TRANSGENDER EUROPE TRANSMURDER MONITORING, 2016).

Apesar da maior visibilidade da violência física, o preconceito, a discriminação e a homofobia agem por meio da violência simbólica⁵.

A orientação sexual e a identidade de gênero são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação ou abuso. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

⁵ Violência Simbólica se refere a uma: [...] violência suave, insensível, invisível às suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento, ou, em última instância, do sentimento. (BOURDIEU, 2010, pg. 12)

No entanto as violações de direitos humanos que atingem pessoas por causa de sua orientação sexual ou identidade de gênero, constituem um padrão consolidado no mundo todo. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

Podemos citar como exemplo de violações: tortura, maus-tratos, violência sexual, detenção arbitrária, negação de direitos fundamentais e outros. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

Estas violações com frequência agravadas por outras formas de violência, ódio, discriminação e exclusão baseadas na raça, idade, religião, deficiência ou status econômico, social ou de outro tipo. (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

29

Saiba mais...

Programa Brasil Sem Homofobia

Objetivo de promover a cidadania e os direitos humanos LGBT, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação. (BRASIL, 2004).




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

Objetivo de promover a saúde integral LGBT eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades. (BRASIL, 2013a).



30



Em caso de Violência Contra grupos LGBT

Ligue 100
Polícia Militar - 190
Polícia Civil - 197

34

Encaminhe para:

• Grupo Dignidade

Centro de Referência LGBT João Antônio
Mascarenhas

Oferece serviço de orientação jurídica,
atendimento psicológico e de serviço social.

End.: Av. Marechal Floriano Peixoto, 366, conj. 43 –
Centro

Fone: (41) 3222-3999

Horários de atendimento: Seg. a Sex. das 13h às 18h

Dê um cheque para lá no preconceito!

Acesse

<http://www.grupodignidade.org.br/chegado preconceito/>

34

ACOLHIMENTO

O acolhimento é um componente fundamental no atendimento as pessoas submetidas a situações de violência, isto se deve por se tratar do primeiro contato entre a vítima e o profissional de saúde num cenário de desenvolvimento de vínculos, devendo para tanto ser estabelecida neste momento uma relação de confiança, o que facilitará a continuidade do cuidado. (BRASIL, 2013a).

O acolhimento a pessoa em situação de violência deve perpassar todos as instâncias e momentos do processo onde ocorre o desenvolvimento do cuidado, diferenciando-se da tradicional triagem. (PARANÁ, 2015).

33

Dicas para um bom acolhimento

- Buscar o estabelecimento de vínculo com a pessoa agredida;
- Ajudar a pessoa a buscar uma melhor forma de superar a situação;
- Dar liberdade a esta de fazer escolhas e elevar a sua autoestima;
- Manter ambiente adequado com sala reservada para o acolhimento;
- Respeitar a privacidade mantendo o sigilo do que lhe é confiado;
- Considerar a singularidade e o tempo de cada pessoa;
- Escutar com atenção, ouvir mais do que falar;
- Evitar relato de experiências pessoais e comparações;

34

- Demonstrar respeito e compreensão;
- Explicar o que será feito de forma clara, utilizando para tanto, palavras de fácil compreensão, respeitando o nível de instrução da pessoa;
- Ter empatia, ou seja, tratar a pessoa como gostaria de ser tratado se estivesse no lugar dela;
- Evitar pré-julgamentos e emissão de juízos de valor;
- Avaliar o histórico da ocorrência;
- Acionar a equipe multiprofissional e garantir o acompanhamento e o encaminhamento em rede dos casos sempre que necessário;
- Evitar repetições desnecessárias evitando a revitimização⁶;
- Realizar notificação sempre⁷.

6 Revitimização é a repetição de atos de violência pelo agressor ou a repetição da lembrança de atos de violência sofridos quando o relato do trauma necessita ser repetido para vários profissionais [...]. (VILELA (Coord.), 2009).

7 Utilizado como base o Manual para Atendimento às Vítimas da Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (VILELA (Coord.), 2009). 35

LEMBRE-SE DE NOTIFICAR SEMPRE

A ficha de notificação é um instrumento fundamental para o levantamento de dados epidemiológicos que orientam as discussões e ações de enfrentamento das violências. (BRASIL, 2015).

A não realização destas notificações dificulta a visibilidade do problema dentro da comunidade universitária.

Os servidores da saúde devem estar preparados e instrumentalizados para vislumbrar a melhoria do cuidado prestado, por meio de dados epidemiológicos atuando com políticas e ações de enfrentamento.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. 2ª edição. Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1º ago. 1996. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm
>. Acesso em: 12 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

37

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 185, 8 ago. 2006. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 12 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 ago. 2013b. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8086.htm>. Acesso em: 12 fev. 2017.

38

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/16/instrutivo-ficha-sinan-5-1--vers--o-final-15-01-2016.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

BRASIL. Lei nº 13.104/2015, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 10 da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial da União**, n.194, Brasília, 10 mar.2015b. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm>

CURITIBA. Secretaria do Governo Municipal. **Direito de Viver e Ser Mulher. Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres**. Curitiba, 2017 Disponível em: < www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/enfrentamento-da-violencia/2477>. Acesso em: 12 fev. 2017.

DUARTE, M.C; et al. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n.2, p. 325-332, abr. 2015. Disponível em: <scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0325.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

39

FERNANDEZ, R. L.; RONDÁN, S. M.. Violencia de género em las universidades: investigaciones y medidas para prevenir la. **Trabajo Social Global**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 202-219, 2010. Disponível em: < <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5304680.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2016.

GRUPO CULTURAL AFRO REGGAE (AFRO REGGAE). **Dicionário de gêneros: só quem sente pode definir. Novos verbetes**. (site). 2016. Disponível em < <http://dicionariodegeneros.com.br/#etimologia> >. Acesso em: 5 mar. 2017.

GRUPO DIGNIDADE. **Dê um chega pra lá no preconceito!** (site). Curitiba, 2017. Disponível em: <<http://www.grupodignidade.org.br>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

MINAYO, M.C. de S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. (Coleção Temas em Saúde)

NICHIATA, Y.I. et al. A Utilização do Conceito "Vulnerabilidade" pela Enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**. (online), v. 16, n.5, n.pág., set./out.2008. Disponível em: <scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20>. Acesso em:18 mai. 2016.

40

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES (OAS). Inter-american Juridical Committee. **Note from the chair of the inter-american juridical committee to the chair of the permanent council transmitting the preliminary report on "sexual orientation, gender identity, and gender expression"**. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <http://www.oas.org/en/sla/iajc/docs/ijc_current_agenda_Sexual_orientation.pdf> Acesso em 15 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial Sobre violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.

PARANÁ. Secretaria da Saúde do Paraná (SESA). **Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual**. Curitiba: SESA, 2015

PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero**. Yogyakarta: 2007. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

REPULLO, CM. **Voces tras los datos: Una mirada cualitativa a la violencia de género en adolescents**. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 2016.

SIGNORELLI, M. C. Violência de Gênero: um desafio para a educação. In: SIERRA, J. C.; SIGNORELLI, M. C. **Diversidade e educação: intersecções entre corpo, gênero e sexualidade, raça e etnia**. Matinhos / PR: Universidade Federal do Paraná, 2014. p. 49-65.

43

TRANSGENDER EUROPE TRANSMURDER MONITORING (TMM). **Transrespect versus Transphobia Worldwide. TMM IDAHOT 2016 Update**. Disponível em: <<http://transrespect.org/en/trans-murder-monitoring/tmm-resources/>> Acesso em: 15 fev. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Centro de Ciências da Saúde. **Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos - Modalidade a Distância. Violência e perspectiva relacional de gênero [recurso eletrônico]** NJAINE, K. (Org.). Florianópolis: UFSC, 2014. 45p. Disponível em: <<http://violenciaesaude.ufsc.br/wp-content/uploads/2016/02/Políticas-Públicas.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2015.

VILELA, L. F. (Coord.). **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2. ed. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008. 68 páginas. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2017.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2015_mulheres.php>. Acesso em: 20 fev. 2017.

43

ANEXO 1 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AS PESSOAS SUBMETIDAS À VIOLÊNCIA SEXUAL



FONTE: PARANÁ (2015).

