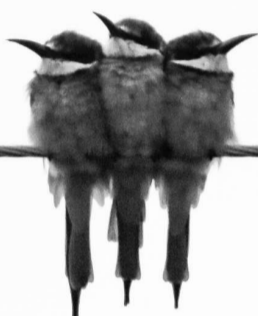


relatório especial



SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS POPULAÇÕES NEGRA, LGBT, INDÍGENA E EM SITUAÇÃO DE RUA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL



INSTITUTO FEDERAL
Rio Grande do Sul



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL



Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico
www.sad.eco.br

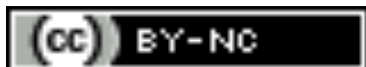


MINISTÉRIO DA
SAÚDE



FAPERGS
FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA
PESQUISA PARA O SUS
Gestão Compartilhada em Saúde · PPSUS



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons - Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pode ser acessada, na íntegra, no Repositório Lume <<https://www.lume.ufrgs.br>>

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S623 Situação da violência contra as populações negra, LGBT, indígena e em situação de rua no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil panorama situacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2014 a 2017 / Instituições coordenadoras do projeto: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul. Organizadores: Maurício Polidoro e Daniel Canavese. Porto Alegre: UFRGS, 2018.
63 p. : il.

ISBN 978-85-9489-147-1

1. Violência 2. Negros 3. LGBT 4. Indígenas 5. Pessoas em situação de rua 6. Sistema Único de Saúde I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul II. Instituto Federal do Rio Grande do Sul III. Daniel Canavese IV Maurício Polidoro

CATALOGAÇÃO NA FONTE: RUBENS DA COSTA SILVA FILHO CRB10/1761

**SITUAÇÃO DA
VIOLÊNCIA CONTRA
AS POPULAÇÕES
NEGRA, LGBT,
INDÍGENA E EM
SITUAÇÃO DE RUA
NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE DO RIO
GRANDE DO SUL,
BRASIL**

**Panorama situacional do
Sistema de Informação de
Agravos de Notificação
(SINAN) de 2014 a 2017**

Projeto de Pesquisa

Análise e avaliação das situações de violência no estado do Rio Grande do Sul segundo raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS.

Instituições executoras e coordenadoras do Projeto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS), Porto Alegre, Brasil

Financiamento e Apoio Institucional

Ministério da Saúde

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS)

Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS

Chamada FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 03/2017

Termo de Outorga 17/2551-0001 - 385-9

Apoio Técnico e Parceria Institucional

Governo do Estado do Rio Grande do Sul

Secretaria Estadual de Saúde - SES-RS

Departamento de Ações em Saúde - DAS/SES-RS

Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CEVS/SES-RS

Pesquisadores Coordenadores do Projeto

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira, Sanitarista, Departamento de Saúde Coletiva, UFRGS

Prof. Dr. Maurício Polidoro, Geógrafo, *Campus Restinga* (Porto Alegre), IFRS

Pesquisadores(as) do Projeto

Andrea Volkmer, CEVS-SES/RS

Carlos Roberto Goes, Coordenação Estadual da Saúde da População Negra, DAS-SES/RS

Iuday Gonçalves Motta, Coordenação Estadual de Saúde da População LGBT, DAS-SES/RS

Fernanda Bairros, Departamento de Saúde Coletiva, UFRGS

Guilherme de Souza Muller, Coordenação Estadual de Saúde Indígena, DAS-SES/RS

Jaqueline Oliveira Soares, Coordenação Estadual da Saúde da População Negra, DAS -SES/RS

Jéssica Camila de Sousa Rosa, Coordenação Estadual de Saúde Indígena, DAS-SES/RS

Poala Vettorato, DAS-SES/RS

Nathaniel Pires Raymundo, DAS-SES/RS

Márcia Fell, CEVS-SES/RS

Acadêmicos(as) bolsistas e pesquisadores(as) do projeto

Bruna Vargas Cunda, bacharela em Direito, bacharelado em Saúde Coletiva, UFRGS

Francyne da Silva Silva, sanitarista, UFRGS

Jeferson Pinheiro, fisioterapeuta, bacharelado em Saúde Coletiva, UFRGS

Júlio Ostroski, bacharelado em Saúde Coletiva, UFRGS

Lara Yelena Werner Yamaguchi, bacharelado em Saúde Coletiva, UFRGS

Martha Reichel Reus, bacharelado em Estatística, UFRGS

Sabrina Ribeiro, bacharel em Saúde Coletiva, UFRGS

Registros e aprovações nos Comitês de Ética em Pesquisa

Escola de Saúde Pública/SES-RS CAAE 69992817.5.3001.5312

Universidade Federal do Rio Grande do Sul CAAE 69992817.5.0000.5347

ÍNDICE

SEÇÃO 1	APRESENTAÇÃO	7
	<i>Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul</i>	
SEÇÃO 2	O QUE É A VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA?	16
	<i>Bruna Vargas Cunda, Jeferson Pinheiro, Maurício Polidoro, Daniel Canavese</i>	
SEÇÃO 3	QUAL É A SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS POPULAÇÕES VULNERÁVEIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL?	28
	3.1 VIOLÊNCIA CONTRA A POPULAÇÃO NEGRA	29
	<i>Jaqueline Oliveira Soares, Carlos Roberto Goes, Jeferson Pinheiro, Francyne da Silva Silva, Bruna Vargas Cunda, Maurício Polidoro, Daniel Canavese</i>	
	3.2 VIOLÊNCIA CONTRA POVOS INDÍGENAS	35
	<i>Jéssica Camila de Sousa Rosa, Guilherme de Souza Muller, Sabrina Ribeiro, Júlio Ostroski, Maurício Polidoro, Daniel Canavese</i>	
	3.3 VIOLÊNCIA CONTRA A POPULAÇÃO LGBT	39
	<i>Iuday Gonçalves Motta, Lara Yelena Werner Yamaguchi, Bruna Vargas Cunda, Maurício Polidoro, Daniel Canavese</i>	
	3.4 VIOLÊNCIA CONTRA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	51
	<i>Poala Vettorato, Nathaniel Pires Raymundo, Maurício Polidoro, Daniel Canavese</i>	
SEÇÃO 4	MAPAS	57
	<i>Maurício Polidoro</i>	