ANEXO 1 – FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL: VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA



CURITIBA

FOLHA 1

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

Dados Gerais	*8 Data da notificação ____/____/____		A Hora do atendimento (00:00-23:59) ____:____:____		*4 UF PR	5 Município de notificação: CURITIBA		Código (IBGE) 4106902		
	6 Unidade Notificadora (UN) 1 – Unidade de Saúde 2 – Unidade de Assistência Social 3 – Estabelecimento de Ensino 4 – Conselho Tutelar 5 – Unidade de Saúde Indígena 6 – Centro Especializado à Mulher 7 – Outros <input type="checkbox"/>									
Notificação Individual	*7 Nome e Código da UN				8 Unidade de Saúde		*9 Código de CNES ____/____/____		*9 Data da ocorrência da violência ____/____/____	
	*10 Nome								*11 Data de nascimento ____/____/____	
	*12 Idade 1 – Hora 2 – Dia 3 – Mês 4 – Ano		*13 Sexo M – Masculino F – Feminino I – Ignorado		*14 Gestante 1 – 1º trimestre 2 – 2º trimestre 3 – 3º trimestre 4 – Idade gestacional ignorada 5 – Não 6 – Não se aplica 9 – Ignorado			*15 Raça/Cor 1 – Branca 2 – Preta 3 – Amarela 4 – Parda 5 – Indígena 9 – Ignorado		
	*16 Escolaridade 0 – Analfabeto 4 – Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 8 – Educação superior completa 1 – 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 5 – Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 9 – Ignorado 2 – 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 6 – Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 10 – Não se aplica 3 – 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 7 – Educação superior incompleta									
	*17 Número do Cartão SUS		*18 Nome da mãe / responsável			*19 Nome do pai / responsável				
Dados de Residência	*19 UF ____		*20 Município de residência			Código (IBGE)		*21 Distrito / Regional		
	*22 Bairro		*23 Logradouro (rua, avenida...)					Código		
	*24 Número		*25 Complemento (apto, casa...)			*26 Vila		*26 Geo Campo 1		
	*27 Geo Campo 2		*28 Ponto de referência			*29 CEP _____				
	*30 (DDD)Fone _____				*31 Zona 1 – Urbana 2 – Rural 3 – Periurbana 9 – Ignorado <input type="checkbox"/>		*32 País (se reside fora do Brasil)			
	*33 Nome Social (se travesti / transexual)					*34 Ocupação				
Dados da Pessoa Atendida	*35 Situação conjugal/Estado civil 1 – Solteiro 3 – Viúvo 8 – Não se aplica 2 – Casado/união consensual 4 – Separado 9 – Ignorado				*36 Orientação sexual 1 – Heterossexual 3 – Bissexual 2 – Homossexual (gay/lésbica) 8 – Não se aplica (criança de 0 a 9 anos) 9 – Ignorado					
	*37 Identidade de gênero 1 – Travesti 3 – Homem transexual 2 – Mulher transexual 8 – Não se aplica 9 – Ignorado				*38 Possui algum tipo de deficiência, transtorno 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado					
	*39 Se sim, qual tipo de deficiência, transtorno 1 – Sim 2 – Não 8 – Não se aplica 9 – Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento									
	*40 UF _____									
Dados da Ocorrência	*41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		*42 Distrito/Regional					
	*43 Bairro		*44 Logradouro (rua, avenida...)					Código		
	*45 Número		*46 Complemento (apto, casa...)			*47 Vila		*47 Geo Campo 3		*48 Geo Campo 4
	*49 Ponto de referência				*50 Zona 1 – Urbana 2 – Rural 3 – Periurbana 9 – Ignorado <input type="checkbox"/>		*51 Hora da ocorrência (00:00-23:59 hs) I II I			
	*52 Local de ocorrência 01 – Residência 04 – Local de prática esportiva 07 – Comércio/serviço 02 – Habitação coletiva 05 – Bar ou similar 08 – Indústria/construção 03 – Escola 06 – Via pública 09 – Outro: _____ 99 – Ignorado <input type="checkbox"/>				*53 Ocorreu outras vezes 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado <input type="checkbox"/>		*54 A lesão foi autoprovocada? 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado <input type="checkbox"/>			
	*55 Essa violência foi motivada por: 01 – Sexismo 07 – Situação de rua 02 – Homofobia / lesbofobia / bifobia / transfobia 03 – Racismo 08 – Deficiência 04 – Intolerância religiosa 09 – Outros Qual? _____ 05 – Xenofobia 88 – Não se aplica 06 – Conflito geracional 99 – Ignorado <input type="checkbox"/>									
Tipologia da Violência	*56 Tipo de violência 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica / moral <input type="checkbox"/> Financeira / econômica <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência / abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input checked="" type="checkbox"/> Se Negligência, de: <input type="checkbox"/> Proteção <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Estrutural				*57 Meio de agressão 1 – Sim 2 – Não 9 – Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Objeto perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/objeto quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento/ intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____					
	*58 Natureza 1 – Doméstica/familiar <input type="checkbox"/> 2 – Extrafamiliar 4 – Institucional 3 – Autoagressão 5 – Violência fetal									

* Campo de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN

ANEXO 2 – CHECKLIST COREQ

Critérios consolidados para a divulgação de estudos qualitativos (COREQ):
checklist com 32 itens

Itens	Perguntas norteadoras
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade	
Características pessoais	
1. Entrevistador/facilitador	Qual autor (ou autores) conduziu a entrevista grupos focais?
2. Credenciais	Quais as credenciais dos pesquisadores? <i>P.ex. PhD, Mestrado etc.</i>
3. Ocupação	Qual a ocupação dos pesquisadores no momento do estudo?
4. Sexo	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?
5. Experiência e treinamento	Qual experiência ou treinamento que o pesquisador recebeu?
Relacionamento com os participantes	
6. Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido relacionamento antes do início do estudo?
7. Conhecimento do participante em relação ao entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? <i>Por exemplo: metas pessoais, razões para fazer a pesquisa</i>
8. Características do entrevistador	Quais características sobre o entrevistador/facilitador foram citadas? <i>P.ex. Viés, suposições, razões e interesses no tema pesquisado</i>
Itens	Perguntas norteadoras
Domínio 2: delineamento do estudo	
Referencial teórico	
9. Orientação metodológica e Teoria	Qual orientação metodológica foi citada para basear o estudo? <i>P.ex. teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia, análise de conteúdo</i>
Seleção de participantes	
10. Amostragem	Como foi feita a seleção de participantes? <i>p.ex. intencional, conveniência, consecutiva, bola de neve</i>
11. Método de abordagem	Qual a abordagem utilizada com os participantes? <i>p.ex. face-a-face, telefone, carta, email</i>
12. Tamanho amostral	Qual o número de participantes no estudo?
13. Não-participação	Quantas pessoas recusaram participar ou desistiram? Razões?

Ambiente	
14. Ambiente da coleta de dados	Onde foi feita a coleta de dados ? <i>p.ex. domicílio, clínica, trabalho</i>
15. Presença de não-participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?
16. Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? <i>p.ex. dados demográficos, data</i>
17. Guia de entrevista	Os autores ofereceram incentivo e orientações? Foi realizado um teste piloto?
18. Entrevistas repetidas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se afirmativo, quantas?
19. Gravação audiovisual	A pesquisa utilizou gravação áudio ou visual na coleta de dados?
20. Notas de campo	Foram feitas notas de campo durante e/ou depois da entrevista ou grupo focal?
21. Duração	Qual foi a duração das entrevistas ou do grupo focal?
22. Saturação dos dados	A saturação dos dados foi discutida?
23. Transcrições devolvidas	As transcrições foram devolvidas aos participantes para fazer comentários ou correções?
Domínio 3: análise e resultados	
Análise de dados	
24. Número de codificadores	Os dados foram codificados por quantos codificadores?
25. Descrição da árvore de codificação	Os autores descreveram a árvore de codificação?
26. Derivação de temas	Os temas foram identificados com antecedência ou derivados a partir dos dados?
27. Software	Qual software, se aplicável, foi utilizado para administrar os dados?
28. Conferência pelos participantes	Os participantes deram parecer sobre os resultados?
Itens	Perguntas norteadoras
Divulgação	
29. Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas ou os resultados? Foi feita a identificação de cada citação? <i>p.ex. número do participante</i>
30. Consistência dos dados e resultados	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?
31. Clareza dos temas principais	Foi feita apresentação clara dos temas principais nos resultados?
32. Clareza dos temas secundários	Foi apresentada descrição dos casos diversos ou discussão dos temas secundários?

Nota: tradução livre e resumido do quadro constante no artigo de Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 items for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007 19(6):349-57

ANEXO 3 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência de Gênero: Proposta de Acolhimento em um Centro Universitário de Atendimento à Saúde

Pesquisador: VIVIAM MARA PEREIRA DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55967216.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.618.255

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa intitulado "Violência de Gênero: Proposta de Acolhimento em um Centro Universitário de Atendimento à Saúde", sob a responsabilidade de Viviam Mara Pereira de Souza, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, na modalidade de Mestrado Profissional, sob a orientação da Profa. Dra. Liliana Müller Larocca. O presente projeto foi submetido a este Comitê, tendo recebido em 02 de junho de 2016 o Parecer Consubstanciado CEP nº 1.571.282, no qual constam as pendências a serem analisadas neste Parecer.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Construir um Protocolo de acolhimento a vítimas de Violência de Gênero nos Centros de Atenção à Saúde 3 e 4 da Universidade Federal do Paraná.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconhecer a realidade objetiva da violência de gênero dos casos atendidos nos Centros de Atenção à Saúde 3 e 4 da Universidade Federal do Paraná, por meio das categorias/dimensões: estrutural, particular e singular contidas na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC).

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.618.255

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consta no projeto que, "quanto aos riscos que podem surgir durante a pesquisa pode ser elencados o cansaço durante as entrevistas e constrangimento em relação às perguntas. Ficando claro, portanto, que a entrevista será encerrada antecipadamente sempre que o participante demonstrar desejo de parar e quanto às perguntas o participante poderá recusar-se a responder sempre que se sentir constrangido. Será garantida uma sala reservada para a realização das entrevistas com duração adequada.

Quanto aos benefícios, considera-se imprescindível que as instituições públicas, cabendo aqui as de ensino, discutam e promovam ações de combate a todo e qualquer tipo de violência dentro de suas instalações com orientação de seus servidores, sendo esta, uma realidade a ser enfrentada conjuntamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem redigido, apresenta referencial teórico reconhecido e metodologia adequada à proposta de pesquisa.

Quanto às pendências relacionadas no Parecer supracitado, a pesquisadora inseriu na Plataforma Brasil o termo de concordância da gerente dos CASAs/UFPR, no qual consta a garantia de estrutura física e equipe de saúde preparada para atuar em situações de emergência médica e psicológica. Em acréscimo, no atendimento às pendências, foram acatadas as sugestões na redação dos TCLEs e apresentadas as versões corrigidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazocópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.618.255

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_708868.pdf	14/06/2016 18:32:34		Aceito
Outros	concordancia_dos_servicos_envolvidos_2.pdf	14/06/2016 18:29:41	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	carta_esclarecimento_pendencias.pdf	14/06/2016 18:28:14	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_USUARIO_CORRIGIDO.docx	14/06/2016 18:27:22	VIVIAM MARA PEREIRA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SERVIDOR_CORRIGIDO.docx	14/06/2016 18:27:01	VIVIAM MARA PEREIRA DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Correcao_Projeto_detalhado.pdf	09/05/2016 21:21:06	VIVIAM MARA PEREIRA DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Nova_Folha_de_Rosto.pdf	09/05/2016 21:18:28	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_Livre_e_Esclarecido_Usuario.docx	02/05/2016 19:06:45	VIVIAM MARA PEREIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	Check_list_do_projeto.jpg	02/05/2016 00:19:15	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	Check_list_documental.jpg	02/05/2016 00:18:23	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Servidor.docx	02/05/2016 00:14:35	VIVIAM MARA PEREIRA DE SOUZA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.618.255

Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivo.jpg	02/05/2016 00:13:55	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.jpg	01/05/2016 23:58:15	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico_de_dados_coletados.jpg	01/05/2016 23:57:26	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	Declaracao_de_tornar_publico_os_resultados.jpg	01/05/2016 23:56:09	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.jpg	01/05/2016 23:55:13	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	Concordancia_do_servico_envolvido.jpg	01/05/2016 23:54:16	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	Declaracao_de_concordancia_do_orientador.jpg	01/05/2016 23:47:02	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	analise_de_merito.jpg	01/05/2016 23:46:05	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	Ata_de_Aprovacao_do_Projeto.pdf	01/05/2016 23:44:59	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	Oficio_encaminhando_Atade_Aprovacao.pdf	01/05/2016 23:43:05	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito
Outros	Oficio_do_pesquisador.jpg	01/05/2016 23:41:48	VIVIAM MARA PEREIRA DE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 01 de Julho de 2016

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

ANEXO 4 – INSTRUTIVO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

**INSTRUTIVO
PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E
AUTOPROVOCADA**

SINAN

CURITIBA, 2016.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

Considera-se como **violência, para fins de notificação**, “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional, que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial.

A OMS estabelece uma tipologia de **três grandes grupos** segundo quem **comete o ato violento**: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).

- **Violência Autoprovocada / Auto Infligida**

A violência autoprovocada / auto infligida compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídio.

- **Violência Doméstica / Intrafamiliar**

Considera-se violência doméstica/intrafamiliar a que “ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente” (Minayo, 2005). É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro pessoa da família.

Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenha relação de poder. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também, às relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica/intrafamiliar inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados (Brasil, 2002).

- **Violência Extrafamiliar / Comunitária**

A violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça: polícias, Ministério Público e poder Judiciário.

Além disso, a OMS estabelece também **distinções** sobre as **naturezas da violência**, sendo elas: violência física; violência psicológica/moral; tortura; violência sexual; tráfico de seres humanos; violência financeira/econômica; negligência/ abandono; trabalho infantil; intervenção legal.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

A elaboração deste instrutivo responde ao desafio de uniformizar os conceitos, facilitar o entendimento dos campos e respectivas categorias que compõem a ferramenta de coleta de dados. A estrutura dos itens desse instrutivo acompanha a seqüência em que aparecem os blocos e campos presentes na ficha de coleta.

ATENÇÃO: Se um evento violento envolver mais de uma vítima, para cada uma das vítimas deverá ser preenchida uma ficha de notificação individual.

IDENTIFICAÇÃO DE CASO DE VIOLÊNCIA NOTIFICÁVEL

A definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a:

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, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Sendo assim, a notificação de violência é compulsória para:

- **Violência contra criança** – ambos os sexos, na faixa etária de 0 a 9 anos, independente do tipo ou natureza da violência;
- **Violência contra adolescente** – ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos, independente do tipo ou da natureza da violência;

A faixa etária de notificação de violência contra crianças e adolescentes adotada na Vigilância de Violências e Acidentes é a faixa definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina criança na faixa etária de 0 a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela OMS, sendo criança a faixa de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos.

No caso de violência **contra crianças e adolescentes** é **obrigatório** a comunicação do caso ao **Conselho Tutelar** e/ou autoridades competentes, conforme exigência do Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

- **Violência contra a mulher** – mulheres de todas as idades, independente do tipo ou natureza da violência, de acordo com a Lei nº 10.778/2003;
- **Violência contra a pessoa idosa** – pessoas com 60 anos de idade ou mais e de ambos os sexos, independente do tipo ou natureza da violência;
- **Violência contra indígenas** – ambos os sexos e em todas as idades, independente do tipo ou da natureza da violência. Populações indígenas encontram-se em situação de vulnerabilidade em função das mudanças culturais e relacionais provindas do contato com a sociedade envolvente e da assimetria nas relações de poder entre indígenas e não indígenas. Deve-se levar em consideração as perspectivas indígenas sobre esses eventos. (A Convenção nº 169/1996 da OIT traz orientações quanto às especificidades dos povos indígenas e a proteção de seus direitos). Os casos de violência praticados contra indígenas devem ser comunicados à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).
- **Violência contra pessoas com deficiência** – ambos os sexos e em todas as idades, independente do tipo ou da natureza da violência, em função da marcante assimetria nas relações de poder entre as pessoas com e sem deficiência.
- **Violência contra população LGBT** – ambos os sexos e em todas as idades, em função da vulnerabilidade deste grupo social às violências, e de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Portaria nº 2.836 de 01/12/2011).

Resumindo, a notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada é compulsória nos casos cujas vítimas são crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes incluiu também os(as) indígenas, as pessoas com deficiência e a população LGBT, considerando a maior vulnerabilidade desses grupos.

Atenção! Esta ficha não se aplica à violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como por exemplo, brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras. Essa modalidade de violência pode ser monitorada por meio de outros sistemas de informação e através do componente do VIVA Sentinela (Inquirito).

A figura a seguir, resume de forma esquemática os casos de notificação.

Objeto de Notificação

Casos suspeitos ou confirmados



Figura 1: Objeto de Notificação do VIVA/SINAN

DADOS GERAIS

Nº da ficha - Não preencher.

3. Data da Notificação: Campo obrigatório. Preencher os campos destinados ao dia, mês e ano da notificação (atendimento).

A. Hora do Atendimento: Campo obrigatório, preencher com a hora do atendimento, abrangendo o período de 00:00 (zero hora) até 23:59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos).

4. UF: Campo obrigatório, já está preenchido com a sigla da Unidade Federativa (PR).

5. Município de Notificação: Campo obrigatório. Já está preenchido com o nome do município de notificação (Curitiba).

6. Unidade Notificadora (UN): Campo obrigatório. Preencher o quadrículo com o código da unidade notificadora, dentre as seguintes opções:

- 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 e Código da UN: Campo obrigatório. Anotar o **código numérico** da Unidade Notificadora, de acordo com a numeração já estabelecida pela Coordenação Municipal, sempre com 07 (sete) dígitos.

8. Unidade de Saúde: não preencher

Código do CNES: Campo obrigatório. Preencher o número do CNES da Unidade de Saúde. Caso o serviço notificador não seja da saúde, preencher com o número do CNES da Unidade de Saúde mais próxima de seu equipamento. É responsabilidade do DS, o preenchimento do número do CNES, com exceção dos hospitais, que utilizarão seu número de CNES.

9. Data da Ocorrência da Violência: Campo obrigatório. Preencher com a data da ocorrência da violência. Em caso de violência crônica ou de repetição, preencher com a data da última ocorrência. Caso não consiga precisar a data da ocorrência da violência, informar uma data aproximada.

NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

A notificação é individual, se houver mais de uma pessoa envolvida, utilizar uma ficha para cada uma.

10. Nome: Campo obrigatório. Preencher com o nome completo, preferencialmente conforme registrado no documento de identificação, sem abreviaturas.

Atenção! Quando a pessoa atendida/vítima for travesti ou transexual registrar o "nome social" no **campo 33**.