SEÇÃO 1

APRESENTAÇÃO

O presente relatório é resultado de projeto financiado pelo Programa Pesquisa para o SUS, Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS. O PPSUS é uma iniciativa de descentralização de fomento à pesquisa em saúde nas Unidades Federativas (UF) que promove o desenvolvimento científico e tecnológico, visando atender as demandas e especificidades de cada UF brasileira e contribuir para a redução das desigualdades regionais. Trata-se de uma iniciativa inovadora que adota um modelo participativo, envolvendo gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e representantes da sociedade civil.

A coordenação do PPSUS é de responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (Decit/SCTIE/MS). O programa conta com parcerias, no âmbito federal, com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e na esfera estadual, com as Fundações de Amparo à Pesquisa (FAP) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).

Em chamada pública realizada em 2017 no Rio Grande do Sul, o PPSUS apoiou 78 projetos de pesquisa distribuídos em 5 eixos principais e 23 linhas de pesquisa. Os resultados apresentados no presente relatório foram obtidos no âmbito da linha de pesquisa sobre “Estudos dos determinantes sociais em saúde em populações vulneráveis”, a qual constitui-se como área de investigação científica decisiva no sentido de identificar os principais riscos à saúde de populações vulneráveis e reduzir desigualdades.

O princípio da equidade norteia as políticas de saúde pública, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto das diferenças. No SUS, a equidade evidencia-se no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados.

Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade. O Ministério da Saúde instituiu um conjunto de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, coordenadas pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (DAGEP/SGEP/MS), a fim de reduzir as iniquidades em saúde.

Ao se discutir a integralidade e a promoção da saúde, é fundamental reconhecer que as diferentes trajetórias e condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos impactam diretamente na saúde, assim como o racismo, sexismo, misoginia, LGBTfobia e outras formas de preconceito e discriminação. Portanto, as ações em saúde voltadas a populações em situação de vulnerabilidade constituem um meio para diminuir as desigualdades persistentes e passíveis de mudanças.

O Ministério da Saúde dialoga com a sociedade civil organizada representante das populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), negra, quilombola, matrizes africanas, indígena, povo Cigano/Romani, do campo, da floresta e das águas e em situação de rua, reconhecendo e fortalecendo as diversas formas de organização e mobilização, buscando assim construir e materializar o princípio da equidade no SUS.

As situações de vulnerabilidade vivenciadas por essas populações são diversas, entretanto, um ponto em comum, infelizmente, é a discriminação. Uma das formas de expressão da discriminação e do preconceito é a violência, o que pode tornar essas populações mais expostas a agressões físicas, psicológicas e sexuais.

A notificação de violências por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação é essencial para dar visibilidade às agressões voltadas a populações em situação de vulnerabilidade e subsidiar a gestão pública no planejamento de ações de prevenção da violência e atenção à saúde.

Nesse sentido, a iniciativa presente neste Relatório Especial é fundamental para a promoção da equidade em saúde, pois volta sua atenção às populações negra, LGBT, indígena e em situação de rua, que vivenciam situações de vulnerabilidade, de preconceito e discriminação. É preciso traçar um panorama das violências que atingem essas populações a fim de munir os agentes sociais capazes de mitigá-las.

Ministério da Saúde

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)
Departamento de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DECIT)
Coordenação-Geral de Fomento à Pesquisa e Avaliação de Tecnologias
(CGPATS)

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SEGEP)
Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social
(DAGEP)
Coordenação-Geral Apoio ao Controle Social, à Educação Popular em
Saúde e às Políticas de Equidade (CGASOC)

As violências e os acidentes representam um dos maiores e mais difíceis desafios do novo perfil epidemiológico do Brasil, afetando principalmente os jovens. A ocorrência das violências na vida das pessoas pode resultar em ferimentos físicos, incapacitação, depressão, problemas de saúde física e reprodutiva, morte prematura e outras consequências sociais e econômicas.

Diante dos impactos das violências na saúde e dos marcos legais (Lei nº 8.069/1990, Lei nº 10.778/2003, Lei nº 10.741/2003, Lei nº 12.461/2011, Lei nº 13.146/2015), o Ministério da Saúde implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), constituído por dois componentes: Vigilância contínua (Viva Contínuo/Sinan), que capta dados de violência interpessoal e autoprovocada em serviços de saúde por meio da Ficha de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas; e Vigilância sentinela (Viva Inquérito), por meio de pesquisa por amostragem realizada a cada três anos, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência. A vigilância contínua objetiva a articulação e a integração com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violências, visando assim, à atenção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos.

A fim de garantir a expansão e a sustentabilidade do Viva, o Ministério da Saúde integrou a notificação de violências na 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. A Portaria nº 204/2016 define a notificação compulsória como: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública.

O Ministério da Saúde considera definição de caso de violência para fins de notificação, todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, bem como tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, violência decorrente de intervenção legal, além de violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objeto de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

O uso da informação produzida, principalmente para a gestão local, auxilia na alocação racional de recursos, na qualificação do atendimento, e reorganização de serviços, sobretudo em ações efetivas de vigilância, de promoção da saúde e prevenção dos acidentes e violências. São essas intervenções que apresentarão os maiores impactos na reversão do ônus das causas externas na vida das pessoas e do país.