11. Data de Nascimento: Campo obrigatório. Preencher com a data de nascimento, de forma completa dia/mês/ano.

12. Idade: Campo obrigatório. Registrar a idade que a pessoa atendida/vítima tinha na ocasião da ocorrência da violência. Especificar, no quadrículo, o código referente: se a idade for em horas preencher com "1"; se a idade for em dias preencher com "2"; se for em meses preencher com "3", se a idade for em anos preencher com "4".

Exemplos:

Criança com 18 horas de vida = preencher 18

Criança com 20 dias de vida = preencher 20

Criança com 7 meses = preencher 07

Adulto (a) com 26 anos = preencher 26

Atenção! Se não for possível obter a informação da idade da pessoa atendida/vítima, preencher os campos com a idade aparente. Quando este for o caso, anotar no campo Observações Complementares: "idade estimada".

13. Sexo: Campo obrigatório. Preencher o quadrículo conforme código. (M - Masculino, F - Feminino e I - Ignorado).

Atenção: Quando a pessoa atendida/vítima for travesti ou transexual, e se houve mudança de sexo registrar no campo 37.

14. Gestante: Campo obrigatório. Preencher o quadrículo com o código correspondente se a pessoa atendida estiver gestante, conforme a idade gestacional, por trimestre.

Atenção:

- Quando a pessoa atendida for do sexo feminino e não estiver gestante, preencher o quadrículo com o código 5 - Não.
- Se a pessoa atendida for do sexo masculino ou com idade incompatível com gravidez, preencher com o código 6 - Não se aplica.
- Se não dispuser de informações sobre esta variável preencher com o código 9 - Ignorado.

15. Raça / Cor: Preencher o quadrículo com o código correspondente à cor da pele, raça ou etnia, declarada pela pessoa adulta atendida/vítima (IBGE).

Nos casos de atendimento à criança ou pessoas com deficiência, considerar a informação da família, responsável ou acompanhante.

- 1- Branca:** Pele branca, cabelos lisos e/ou ondulados, de louro a negro, nariz estreito e proeminente, lábios finos ou de espessura mediana;
- 2- Preta:** Pele castanho-escura ou negra, olhos escuros, cabelos encarapinhados ou anelados e geralmente escuros, nariz largo e/ou achatado;
- 3- Amarela:** Pele branco-amarela, olhos oblíquos e/ou repuxados, cabelos negros e lisos;
- 4- Parda:** Pele de coloração entre branca e negra, traços evidenciando miscigenação, impossibilitando a inclusão do indivíduo nas categorias branco, negro ou amarelo. Inclui-se nessa categoria o mulato (negro com branco), o mameluco ou o caboclo (índio com branco), o cafuso (negro com índio), ou o mestiço de negro com pessoa de outra cor ou raça;
- 5- Indígena:** Origem indígena ou índia;
- 9- Ignorado:** Quando a pessoa se encontrar inconsciente ou se a pessoa não souber informar.

16. Escolaridade: Preencher conforme código correspondente à escolaridade declarada pela pessoa atendida/vítima. A classificação é obtida em função da série / grau que a pessoa está frequentando ou frequentou, considerando a última série concluída com aprovação. Diante das modificações na nomenclatura dos níveis de ensino adotados no Brasil, sugere-se consultar o Quadro de Equivalências entre Nomenclaturas de Ensino.

- 0- Analfabeto:** Pessoa sem escolaridade, com idade igual ou superior a seis anos, que não frequentou a escola (não sabe ler ou escrever o próprio nome);
- 1- 1ª a 4ª série incompleta:** Pessoa frequentando ou frequentou a escola, porém não concluiu a 4ª série (três anos de estudo concluídos);
- 2- 4ª série completa:** Pessoa conclui com aprovação a 4ª série (quatro anos de estudo concluídos);
- 3- 5ª a 8ª série incompleta:** Pessoa frequentando ou frequentou a escola sem ter concluído a 8ª série (de cinco a sete anos de estudo concluídos);
- 4- Ensino fundamental completo:** Pessoa que frequentou a escola até concluir, com aprovação a última série do EF, (oito anos de estudos concluídos);
- 5- Ensino médio incompleto:** Pessoa frequentando ou frequentou a escola sem ter concluído a última série do ensino médio (de oito a onze anos de estudo concluídos);
- 6- Ensino médio completo:** Pessoa que frequentou a escola até ter concluído a última série do ensino médio com aprovação (doze anos de estudo concluídos);
- 7- Educação superior incompleta:** Pessoa frequentando ou que frequentou a universidade sem ter concluído o 3º grau;
- 8- Educação superior completa:** Pessoa que frequentou a universidade até concluir, com aprovação o 3º grau;
- 9- Ignorado:** A pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa / vítima inconsciente);
- 10-Não se aplica:** Pessoa com idade igual ou inferior a cinco anos e pessoa com comprometimento mental severo (ex.: paralisia cerebral moderada ou grave).
Atenção! A idade igual ou superior cinco anos se tornou obrigatória em 2016, com a entrada em vigor da Emenda Constitucional n.º 59/09.

17. Número do Cartão US: Não preencher.

18. Nome da Mãe / Responsável: Preencher com o nome completo da mãe da pessoa atendida/vítima de acordo com o registrado no documento de identificação (não abreviar o nome). Caso não tenha o documento, anotar o nome informado.

B. Nome do pai / Responsável: Preencher com nome completo do pai, sem abreviaturas.

DADOS DE RESIDÊNCIA

19. UF: Campo obrigatório. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência da pessoa atendida/vítima.

Atenção! Se a pessoa atendida/vítima for pessoa em situação de rua, adotar o endereço da Unidade Sócio-assistencial do território conforme preconiza o CadÚnico, ou quando não for possível adotar endereço do local de maior permanência da pessoa atendida/vítima e registrar que se trata de pessoa em situação de rua no campo das informações complementares e observações.

20. Município de Residência: Campo obrigatório. Anotar o nome do município da residência da pessoa atendida/vítima.

21. Distrito / Regional: Preencher o nome do Distrito / Regional de residência da pessoa atendida / vítima. (Distrito Administrativo ou Sanitário e outros, de acordo com critério local).

22 a 25: Preencher os dados da residência conforme o solicitado.

Atenção:

- No campo **23. Logradouro** anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo ou código (quando houver) correspondente ao logradouro da residência da pessoa atendida/vítima. Se a pessoa/vítima atendida residir em uma aldeia ou quilombo, anotar o nome dos mesmos.
- No campo **25. Complemento** anotar o complemento do logradouro da residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc.).

C. Vila: Anotar o nome da vila da residência da pessoa atendida/vítima.

26 e 27. Geo: Não devem ser preenchidos.

26. Ponto de Referência: Preencher com o ponto de referência para localização da residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: perto da padaria do João, Garimpo tal, Km 6, Córrego tal, Lagoa tal, etc.). (informação importante para o acompanhamento da vítima / família).

29 a 30. CEP e FONE: Preencher com os dados solicitados.

31. Zona: Preencher o quadrículo com o código correspondente à zona de ocorrência do evento

- 1 – Urbana:** área com características de cidade propriamente dita, incluindo-se a periferia e “cidades satélites”, com concentração populacional/habitacional, existência de estruturas administrativas, serviços públicos, comércio, indústria, transporte e lazer;
- 2 – Rural:** área com características próprias do campo, com população dispersa, relativamente distante dos centros administrativos, acesso limitado a serviços públicos, agro produção (ex. fazenda, “roça”, chácara, sítio, assentamentos do INCRA, aldeias, etc.);
- 3 – Periurbana:** área relativamente próxima à urbana, com aglomeração populacional geralmente menos concentrada, onde as estruturas urbanas são precárias e os usos se assemelham com as rurais, não se distinguindo por vezes o campo e a cidade;
- 9 – Ignorado:** a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente, viajante ou migrante recém-chegado).

32. País: Preencher o nome do país de residência, quando a pessoa atendida/vítima residir em outro país. Neste caso o campo é obrigatório.

DADOS DA PESSOA ATENDIDA

33. Nome Social: Anotar o nome social da pessoa atendida/vítima quando informado. Nome social é aquele pelo qual travestis e transexuais se reconhecem, bem como são identificados (as) por sua comunidade e em seu meio social.

Atenção! *O uso do nome social em prontuários e atendimentos é uma das estratégias de humanização preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009; é também um direito dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde (conforme Portaria MS/GM Nº 1.820, de 13/08/2009, Art. 4, I). Não considerar e respeitar o nome social de travestis ou transexuais constitui uma forma de violência institucional contra essas pessoas.*

Atenção! *Para o preenchimento deste campo, os estabelecimentos escolares podem orientar-se pelo parecer 02/2014 do Ministério Público do Paraná referente ao Procedimento Administrativo MPPR 0046.13.01971-4 de 02 de junho de 2014.*

Esse campo é preenchido somente na ficha de notificação individual. A informação não é digitada no sistema. Caso seja necessário, sugere-se a digitação dessa informação no campo observações.

34. Ocupação: Anotar a ocupação, função desenvolvida pelo(a) trabalhador(a) de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e não a profissão. A ocupação se refere à atividade que é exercida. Nos casos em que não haja especificação, colocar a ocupação mais aproximada. Em caso de crianças/adolescentes menores de 16 anos, deve-se escrever “não se aplica”, salvo a partir de 14 anos, se na condição aprendiz. Nos casos de trabalho infantil, preencher o campo 56 com esta informação e registrar informações adicionais no campo INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES, no final da ficha de notificação individual.

35. Situação Conjugal / Estado Civil: Preencher o quadrículo com o código correspondente à situação conjugal ou estado civil da pessoa atendida/vítima no momento da violência.

Atenção: *Nos casos que envolverem crianças menores de 10 anos (crianças de 0 a 9 anos), preencher com a opção “8-Não se aplica”*

36. Orientação Sexual: Preencher o quadrículo com o código correspondente à orientação sexual declarada pela pessoa atendida.

- 1 – Heterossexual:** pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica.
- 2 – Homossexual (gays/lésbicas):** pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica.
- 3 – Bissexual:** pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero.
- 8 – Não se aplica:** para crianças de 0 a 9 anos.
- 9 – Ignorado:** quando não houver informação disponível sobre a orientação sexual da pessoa atendida.

Obs.: As questões 36 e 37 exigem um cuidado especial quando a vítima é uma criança ou adolescente, pois nessa fase eles (as) ainda estão em pleno processo de desenvolvimento da orientação sexual e identidade de gênero, nesse sentido não cabe exigir deles(as) uma definição quanto a esses temas. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se vítima maior ou igual a 10 anos.**

Atenção! Não é raro o sentimento de inibição ou constrangimento ao se tentar preencher este quesito. Como recurso para superar essa dificuldade, recomenda-se introduzir esta pergunta com um breve esclarecimento sobre a relevância que, para as políticas de saúde pública, tem o conhecimento baseado em pesquisa (e não em preconceitos) sobre as práticas sexuais da população brasileira e perguntar se a pessoa deseja informar a sua orientação sexual. Sugestão de abordagem: reconhecendo que a orientação sexual diz respeito à atração afetivo-sexual que a pessoa sente em relação a outra pessoa. No seu caso, qual a sua orientação sexual?

37. Identidade de Gênero: Campo de preenchimento obrigatório se vítima maior ou igual a 10 anos.

Preencher o quadrículo com o código correspondente à identidade de gênero declarada pela pessoa atendida. A identidade de gênero se refere ao gênero (masculino e feminino) com o qual a pessoa se identifica. O conceito de gênero remete aos significados sociais, culturais e históricos associados aos sexos feminino e masculino.

- 1 – Travesti:** pessoa do sexo masculino que deseja ser reconhecida socialmente como mulher, mas não apresenta conflito com seu sexo biológico e sua genitália. A travesti busca transformar o corpo em um corpo feminino através de hormônios e/ou cirurgias e, pelo menos em princípio, não deseja realizar cirurgia de redesignação de sexo;
- 2 – Mulher transexual (de homem para mulher):** pessoa que nasceu com sexo masculino que se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino. A mulher transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo feminino e, na maior parte das vezes, busca a hormonioterapia e intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo;
- 3 – Homem transexual (de mulher para homem):** pessoa que nasceu com sexo feminino que se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino. O homem transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo masculino e pode buscar a hormonioterapia e/ou intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo. São exemplos de intervenções cirúrgicas a mastectomia (retirada das mamas) e histerectomia (retirada do útero).
- 8 – Não se aplica:** preencher quando a identidade de gênero corresponder ao sexo biológico (campo 13). Exemplo: Sexo biológico feminino e identidade de gênero feminina (mulher), ou seja a pessoa apresenta a identidade de gênero igual ao sexo biológico.
- 9 – Ignorado:** quando não houver informação disponível sobre a identidade de gênero

Atenção! A identidade de gênero não deve ser confundida com orientação sexual. Enquanto identidade de gênero se refere a como a pessoa se identifica, a orientação sexual está ligada a como a pessoa se relaciona sexual e afetivamente. Assim, travestis, mulheres transexuais e homens transexuais podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais.

38. Possui algum tipo de deficiência, transtorno: Preencher se a pessoa atendida/vítima tem algum tipo de deficiência/transtorno mental ou comportamental de acordo com os seguintes códigos: 1- Sim, 2- Não, 9- Ignorado (quando não for possível obter tal informação).

Atenção! Caso se assinalo o código "2- Não" ou "9- Ignorado", todos os quadrículos do item 39 deverão ser preenchidos com "8- Não se aplica".

39. Se sim, qual o tipo de deficiência, transtorno: Caso o item 38 seja preenchido com 1- Sim, preencher o(s) quadrículo(s) relativo(s) ao(s) tipo(s) de deficiência(s)/transtorno(s) mental(is) ou comportamental(ais) que a pessoa atendida/vítima apresenta, com o código correspondente: 1- Sim, 2- Não, 8- Não se aplica, 9- Ignorado. Em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de deficiência/transtorno. Todos os quadrículos devem ser preenchidos. Observar as seguintes definições:

Atenção! Para registrar esse dado é preciso que haja informação sobre diagnóstico clínico emitido por profissional de saúde habilitado (sem exigência de prova documental). Não registrar suposições ou hipóteses pessoais ou dos familiares.

- **Deficiência física:** alteração completa ou parcial de uma ou mais partes do corpo humano, acarretando o comprometimento de função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob uma das seguintes formas: paraplegia (perda total das funções motoras dos membros inferiores); paraparesia (perda parcial de funções motoras dos membros inferiores); monoplegia (perda total da função motora de um só membro seja inferior ou superior); monoparesia (perda parcial da função motora de um só membro inferior ou superior); tetraplegia (perda total das funções motoras dos quatro membros); tetraparesia (perda parcial das funções motoras dos quatro membros); triplegia (perda total das funções motoras de três membros), triparesia (perda parcial das funções motoras de três membros); hemiplegia (perda total das funções motoras de um dos lados do corpo); hemiparesia (perda parcial das funções motoras de um lado do corpo); nanismo (deficiência acentuada no crescimento); amputação (remoção de uma extremidade do corpo por meio de cirurgia ou acidente); paralisia cerebral ou encefalopatia crônica não progressiva (lesão em uma ou mais partes do cérebro, tendo como consequência alterações psicomotoras, cognitivas e de comunicação, podendo ou não causar deficiência intelectual); membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformações estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

- **Deficiência intelectual:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos de idade e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização de recursos da comunidade, autocuidado em saúde e segurança, habilidades acadêmicas, de lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade. Também conhecida como deficiência cognitiva.
- **Deficiência visual:** caracteriza-se por perda de visão incorrigível. Isto significa que, mesmo usando óculos ou lente de contato, o indivíduo não tem a visão corrigida e, ainda assim, é incapaz de, por exemplo, reconhecer alguém que passe por ele na rua ou ler um jornal. Compreende a cegueira e a baixa visão. Pessoa cega: é aquela que possui perda total ou visão residual mínima nos dois olhos (não tem nenhuma espécie de visão ou unicamente percebe luz sem projeção de imagem), necessitando do método Braille como meio de leitura e escrita e/ou outros métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para o processo ensino-aprendizagem. Pessoa com baixa visão: é aquela que, mesmo usando óculos comuns, lentes de contato ou implantes de lentes intraoculares, não consegue ter uma visão nítida. As pessoas com baixa visão podem ter sensibilidade ao contraste, percepção das cores e intolerância à luminosidade.
- **Deficiência auditiva:** perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz). A perda auditiva pode ser leve, moderada, severa ou profunda. Quanto maior o grau da perda auditiva, maiores serão os prejuízos no desenvolvimento da linguagem oral e também das dificuldades de aprendizagem de crianças em idade escolar, uma vez que, o principal sinal de deficiência auditiva são alterações de linguagem. Compreende a perda de audição ou diminuição na capacidade de escutar os sons, mesmo com o aumento da intensidade da fonte sonora.
- **Transtorno mental:** Compreende os quadros graves, a exemplo de: esquizofrenia, transtorno bipolar afetivo, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do espectro do autismo, demência, como na doença de Alzheimer e demências de outras origens; inclui também dependência de álcool e outras drogas. A informação correspondente deve ser dada pelo responsável ou acompanhante da pessoa atendida/vítima.
- **Transtorno de comportamento:** Compreende, entre outros, os distúrbios emocionais (como pânico), de conduta (como déficit de atenção, micção ou emissão fecal repetida, involuntária), funcionamento social (como mutismo seletivo, redução das interações sociais, hiperatividade etc.). A informação correspondente deve ser dada pelo (a) responsável ou acompanhante da pessoa atendida/vítima.
- **Outras:** qualquer outro tipo de deficiência, síndrome ou transtorno que não as contempladas nas categorias acima: **É OBRIGATÓRIO ESPECIFICÁ-LAS** (Ex.: Síndrome de Wilson, Síndrome de Down, Síndrome de West, osteogênese imperfeita e outras).

Atenção! A dependência “crônica” de álcool e outras drogas é considerada nesses casos como **transtorno mental** decorrente do uso de substância psicoativa.