A informação induz à formulação e implementação de políticas de atenção e proteção integral às pessoas em situação de vulnerabilidade para as causas externas e serve ainda ao propósito da avaliação das intervenções, permitindo corrigir rumos ou intensificar e expandir as ações exitosas.

A notificação de violências na rede pública e privada de saúde é um elemento-chave na atenção integral às pessoas, retirando os casos de violência da invisibilidade, e permitindo a articulação do setor saúde para a garantia do atendimento, dos cuidados profiláticos, do tratamento, e do seguimento na rede de cuidado e de proteção social. Portanto, para que a notificação continue a exercer esse papel é necessário que ela seja entendida como um instrumento de cuidado.

Parabenizamos a todos e todas que trabalharam no Projeto de Pesquisa para “Análise e avaliação das situações de violência no estado do Rio Grande do Sul segundo raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS”, especialmente por considerar que o conhecimento pode transformar uma sociedade e que este possa ser traduzido na construção de um mundo de paz e de justiça social e na superação das iniquidades com as populações mais vulneráveis.

Ministério da Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e
Promoção da Saúde (DANTPS/SVS/MS)

A atual produção conclui uma etapa das ações de pesquisa com financiamento público no âmbito do edital do "Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS" promovido em 2017 pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) e Ministério da Saúde. Resultou de colaborações interinstitucionais entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS), articuladas pelo grupo de pesquisas denominado Saúde, Ambiente e Desenvolvimento (SAD) e registrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Contou com o apoio e parceria para execução da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, do Departamento das Ações de Saúde (SES-RS/DAS) e do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS).

O objetivo que aqui se encerra trata de apresentar uma descrição de parte dos dados de violência interpessoal e autoprovocada registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no estado do Rio Grande do Sul durante os anos de 2014 a 2017. Para tanto envolveu atividades de uma equipe composta por servidores(as) públicos(as) de diferentes formações das áreas técnicas do estado, de professores(as) das instituições federais e, também, de estudantes pesquisadores(as).

A intenção é que possam ser ativadas análises de como a violência, enquanto fenômeno complexo e relevante na determinação social da saúde, ocorre em grupos populacionais e seus marcadores de raça/cor, etnia, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, faixa etária, deficiência e localidade geográfica. Ainda que durante o percurso da pesquisa uma série de limitações tivessem sido identificadas como, por exemplo, no que dizia respeito a completude, a qualidade do dado ou a cobertura do sistema quanto a ocorrência dos fenômenos, reconheceu-se de cunho vital a divulgação, a manutenção e o aperfeiçoamento do monitoramento da violência no sistema de saúde.

Acredita-se, pois, que esse material poderá subsidiar mais discussões interdisciplinares e intersetoriais sobre os temas. Para nós continuará a fazer parte do compromisso das ações de ensino, pesquisa e extensão da Saúde Coletiva na redução das iniquidades, na superação do racismo, da LGBT fobia, do sexismo, e outras violações discriminatórias e na construção de uma sociedade que possa reconhecer as diferenças e promover a interculturalidade.

Daniel Canavese

Sanitarista

Departamento de Saúde Coletiva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

O relatório que aqui se apresenta sobre a situação da violência contra as populações negra, LGBT, indígena e em situação de rua no Sistema Único de Saúde (SUS) do Rio Grande do Sul expõe como a violência interpessoal/autoprovocada é um agravo urgente no Brasil e nos provoca em como enfrentá-la enquanto desafio para o processo civilizatório. O ódio propagado por atos físicos, morais e psicológicos através do preconceito e de discriminações de raça/cor e etnia, de gênero, de classe, de orientação sexual, de origem geográfica, de deficiências físicas e de religião deve ser cuidadosamente monitorados pelo Estado brasileiro, em especial no Sistema Único de Saúde, e em outras instituições que são, também, potenciais notificantes, como as Instituições de Ensino. As múltiplas violências que perpassam a vida cotidiana de gaúchos e gaúchas contaminam a vida social e desencadeiam processos e dinâmicas que mantêm as desigualdades entre os grupos populacionais.

Como o relatório mostra, a violência autoprovocada atinge percentuais preocupantes em relação à população de lésbicas, de gays, de bissexuais, de travestis e transexuais, com 51,6% de reincidência. O baixíssimo quantitativo de notificações de racismo contra a população negra mostra como o racismo estrutural permeia as relações sociais no estado. Tais dados devem provocar os agentes públicos, os movimentos sociais e a sociedade civil a desagrar sumariamente a violência no caminho de construção de um Rio Grande do Sul e um Brasil tolerantes na constituição da identidade nacional.

A rede interinstitucional aqui empreendida entre o Instituto Federal do Rio Grande do Sul, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul com o apoio do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde indica como os esforços coletivos do Estado constituem-se de importante estratégia para a vigilância, o monitoramento, a análise e a divulgação de informação em Saúde. Outrossim, suscitam e instigam outras leituras multi e interdisciplinares sobre o escopo da temática, no intento de reduzir as iniquidades e fortalecer a democracia representada na Constituição Federal de 1988.

Boa leitura a todos(as).

Maurício Polidoro

Geógrafo

Instituto Federal do Rio Grande do Sul

A construção de políticas para a Promoção de Equidade é produto de processos de desenvolvimento dos movimentos sociais e da consolidação do processo democrático que se seguiu nas últimas décadas. E também, resultado do esforço realizado pelo Sistema Único de Saúde para assegurar os direitos humanos e universalizar o acesso a bens e serviços aos grupos vulneráveis.