DADOS DA OCORRÊNCIA

40 a 46. Endereço da ocorrência: Preencher dados da ocorrência conforme o solicitado.

Atenção:

- Campos **40 a 41** são obrigatórios.
- No campo **44. Logradouro** anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo ou código (quando houver) correspondente ao logradouro da residência da pessoa atendida/vítima. Se a pessoa/vítima atendida residir em uma aldeia ou quilombo, anotar o nome dos mesmos.
- No campo **46. Complemento** anotar o complemento do logradouro da residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc.).

D. Vila: Anotar o nome da vila da residência da pessoa atendida/vítima.

47 e 48. Geo: Não devem ser preenchidos.

49. Ponto de Referência: Anotar o ponto de referência do endereço da ocorrência.

50. Zona: Preencher o quadrículo com o código correspondente à zona de ocorrência do evento (ver orientação do campo 31)

51. Hora da Ocorrência: Preencher com a hora aproximada da ocorrência, declarada ou provável, abrangendo o período de 00:00 (zero hora) até 23:59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos).

52. Local de Ocorrência: Campo obrigatório, preencher os quadriculos com o código correspondente ao local de ocorrência, segundo a relação abaixo:

- 01 – Residência:** lugar utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima. Inclui a própria residência da pessoa atendida/vítima ou, quando for o caso, a de amigos, parentes, vizinhos, cônjuge, namorado(a), provável autor(a) da agressão(a) etc. Pode ser apartamento, casa, casa de cômodos, casa de fazenda, dependências residenciais (garagem, jardim, pátio, piscina), pensão familiar, barraco, barracão, trailer);
- 02 – Habitação coletiva:** inclui acampamento militar, barracão (acampamento de trabalhadores), instituição de longa permanência para idosos, casa de repouso, casa de estudantes (“república”), caserna, hospital psiquiátrico (quando utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima), instituição de acolhimento (abrigo), penitenciária, hospitais colônias, pensionato, unidade socioeducativa, unidade de acolhimento, albergue;
- 03 – Escola:** inclui *campus* universitário, colégio, creche, escolas públicas e privadas em geral, instituição de ensino médio ou superior, instituição de educação infantil (jardim da infância), e outros espaços de educação;
- 04 – Local de prática esportiva:** inclui campo e escolinhas de atletismo, futebol, golfe, equitação, quadras de basquete, voleibol, pista de patinação, estádio, ginásio, piscina pública, clube, academia, praça com área de esporte e exercícios físicos;
- 05 – Bar ou similar:** inclui bar, botequim, lanchonete, danceteria, discoteca, casa de shows, outros;
- 06 – Via pública:** inclui calçadas, ruas, estradas, rodovias, viadutos, pontes, praças, parques, pontos/terminais de ônibus, passarelas, entre outros;
- 07 – Comércio/serviços:** inclui aeroporto, armazém, banco, butique, *shopping center*, edifício de escritórios, estação ferroviária/rodoviária, estação de rádio ou televisão, garagem comercial, hotel, motel, loja, mercado, posto de serviços para veículos a motor, supermercado, restaurantes, serviços de saúde (hospital);
- 08 – Indústrias/construção:** inclui central elétrica, dependências industriais, dique seco, edifício em construção/industrial, estaleiro, jazida, mina, garimpo, plataforma petrolífera e outras instalações marítimas, túnel em construção, usina de gás, etc;
- 09 – Outro:** qualquer outro local não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Ex.: açude, lagoa, área de acampamento, área de estacionamento, beira-mar, bosque, campo de treinamento militar, canal, colina, casa abandonada, córrego, curso de água, deserto, sítios, fazendas, pesque-pague, chácaras, matagal, praia, parque de diversões inclusive os públicos e outros locais. **É OBRIGATORIO ESPECIFICAR.**
- 99 – Ignorado:** quando o local de ocorrência não foi informado pela pessoa atendida/vítima ou seu acompanhante.

53. Ocorreu outras vezes?: Este campo deve ser preenchido considerando-se a história da pessoa atendida/vítima. O profissional que está notificando deve procurar obter neste momento o maior número de informações relevantes da história anterior e atual da violência, identificando se o fato observado foi o primeiro e único ou se já ocorreu anteriormente. Preencher o quadrículo com o código correspondente: 1- Sim 2- Não e 9- Ignorado.

54. A lesão foi autoprovocada? Preencher o quadrículo com o código correspondente, se a lesão foi autoprovocada. Ou seja, nos casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou o suicídio.

Considera-se tentativa de suicídio o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação.

Quando esta variável for preenchida com “1-Sim”, preencher o campo 56 com “1- Sim” no quadrículo “Outros” e especificar se autoagressão ou tentativa de suicídio. Preencher o campo 57 com o meio utilizado para realizar a lesão autoprovocada.

TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA

55. Essa violência foi motivada por: Campo obrigatório. Preencher os quadriculos com o código correspondente à motivação da violência segundo a relação abaixo. Caso tenha mais de uma motivação, registrar a motivação que mais contribuiu para a ocorrência da violência.

01 – Sexismo: é uma ideologia que se pauta no suposto prestígio e poder masculinos sobre as mulheres. Reflete-se em um conjunto de condutas construídas, aprendidas, e reforçadas culturalmente — cujo exercício está na tentativa e no controle da moral e da conduta femininas. Reflete-se na violência contras as mulheres em suas diversas formas. Pode aparecer através de xingamentos, atos, chantagens, exposição pública, etc.

02 – Homofobia / Lesbofobia / Bifobia / Transfobia: é a violência motivada e praticada em razão da orientação sexual ou identidade de gênero presumida da vítima podendo a mesma ser membro da população LGBT ou não.

A homofobia pode ser definida como a aversão irracional aos homossexuais e a todos que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heteronormativos. A violência contra gays é denominada homofobia enquanto a discriminação, aversão e ódio contra as mulheres que têm orientação

sexual diferente da heterossexual, e que se relacionam homoafetivamente com outras mulheres é conhecida como lesbofobia. É importante ressaltar que a lesbofobia é uma violência resultante de dupla discriminação porque associa também a violência contra as mulheres, além da discriminação contra a homossexualidade. Bifobia é a discriminação, aversão ou ódio às pessoas bissexuais. Transfobia é a discriminação, aversão, ódio contra pessoas transexuais ou travestis. Dentre as variadas formas de manifestação dessas violências estão também a violência psicológica (insulto, constrangimento, ameaça) e os obstáculos ao acesso aos serviços, ao trabalho e outras.

03 – Racismo: a crença de que é justa a divisão da sociedade em grupos definidos pela cor da pele, traços físicos e aspectos culturais, de forma a hierarquizá-la. O racismo é utilizado como justificativa para a discriminação contra determinados grupos. A discriminação racial ou étnico-racial é toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, de direitos e liberdades fundamentais, em quaisquer campos da vida pública ou privada, conforme Lei nº 12.288/2010. No Brasil o racismo e a discriminação racial são dirigidos principalmente contra a população negra, indígena e quilombola.

04 – Intolerância religiosa: é um conjunto de ideologias e atitudes ofensivas a crenças e práticas religiosas ou a quem não segue uma religião. É um crime de ódio que fere a liberdade e a dignidade humana.

05 – Xenofobia: a xenofobia é uma forma de discriminação social que consiste na aversão a pessoas de diferentes culturas e nacionalidades. Considerada como crime de ódio, a xenofobia mostra-se através da humilhação, constrangimento, agressão física e moral àquele(a) que não é natural do lugar do(a) agressor(a). Teoricamente, xenofobia é a aversão apenas a estrangeiros(as), contudo não está estabelecido um termo técnico que designe a agressão e o desrespeito a pessoas de diferentes regiões do mesmo país e que também são consideradas crimes de ódio. Portanto, a ocorrência de violência motivada por aversão a pessoas do próprio país - provindas de diferentes regiões geográficas ou localidades - deve ser registrada nessa categoria.

06 – Conflito geracional: é um conflito que descreve discrepâncias culturais, sociais ou econômicas entre duas gerações, que pode ser causada por trocas de valores ou conflitos de interesse entre gerações mais jovens e gerações mais idosas.

07 – Situação de rua: considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto nº 7.053/2009).

08 – Deficiência: quando a violência é motivada por preconceito, desrespeito ou por qualquer tipo de discriminação à condição das pessoas com deficiência.

09 – Outros: qualquer outro tipo de motivação à violência que não as contempladas nas categorias acima. Especificar a motivação.

88 – Não se aplica: permanece na ficha de notificação individual para efeitos do sistema, mas evitar utilizar esse campo.

99 – Ignorado: quando a pessoa atendida não identificar uma motivação para a violência sofrida ou não puder informar sobre a motivação da violência.

56. Tipo de Violência: Campo obrigatório. Preencher o(s) quadrículo(s) do tipo de violência de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado.

Lembre-se que, em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de violência. **Entretanto, para fins de registro no SINAN deverá ser assinalado somente o principal tipo de violência.**

Os demais quadrículos não devem ser preenchidos e caso haja alguma violência secundária perpetrada pelo mesmo(a) autor(a), registrar esta informação no campo observações adicionais.