Nessa perspectiva o desenvolvimento de pesquisas como esta: A situação da violência contra populações negra, indígena, LGBT e em situação de rua no Sistema Único de Saúde do estado do Rio Grande do Sul, vem ao encontro do defendido e vem sendo aperfeiçoado pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. É importante para que as políticas públicas de saúde sejam baseadas na necessidade da população e, principalmente, traga à luz a transversalidade das Redes de Atenção à Saúde.

Além disso é relevante ressaltar que o estudo reflete o compromisso de trabalhadores e trabalhadoras do SUS com aquilo que tem sido pautado e apresentado nos espaços de controle social, nas Conferências de Saúde, nos instrumentos de planejamento bem como nos Planos de Saúde (estadual e municipais).

Avaliamos que se trata de uma proposta de trabalho singular por propor uma discussão interseccional sobre saúde, vulnerabilidade, equidade e direitos fundamentais. Revisam e apresentam informações necessárias e urgentes a uma tomada de decisão eficiente em diferentes níveis de gestão do SUS.

Elson Romeu Farias

Diretor do Departamento de Ações em Saúde (DAS/SES-RS)

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) desenvolve a política de vigilância em saúde na condição de gestor/coordenador. Suas competências e atribuições estão descritas no Decreto no 44.050 de 05 de outubro de 2005, publicado no Diário Oficial do Estado de 06 de outubro de 2005.

Propõe-se a integrar as VIGILÂNCIAS para o desenvolvimento da nova prática sanitária na gestão do SUS, fomentando a intersetorialidade e a integração das atividades e dos sistemas de informação. Em 2011 o Decreto nº 7.508 veio regulamentar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Nesse contexto, desenvolveu-se o conceito de VIGILÂNCIA EM SAÚDE, entendido tanto como modelo de atenção quanto como proposta de gestão de práticas sanitárias.

Na concepção abrangente da Vigilância em Saúde, o objeto das ações é o controle dos fatores determinantes e condicionantes, dos riscos e dos danos à saúde da população em determinado território. A forma de organização desse modelo privilegia a construção de políticas públicas, a atuação intersetorial, assim como as intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em torno de problemas e grupos populacionais específicos, tendo por base, para o planejamento das ações, as análises de situações de saúde nas áreas geográficas municipais.

Estrategicamente, a Vigilância em Saúde é um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade, do cuidado, devendo, nesse contexto, inserir-se na construção das redes de atenção à saúde. O CEVS conta com oito divisões que desenvolvem a gestão e a descentralização das práticas de vigilância através de atividades próprias e em conjunto com os Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS), localizados nas Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS (Portaria 22/SES/2004).

São atribuições do CEVS, entre outras: (I) formular a política e propor o Plano Diretor de Vigilância em Saúde para o Estado, em sintonia com a política nacional e de acordo com a realidade dos municípios; (II) coordenar o sistema de vigilância do âmbito estadual, executando de forma complementar ou suplementar as ações de vigilância; (III) coordenar e articular o assessoramento técnico prestado por suas áreas aos municípios para a descentralização das atividades; (IV) promover a capacitação técnica e o desenvolvimento dos recursos humanos envolvidos em vigilância, assim como a difusão de informações relacionadas à saúde.

Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS)

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

SEÇÃO 2

O QUE É A VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA?

SEÇÃO 2 O QUE É A VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA?

A violência, conceito complexo e polissêmico, é um tema de abordagem recorrente no meio científico e midiático no Brasil. Até mesmo nos diálogos cotidianos da vida social, a violência nas suas mais diversas compreensões pulula como preocupação primeira, muito embora o dimensionamento da sua natureza seja, às vezes, propositalmente ou não, (re)definido a critério dos sujeitos envolvidos no debate. Em sociedades colonizadas, a violência se comporta como arena estruturante da vida e das relações sociais materiais e simbólicas, operando de forma multiescalar e interseccional¹, amparada nas desigualdades de gênero, de orientação sexual, de raça/cor, de situação social, de deficiências e de origem geográfica, posicionando-se como um importante determinante no processo saúde-doença.

Tal impacto na saúde dos sujeitos e das coletividades levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a defini-la e categorizá-la no intuito de contemplar, na compreensão do conceito ampliado de saúde, os impactos da violência em grupos e indivíduos, as causas e os fatores que corroboram com a sua perpetuação e as formas de prevenir o problema. Segundo a OMS (1996), o uso intencional de força ou poder físico, ameaçado ou real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte em ou tenha uma alta probabilidade de resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação configura violência. Fleury-Teixeira & Meneghel (2015)², ainda que comemorem a inclusão da violência como problema de saúde pública pela organização internacional, ressaltam que o precário acesso ao trabalho e a persistência de violências simbólicas e psicológicas também compõe uma problemática para a saúde das coletividades. Como Fanon (2002)³ lembra, nas sociedades fundadas através da violência, os nervos estão sempre fragilizados e os dedos no gatilho fazendo com que um incidente banal torne-se um “tiroteio”.

Rocha (1996)⁴ define violência como uma força que ultrapassa os limites das pessoas nos mais diversos aspectos: físicos, psíquicos, sociais, éticas, estéticas, políticas e religiosas, ou seja, a violência desrespeita todas de todas as formas, os direitos fundamentais do ser humano.

Bruna Vargas Cunda
Jeferson Pinheiro
Maurício Polidoro
Daniel Canavese

¹ AKOTIRENE, C. O que é interseccionalidade?. Coordenação Djamilia Ribeiro. Belo Horizonte (MG): Letramento: Justificando, 2018.

² FLEURY, E.; MENEGHEL, S. N. (Organizadoras). Dicionário feminino da Infância. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. v. 1. 422 p. 2015.

³ FANON, F. Condenados da Terra. Paris: La Découverte. 2002.

⁴ FOCHA, Z P. violência e solidão: o drama de Abelardo e Heloísa no contexto cultural do século XII. Recife: UFPE, 1996.

Palhares (2015)⁵ apresenta o conceito de violência estabelecido por Johan Galtung (1969). Segundo Galtung, a violência é um fenômeno que tem como causa a diferença entre o potencial e o real, entre o que poderia ter sido e o que é. Dessa forma, o mesmo reconhece que existem fatores que impedem ou impediram alguém de alcançar seu máximo potencial, ratificando a questão de que a origem da violência encontra-se no "espaço" da diferença entre a situação, a condição real, e a condição potencial. Partindo desse pressuposto, tudo aquilo que reduz a distância entre o real e o potencial também é considerado como violência.

O mesmo Palhares (2015, p.11-14) reitera a amplitude da violência e a presença desta nos mais diferentes níveis: ricos e pobres, em casa, na escola, no trabalho, no trânsito e nos diferentes contextos. Assim, é importante considerar na magnitude da violência classificada como interpessoal. Segundo o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência de 2014 esse tipo de violência é definida como aquela que ocorre entre os membros de uma família, parceiros(as) íntimos(as), amigos(as) e estranhos(as); nela podemos incluir os maus-tratos à criança, a violência juvenil, a violência praticada por parceiro(a) íntimo(a), abuso sexual e abuso de idosos(as), sendo considerado um grande fator de risco para problemas sociais e de saúde por toda a vida.

Considerando o panorama mundial, segundo o mesmo relatório, foram registradas mais de 1,3 milhões mortes em consequência da violência (todas as suas formas), sendo a quarta causa de morte entre indivíduos com idade de 15 a 44 anos. Desde o ano de 2000, cerca de 6 milhões de pessoas morrem em todo mundo em decorrência da violência interpessoal.

Outro tipo de violência que demanda atenção é aquela classificada como auto-infligida, que pode ser subdividida em comportamento suicida (pensamentos e tentativas de suicídio) e auto-abuso (automutilação). No mundo, estima-se que cerca de 815 mil pessoas cometeram suicídio, sendo a décima terceira causa de morte.

Diante das tipologias da violência citadas acima podemos identificar suas naturezas conforme o esquema elaborado pela OMS (2014)⁶.

⁵ PALHARES, M. F. S., SCHWARTZ, G. M. A. violência. In: Não é só a torcida organizada: o que os torcedores organizados têm a dizer sobre a violência no futebol? [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