Preencher conforme a conceituação:

- **Violência Física:** (também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico): são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.

Atenção! Nos casos declarados como "bala perdida", anotar essa informação em "INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES".

- **Violência Psicológica / Moral:** é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem.

É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. O *bullying* é outro exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o *ciberbullying*.

- 1- **Injúria:** ofender, mesmo que não seja na frente de outras pessoas; atribuir qualidade negativa que ofenda a dignidade ou decoro (verbal, por escrito ou fisicamente).
- 2- **Difamação:** Falar contra a honra, a reputação, na presença de uma ou mais pessoas (desacreditar, sem acusar de crime).
- 3- **Calúnia:** acusar alguém de um crime que não cometeu (tem que provar);

- **Tortura:** é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de:

Obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa;

Provocar ação ou omissão de natureza criminosa;

Em razão de discriminação racial ou religiosa. (Lei 9.455/1997).

Atenção! Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

- **Violência Sexual:** é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro(a), esposo(a).
- **Tráfico de seres humanos:** inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas.
- **Violência Financeira/Econômica:** é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas, mulheres e deficientes. Esse tipo de violência é também conhecida como violência patrimonial.
- **Negligência/Abandono:** é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência
- **Trabalho Infantil:** é o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto) inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudável e seguro.
O art. 7º, Inciso XXXIII, da Constituição Federal, com a nova redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998, assim disciplina o trabalho de menores:
 1. Antes de 14 anos é proibido trabalho infantil;
 2. De 14 a 16 anos só é permitido na "condição de aprendiz";
 3. De 16 a 18 anos é permitido, desde que não seja trabalho noturno, perigoso ou insalubre.

O Decreto nº 6481 de 12 de 06 de 2008 regulamenta a lista das piores formas de trabalho infantil (anexo 2). Salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos, é proibido qualquer trabalho a menores de 16 anos de idade. Quando na "condição de aprendiz" a atividade laboral **deve estar devidamente registrada em carteira de trabalho** e deve ocorrer em horários e locais que não impeçam a freqüência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social do adolescente.

- **Violência por Intervenção Legal:** trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº. 4.898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática. Alerta-se para não se fazer uma interpretação equivocada: no exercício da função policial de prevenção e repressão de crimes, respeitando tanto os direitos fundamentais da pessoa, como a sua integridade física, o agente da lei ou policial, se estritamente necessário, poderá fazer uso de força. No entanto, ao extrapolar essa função, sua ação ultrapassa o marco da legalidade: torna-se ilegal.
- **Outros:** qualquer outro tipo de violência não contemplado nas categorias anteriormente citadas. **É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.** Importante! Nos casos de tentativa de suicídio e autoagressão, especificá-los neste campo. Especificar o meio utilizado no campo 57.

E. Se negligência, de: Preencher este campo caso no campo 56 o tipo de violência "negligência" foi marcada com o código "1- Sim".

No caso de crianças e adolescentes considerar as modalidades de negligência:

- **De proteção:** quando a integridade da criança ou do adolescente for exposta, o que é caracterizado pela ausência ou carência de proteção necessária.
- **De saúde:** quando a criança ou o adolescente não receberem as condições para manutenção de sua saúde. Inclui-se também nessa categoria situações em que os pais ou responsáveis não proporcionam o atendimento e o cuidado com as necessidades básicas, como higiene, alimentação, etc.
- **De educação:** quando os pais ou os responsáveis deixam de efetuar as ações enumeradas abaixo, referentes a crianças e adolescentes sob sua responsabilidade:
 1. Matricular o filho na escola.
 2. Acompanhar o desenvolvimento escolar de seu(s) filho(s).
 3. Atender à solicitação de encaminhamentos da escola ou Centro de Educação Infantil para tratamento terapêutico ou outros afins.
- **Estrutural:** é "aquela que incide sobre a vida das crianças e dos adolescentes como decorrência de questões estruturais, econômicas e sociais resultantes das condições de vida fora do controle de sua família, tornando vulnerável o seu crescimento e desenvolvimento" MINAYO, (2002).

57. Meio de Agressão: Preencher o(s) quadrículo(s) meio de agressão utilizando os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Lembre-se que, em um mesmo caso, pode haver mais de um meio de agressão e que todos os quadrículos devem ser preenchidos.

Considerar os seguintes conceitos e exemplos de meios de agressão:

- **Força corporal/espantamento:** inclui murro, tapa, soco, empurrão e outros;
- **Enforcamento:** inclui estrangulamento, esganadura, gravata e outros;
- **Objeto contundente:** inclui pau, cassetete, barra de ferro e outros;
- **Objeto pérfuro-cortante:** inclui arma branca (faca, canivete, peixeira, facão, navalha, estilete, lâmina), caco de vidro, chave de fenda, prego e outros;
- **Substância / Objeto quente (queimadura):** inclui queimaduras por fogo, água quente, vapor d'água, ferro e outros objetos quentes, pontas de cigarro, substância química e outras;
- **Envenenamento / Intoxicação:** inclui exposição/ingestão/inalação de produtos químicos, plantas tóxicas, medicamentos; etc.
- **Arma de fogo:** inclui revólver, espingarda, carabina, metralhadora e outros;
- **Ameaça:** inclui gritos, palavrões, xingamentos, pressão psicológica e outras formas, em interlocução direta, por telefone, cartas, Internet etc.;
- **Outro:** qualquer outro meio de agressão não contemplado nas categorias anteriormente citadas. **É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.** Ex.: asfixia por ficar preso em ambiente fechado, exposição a ruídos de altíssima intensidade, indução, omissão (em caso de negligência), entre outros. Especificar ainda outros meios utilizados nos casos de tentativa de suicídio ou autoagressão: precipitação de lugar elevado, autoimolação, jogar-se na frente de veículos, dentre outros.

F. Natureza: Preencher este campo considerando a seguinte conceituação:

- **Violência Doméstica (Intrafamiliar):** é toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo namorado, ex-namorado, pessoas com função de "cuidador", ainda que sem laços de consangüinidade, mas em relação de poder.
- **Violência Extrafamiliar:** é toda forma de violência praticada fora do ambiente familiar/ doméstico por pessoas conhecidas ou desconhecidas.
- **Violência auto-infligida ou auto-agressão:** é toda violência praticada contra si mesmo, caracterizada pelas tentativas de suicídio, ou o suicídio, as ideações de se matar e as automutilações.
- **Institucional:** é aquela exercida nos próprios serviços ou instituições abrangendo abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre usuários e profissionais.
- **Violência Fetal:** é a violência praticada pela gestante contra o feto (gestante drogadita, alcoolista e ou negligente com o pré-natal, tentativa de aborto e outros).

ATENÇÃO: SANTOS (2002) denomina este evento de "maus-tratos ao feto" e lembra que podem ser incluídos nesta categoria não só os atos de agressão deliberados por parte da mãe, mas também outros tipos de conduta que trazem riscos conhecidos para o feto, como o alcoolismo, dependência de drogas, automedicação, ausência de cuidados, etc.

VIOLÊNCIA SEXUAL

58. Se ocorreu violência sexual, qual o tipo: Se ocorreu violência sexual preencher o(s) quadrículo(s) de acordo com o tipo de violência, utilizando os códigos correspondentes: 1- Sim, 2- Não, 8- Não se aplica, 9- Ignorado. Pode haver mais de um tipo de violência sexual.

Atenção: Caso o quadrículo "Sexual" do campo 56 (tipo de violência) seja preenchido com os códigos 2- Não ou 9- Ignorado, preencher todos os quadrículos dos campos 58 a 59 com o código 8-Não se aplica. Caso assinale "Outros", é obrigatório especificar.

Considerar os seguintes conceitos e exemplos:

- **Assédio sexual:** é a insistência inoportuna, independente do sexo ou orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual;
- **Estupro:** "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso" (Art 213, Lei nº 12.015/2009). Dentro desse conceito está incluída a conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independente da orientação sexual ou do sexo da pessoa/vítima.
- **Pornografia infantil:** é a apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e/ou publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes através de qualquer meio de comunicação;
- **Exploração sexual:** caracteriza-se pela utilização de pessoas, independente da idade, sexo ou identidade de gênero, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição); a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (*striptease*, shows eróticos), ou mediante imagens publicadas em (revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na *internet*). No caso de pessoas adultas considera-se exploração sexual quando nessas situações não há o consentimento da vítima ou este é obtido com base na força, engano, intimidação ou qualquer outra forma de coerção. É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários, (agenciamento direto, indução, facilitação).
- **Outros:** qualquer outro tipo de violência sexual não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Caso assinale "Outros", É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.

59. Procedimento realizado: Preencher o(s) quadrículo(s) do(s) procedimento(s) realizado(s) no atendimento da pessoa atendida/vítima de violência de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 8-Não se aplica, 9-Ignorado. Se a pessoa atendida/vítima for do sexo masculino, preencher os quadrículos referentes à "Coleta de secreção vaginal", "Contracepção de emergência" e "Aborto previsto em lei" com a opção "8-Não se aplica".