⁶ OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.) São Paulo: 2015

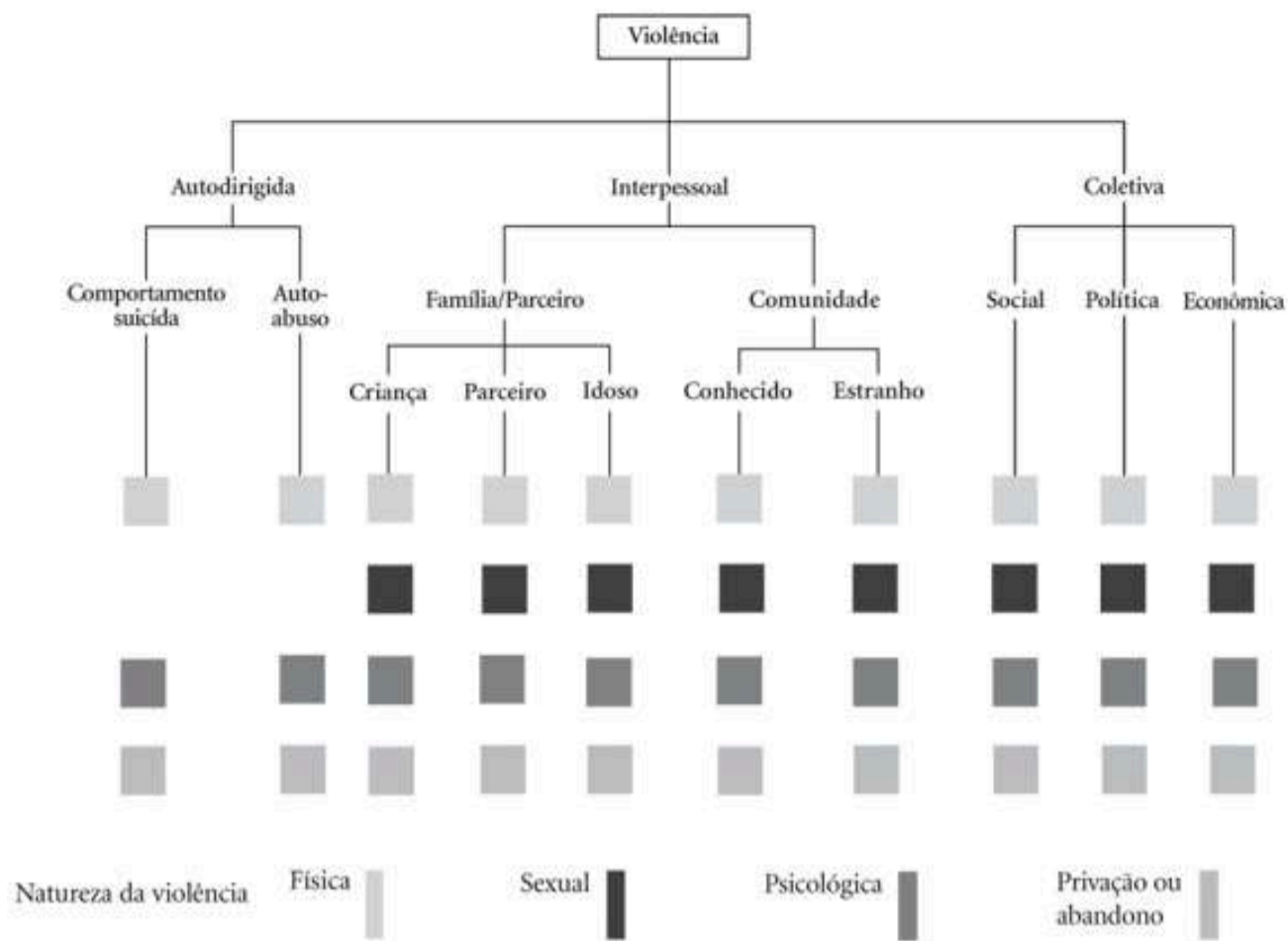


Figura 1. Tipos de violência. Fonte: OMS (2014)⁶

Antes mesmo do posicionamento da OMS sobre o tema, o Ministério da Saúde do Brasil já havia publicado, oficialmente, sua Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001), com um conceito semelhante ao da OMS sobre a violência, a considerando como “o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros - por exemplo: agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional”.

Atendendo às recomendações feitas pela OMS no relatório de 2002, em 2005 o Ministério da Saúde (MS), junto com a OPAS e o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves-Fiocruz) publicaram um relatório denominado “Impacto da violência na saúde dos brasileiros” (Brasil, 2005).

Ainda, segundo o relatório da OMS (2002), as violências podem ser categorizadas em três tipos:

VIOLÊNCIA AUTO-INFLIGIDA

A violência auto-infligida é subdividida em comportamento suicida, que inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio, também chamados de "parassuicídio" ou "autolesão deliberada" em alguns países, e suicídios completados; auto-abuso, *cutting*, que, por outro lado, inclui atos como a automutilação e as agressões contra si próprio.

VIOLÊNCIA COLETIVA

A violência coletiva é subdividida em violência macrossocial, política e econômica. Do ponto de vista social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui guerras, processos de aniquilamento de determinados povos e nações. A violência econômica inclui ataques entre grupos e nações, geralmente motivados por interesses e intenções de dominação.

VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Violência da família e de parceiro(a) íntimo(a) ou, simplesmente, **intrafamiliar**: a que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros(as) íntimos(as), normalmente no âmbito doméstico, mas não exclusivamente. Inclui as várias formas de violência contra crianças, contra mulher ou homem e contra os(as) idosos(as).

Violência comunitária: violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem ser conhecidos e/ou desconhecidos, ocorre no ambiente social em geral. Inclui violência juvenil, estupros, ataques sexuais, bem como a violência institucional, que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Minayo (2006)⁷ aponta que, no Brasil, somente na década de 80 a violência entra para a agenda política, social e do setor da saúde. Ainda, chama a atenção para o fato que a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e a OMS, somente na década de 90, iniciaram o debate especificamente da violência e não apenas das causas externas. Em 2002, a OMS produziu o *“Relatório mundial sobre violência e saúde”*. Nele, o termo ‘causas externas’, que tradicionalmente englobava ‘acidentes e violências’, foi substituído por ‘violência e saúde’. Neste relatório, a OMS não trata dos acidentes, mas somente das violências. A organização define a violência como *“o uso intencional 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”*.

Diante do exposto anteriormente e de toda a complexidade que envolve a violência, é comum que a pessoa que se encontre nesta situação sinta medo, vergonha e/ou mesmo culpa. Com isso, urge a demanda na garantia do acolhimento e dos direitos humanos que também devem incluir cuidado e atenção de uma equipe de profissionais capacitados(as) e preparados(as) para o enfrentamento, representando cuidado global ao indivíduo em situação de violência e da integridade de sua saúde.

A Notificação da Violência Interpessoal e Autoprovocada está prevista em diversas Normativas do Ministério da Saúde e faz parte da linha de cuidado e atenção da pessoa em situação de violência. Podemos encontrá-la na Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências; na Política Nacional de Promoção da Saúde; na Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011; na Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 e na Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. A Notificação é obrigatória para pessoas em situação de violência, principalmente crianças, adolescentes, crianças e idosos(as). Da mesma forma para as populações inclusas na luta pelas equidades nas políticas públicas como as populações negra (pretos e pardos), os(as) indígenas, as pessoas com deficiência, as pessoas em situação de rua e as populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).

⁷ MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência e Saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 132p. 2006.

O Ministério da Saúde reforça a importância da notificação através de Normas Técnicas e Políticas de Saúde, como a Norma Técnica de Atenção Humanizada a Pessoa em Situação de Violência Sexual; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.

Nesse sentido, em 2014, o Ministério da Saúde incluiu os campos nome social, identidade de gênero e orientação sexual na Ficha de Notificação da Violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), além do campo para preenchimento de violência motivada por homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia, na tentativa de dar visibilidade à violência vivida pela população LGBT. Para fins de vigilância em saúde, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo e aperfeiçoando sistemas nacionais de informações que permitam monitorar os acidentes e violências.

Para tanto, em 2006, iniciou-se a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) através da publicação da Portaria MS/GM nº. 1.356 de 23 de junho de 2006. O VIVA tem como finalidade obter os dados e divulgar as informações sobre as violências e os acidentes em quaisquer níveis de atendimento, permitindo conhecer a magnitude desses agravos. Na sua estrutura conta com dois componentes: a vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/outras violências interpessoais e autoprovocadas em hospitais de referências (VIVA contínuo) e a vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA sentinela) (Deslandes, 2011)⁸.

A notificação de acidentes e violências, em 2009, passa a integrar o SINAN o que permite maior acessibilidade e análise das informações. O Ministério da Saúde publicou o Instrutivo⁹ com orientações para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, buscando subsidiar os(as) profissionais que atuam nas unidades e nos serviços públicos e privados notificadores para um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados. Com a publicação do Instrutivo, espera-se a qualificação das notificações e, conseqüentemente, o aprimoramento das informações em saúde do Brasil uma melhor e justa execução das políticas públicas.

O Rio Grande do Sul passou utilizar o SINAN em 2010, pois, desde 2004, conforme Portaria SES/RS nº 40/2004, o estado utilizava o Relatório de Notificação Individual de Acidentes e Violência (RINAV), o qual era preenchido nos casos de violência (maus tratos, agressões físicas, sexuais, psicológicas e auto-agressão) e de acidentes (de trabalho, de trânsito, quedas, afogamentos, entre outros).

NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

A Portaria 204 de 17 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde do Brasil dispõe da obrigatoriedade da notificação das violências no país semanalmente pelas Secretarias Municipais de Saúde. Quando a violência for relacionada ao suicídio, a notificação deve ocorrer num prazo de até 24 horas.

⁸ DESLANDES, S. et al. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1633-1645, 2011.

Desde 2014 o SINAN, na ficha de violência interpessoal/autoprovocada inclui como preenchimento obrigatório (autodeclaração) a orientação sexual e identidade de gênero no sistema de informação. Além deste sistema, o E-SUS também coleta estas informações.

Sobre a compulsoriedade do preenchimento da ficha do SINAN, percebe-se que a Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011 incluiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificações compulsórias. Já a Portaria MS/GM nº 1.271 de 6 de junho de 2014 contemplou a violência sexual e a tentativa de suicídio na lista de notificação compulsória imediata (NCI) pelos municípios em até 24 horas e a violência doméstica e/ou outras violências na lista de notificação compulsória semanal (NCS), realizada em até 7 dias da ocorrência do agravo. Atualmente, a lista de notificação compulsória em vigor é a da Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Referente ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde PQA-VS, tem-se a Portaria de Consolidação MS/GM nº 5, de 28 de setembro de 2017, nos artigos 838 a 847, com anexos XCVIII e XCIX alterados pela Portaria nº 1.520 GM/MS, de 30 de maio de 2018, e Portaria de Consolidação MS/GM nº 6, de 28 de setembro de 2017, conforme artigos 475 a 483, as quais definem compromissos e responsabilidades no âmbito Federal, Estadual e Municipal.

De acordo com o instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, o objeto da notificação são homens e mulheres em todos os ciclos de vida quando a violência é doméstica (intrafamiliar), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal, tortura, racismo e LGBTfobia. Já nos demais casos de violência comunitária (extrafamiliar) a notificação deve ocorrer somente quando contra as crianças, os adolescentes, as pessoas idosas, os indígenas, as pessoas com deficiência e as populações LGBT e negra. Dessa forma, não há o preenchimento da ficha quando a vítima é uma pessoa do sexo masculino adulta (de 20 a 59 anos) e não pertencente aos grupos de minorias mencionados anteriormente e quando a violência for extrafamiliar e não se enquadrar em violência sexual, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal, tortura, racismo e LGBTfobia.

Quanto ao preenchimento da ficha de notificação individual, o Instrutivo, se estrutura em campos de preenchimento obrigatório (não permite a inclusão da notificação no SINAN caso não seja preenchido), campo essencial (dado necessário para a investigação do caso ou para o cálculo de indicador epidemiológico e/ou operacional) e campo chave (identifica o registro no sistema).

9



O Instrutivo do SINAN/VIVA pode ser acessado através do sítio eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde em <<http://bvsmms.saude.gov.br>>

No que tange o campo sexo, o Instrutivo orienta que seja preenchido com o código corresponde ao da pessoa atendida: M - Masculino, F - Feminino e I - Ignorado. Quando a pessoa que sofreu violência for transexual, deve-se preencher o campo autodeclaratório identidade de gênero. O campo identidade de gênero pode ser preenchido com as opções: travesti (deve ser preenchido quando a pessoa é do sexo masculino e deseja ser reconhecida como mulher, porém não tem conflito com seu sexo biológico ou genitália), mulher transexual (deve ser preenchido quando a pessoa nasceu do sexo masculino, porém se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino), homem transexual (deve ser preenchido quando a pessoa nasceu do sexo feminino, porém se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino), não se aplica (deve ser preenchido quando a identidade de gênero corresponde ao sexo biológico) e ignorado (deve ser preenchido quando não for possível responder esse campo com as informações coletadas).

O quesito raça/cor, autodeclarado, deve ser preenchido com o número corresponde à cor da pele, à raça ou à etnia declarada pela vítima, seguindo os critérios definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a saber: branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorado (quando a vítima estava inconsciente ou não sabia informar a sua raça/cor). A coleta desse quesito é de extrema importância, pois identificar o indivíduo envolve o trato com informações preciosas a respeito de como nascem, crescem, vivem e morrem. Essas informações estão intimamente ligadas à identidade racial, fator estruturante das relações sociais desiguais do Brasil, em especial no Rio Grande do Sul, um dos estados que mais sofreu o processo de branqueamento através de políticas migratórias. Entende-se que este é um dos aspectos da identidade do indivíduo e se faz, subjetivamente, em razão de o sujeito ter consciência de si mesmo e, objetivamente, por ser reconhecido no ambiente pelo outro. Reside aí a verdadeira identidade racial que não desarticula o indivíduo de sua realidade e, por isso, deve ser desvendada (SANTOS, A.B.S.; COELHO, T.C.B.; ARAÚJO, E.M, 2013)¹⁰.