Atenção! Pode haver mais de um procedimento realizado para a mesma pessoa atendida/vítima. Neste caso, preencher os quadrículos correspondentes.

LESÃO

G. Natureza da Lesão: Este item se aplica aos casos em que a violência praticada afeta a estrutura física da vítima. Considerar a **lesão principal**, isto é, aquele que levou a pessoa a procura pelo serviço de saúde. Quando não se verificar lesão física preencher com o código 88- Não se aplica. Qualquer outro tipo de lesão não contemplado anteriormente **é obrigatório especificar**. Ex.: Equimoses, escoriações.

Atenção! Se houver mais que uma lesão, além da lesão principal, escrever no campo "breve relato"

Atenção! Nos casos em que o meio de agressão assinalado no campo 57 for envenenamento / intoxicação, o quadrículo deverá ser preenchido com o código 09 (intoxicação).

H. Parte do Corpo Atingida: Preencher o quadrículo com o código correspondente à parte do corpo atingida da lesão principal. Nas situações de violência psicológica ou moral e financeira preencher com o código 88- não se aplica

Atenção! Nos casos de envenenamento / intoxicação, o quadrículo deverá ser preenchido com o código 11 (múltiplos órgãos e regiões).

DADOS DO PROVÁVEL AUTOR DA VIOLÊNCIA

60. Número de envolvidos: Preencher o quadrículo com o código correspondente ao número de pessoas envolvidas como prováveis autores(as) da violência: 1-Um, 2-Dois ou mais, 9-Ignorado.

61. Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida: Campo obrigatório. Preencher o(s) quadrículo(s) do vínculo entre o(s) provável(is) autor(es) da agressão e a pessoa atendida/vítima de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado.

Atenção! Pode haver mais de um provável autor (a) da violência. Nesse caso, preencher os quadrículos correspondentes.

62. Sexo do provável autor da violência: Campo obrigatório. Preencher o quadrículo do sexo do(a) provável autor(a) da violência com os seguintes códigos: 1-Masculino, 2-Feminino, 3-Ambos os sexos, 9-Ignorado. Quando houver a participação de mais de um(a) provável autor(a) de agressão de sexos diferentes, preencher com "3-Ambos os sexos".

63. Suspeita de uso de álcool: Preencher o quadrículo de suspeita de uso de álcool pelo(a) provável autor(a) da violência no momento da ocorrência com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. A pergunta deverá ser direcionada à pessoa atendida/vítima ou ao acompanhante.

I. Suspeita de uso de outra droga: Preencher o quadrículo com o código correspondente. A pergunta deverá ser direcionada a pessoa atendida ou ao seu(s) acompanhante(s). Se a resposta for Sim e sabe-se o tipo de droga consumida, escrever no "qual".

64. Ciclo de vida do provável autor da violência: Campo obrigatório. Preencher o quadrículo com o código correspondente ao ciclo de vida do(a) provável agressor(a). Procurar obter a idade aproximada. Inserir a informação do(a) principal autor(a) da violência.

- 1 – Criança: 0 a 9 anos;
- 2 – Adolescente: 10 a 19 anos;
- 3 – Jovem: 20 a 24 anos;
- 4 – Pessoa adulta: 25 a 59 anos;
- 5 – Pessoa Idosa: a partir de 60 anos
- 9 – Ignorada.

Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina **criança** na faixa etária de 0 a 11 anos e **adolescente** na faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual se considera criança de 0 a 9 anos e adolescente de 10 a 19 anos.

ENCAMINHAMENTOS

65. Encaminhamento: Campo obrigatório. Preencher o(s) quadrículo(s) com o código correspondente ao tipo de encaminhamento realizado ou orientação de acordo com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Considerar os seguintes serviços/instituições.

- **Rede da Saúde:** Unidade Básica de Saúde, Equipe de Saúde da Família, Centro de Apoio Psicossocial, ambulatórios especializados, centros de referência, Unidade de Pronto Atendimento, hospital, entre outros.
- **Rede da Assistência Social:** Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) – Centros-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência, Unidades de Acolhimento (abrigo, albergues, casas-lares, casas de passagem, residências inclusivas, repúblicas), entre outras.

O **CRAS** é um serviço localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Destina-se à prestação de serviços sócio-assistenciais da Proteção Social Básica às famílias e aos indivíduos.
O **CREAS** é um serviço onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados e pessoas em situação de violência.
- **Rede de Educação:** (Centro de Educação Infantil, escola, outras)
- **Rede de atendimento à Mulher:** (Centro Especializado de Atendimento da Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)
- **Conselho Tutelar:** (Criança/Adolescente);
- **Conselho do Idoso**
- **Delegacia de Atendimento ao Idoso**
- **Centro de Referência dos Direitos Humanos**
- **Ministério Público**
- **Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente**
- **Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher**
- **Outras Delegacias**
- **Justiça/Vara da Infância e da Juventude**
- **Defensoria Pública**

Atenção! Em caso de encaminhamento para mais de um setor, preencher os quadrículos correspondentes. Além dos casos encaminhados formalmente, registrar nesse campo os casos que receberam orientação de encaminhamento.

DADOS FINAIS

66. Violência Relacionada ao Trabalho: Preencher o quadrículo com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado.

Atenção! Está se considerando a ocorrência ou não de violência relacionada ao trabalho (assédio moral e outras violências), tanto no local de trabalho como no trajeto para o mesmo (ida e volta). Nas situações que envolvem crianças e adolescentes, esta variável não se aplica, pois o trabalho infantil é uma violência e considerado crime no Brasil, à exceção do trabalho de adolescentes com mais de 14 anos nas situações de aprendiz. Nesses casos, não será considerado como um evento relacionado ao trabalho (típico ou de trajeto).

67. Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)? Caso o campo 66 for preenchido com 1-Sim, preencher o quadrículo da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Quando o campo 66 for preenchido com 2-Não ou 9-Ignorado, preencher o quadrículo com o código 8- Não se aplica.

Atenção! A CAT também deve ser preenchida no caso de violência relacionada ao trabalho. É obrigatório esse preenchimento no caso de trabalhadores (as) regidos pela consolidação das leis trabalhistas – CLT.

68. Circunstância da lesão: Não preencher.

69. Data do encerramento: Campo obrigatório. Preencher com a data da notificação.

Atenção! Todo caso notificado é encerrado no momento da notificação. No entanto, como o registro não é automático, é preciso escrever/digitar a sua data.

Atenção! Todo caso notificado é encerrado no momento da notificação.

Campo “Nome do acompanhante”: Este campo deve ser preenchido com o nome da pessoa que está acompanhando a vítima no momento em que os dados relativos à violência estão sendo colhidos.

Campos “Vínculo/Grau de parentesco” e “Telefone”: Indicar o grau de parentesco ou tipo de afinidade que o responsável tem com a vítima e o telefone para contato.

DADOS IMPORTANTES PARA A REDE DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA (MULHERES ACIMA DE 18 ANOS)

J. A vítima tem filhos?: Nos casos em que a vítima for mulher com 18 anos e mais informar se a mesma tem filhos.

K. O agressor é reincidente?: Informar se o agressor é reincidente.

Se o agressor já praticou algum tipo de violência anteriormente com outras vítimas - pai, mãe, irmão(ã), esposa ou companheira(o) anterior e/ou outras pessoas

Preencher o campo correspondente com o número "1" para Sim - tem histórico de violências com outras pessoas.

Preencher o campo correspondente com "2" para Não - não tem histórico de violências com outras pessoas

Preencher o campo correspondente com "9" para Ignorado - quando não for informado se o agressor é reincidente.

L. Decisão de Atenção Compartilhada:

A mulher, considerada capaz, deve ser esclarecida sobre a finalidade das autorizações a seguir. As informações contidas na ficha são sigilosas e a sua disponibilização deve ser autorizada pela mesma de forma expressa, assinalando Sim ou Não e com assinatura.

- **Disponibilização das informações para o serviço de saúde próximo** à sua residência o que possibilitará, o melhor acompanhamento do caso.
- **Disponibilização das informações para o CREAS próximo** à sua residência o que possibilitará, o melhor acompanhamento do caso.
- **Disponibilização das informações para a Delegacia da Mulher**, tendo o objetivo de priorizar as providências cabíveis. A mulher deverá ser esclarecida que a delegacia poderá solicitar a sua presença para esclarecimentos e encaminhamentos. Neste caso, a notificação compulsória deverá ser enviada por fax para a delegacia (41 3219-8628).

Testemunha: O registro do nome completo, endereço e documentação de testemunha da violência contra a mulher, evitando abreviações será útil no encaminhamento judicial do caso. A testemunha não precisa estar presente no momento do preenchimento da notificação.

BREVE RELATO DA OCORRÊNCIA

Anotar informações pertinentes ao ocorrido, explicitando os motivos que levaram a suspeita ou confirmação de violência, incluindo-se dados considerados relevantes. Anotar também citações da própria vítima ou acompanhante/responsável. Se o espaço não for suficiente, utilizar uma folha denominada "COMPLEMENTO DE INFORMAÇÃO", na qual deve constar o nome da vítima, a data de nascimento, o nome da mãe e o número do equipamento notificador.