¹⁰ SANTOS A. B. S.; COELHO, T. C. B.; ARAÚJO, E. M. Identificação racial e a produção da informação em saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop0313.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2018.

A análise das fichas preenchidas com o quesito raça/cor preta e parda, foi realizada de modo desagregado e, quando em conjunto, na perspectiva de composição da população negra. Portanto, segundo o Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/2010), considera-se população negra o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pelo IBGE, ou que adotam autodefinição análoga.

O campo orientação sexual foi implementado na ficha juntamente com identidade de gênero em 2014, ambos com autodeclaração, mesmo existindo recomendações para a inclusão desses campos em formulários, prontuários e sistemas de informações em saúde desde 2007, conforme 13ª Conferência Nacional de Saúde. O referido campo pode ser preenchido com: heterossexual (pessoa que se atrai afetiva/sexualmente por pessoas de gênero diverso daquele que se identifica), homossexual (pessoa que se atrai afetiva/sexualmente por pessoas de gênero igual ao que se identifica - gays e lésbicas), bissexual (pessoa que se atrai afetiva/sexualmente por pessoas de qualquer sexo), não se aplica (quando a vítima é criança de zero a 9 anos) e ignorado (quando não for possível responder esse campo com as informações coletadas).

Frisa-se que os campos de orientação sexual e identidade de gênero são de preenchimento obrigatório quando a vítima possuir idade igual ou superior a 10 anos, pois o Instrutivo utiliza os critérios de faixa etária estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja, criança é a pessoa que pertence a faixa etária de zero a 9 anos e adolescente é a pessoa que pertence a faixa etária de 10 a 19 anos.

ESTATUTO DA IGUALDADE RACIAL

É a Lei Federal 12.288 promulgada em 2010 com o intuito de minimizar as desigualdades e os impactos da discriminação racial existente e historicamente construída no Brasil.

**DE 2014 A 2017 O ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL COMPUTOU
76.478 NOTIFICAÇÕES NO SINAN, SEGUNDO DADOS DO
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA**

Referente ao campo de reincidência (ocorreu outras vezes?), deve-se preenchê-lo se o mesmo tipo de evento já ocorreu outras vezes (sim ou não), ou seja, se há ou não reincidência do mesmo fato. Caso não seja possível responder esse campo com as informações coletadas, o preenchimento deve ser como ignorado. Caso a lesão seja autoprovocada, situação em que a vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou suicídio, deve-se preencher o quadrículo com sim.

Quadro 1. Motivações de violência no SINAN.

Motivação	Definição
Sexismo	Discriminação fundamentada no sexo, a qual ocorre a partir do pressuposto de que existe na sociedade maior prestígio e poder dos homens sobre as mulheres, os quais as agredem por meio de xingamentos, atos, chantagens, entre outros.
Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia	Violência motivada em razão da orientação sexual e/ou identidade de gênero presumidas da vítima.
Racismo	Discriminação contra determinados grupos em razão da cor da pele, traços físicos e aspectos culturais.
Intolerância religiosa	Discriminação fundamentada na crença ou não crença em uma religião e/ou práticas religiosas.
Xenofobia	Discriminação fundamentada a aversão a pessoas de diferentes culturas e nacionalidades.
Conflito geracional	Ocorre quando há conflito entre gerações mais jovens e gerações mais idosas em razão de diferenças culturais, sociais ou econômicas
Situação de rua	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, conforme Decreto nº 7.053/2009.
Deficiência	Discriminação fundamentada na condição da vítima por ser pessoa com deficiência.
Outros	Quando a violência for autoprovocada ou qualquer tipo de motivação não contemplada anteriormente.
Não se Aplica	Está na ficha por questões do sistema, mas a orientação é pelo seu não preenchimento em nenhuma hipótese).
Ignorado	Quando não for possível responder esse campo com as informações coletadas.

Fonte: Ministério da Saúde⁹

SEÇÃO 3

QUAL É O PANORAMA DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/ AUTOPROVOCADA NO RIO GRANDE DO SUL?

SEÇÃO 3.1

POPULAÇÃO NEGRA

SEÇÃO 3.1 QUAL É O PANORAMA DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA NO RIO GRANDE DO SUL? POPULAÇÃO NEGRA

De acordo com o Atlas da Violência de 2018 (IPEA, 2018)¹¹ a taxa de homicídios contra a população negra brasileira, entre 2006 e 2016, aumentou 23,1%. Entretanto, a taxa entre os não negros teve uma redução de 6,8%, enquanto a taxa de homicídios de mulheres negras foi 71% superior a de mulheres não negras, desvelando a magnitude da desigualdade racial no Brasil, além de demonstrar como a população negra está mais vulnerável à violência do que os não-negros.

No Rio Grande do Sul, a partir do banco de dados do SINAN, de 2014 a 2017, computou-se um total de 76.478 notificações de violência do período analisado. Desse montante 12.749 fichas (16,7%) eram de vítimas autodeclaradas negras (campo raça/cor preenchido como pretos e pardos). Cabe citar que a população negra do Rio Grande do Sul é de 16,1%, conforme IBGE 2010.

Jaqueline Oliveira Soares
Carlos Roberto Goes
Jeferson Pinheiro
Francyne da Silva Silva
Bruna Vargas Cunda
Maurício Polidoro
Daniel Canavese

¹¹ IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da Violência 2018. Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>>. Acesso em 16 de junho de 2018.

O CENSO DEMOGRÁFICO DE 2010 DO IBGE CONTABILIZOU 10.693.929 HABITANTES NO RIO GRANDE DO SUL ENQUANTO AS ESTIMATIVAS DA FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (FEE) DO ESTADO ESTIMOU, PARA 2017, 11.280.193 MILHÕES DE PESSOAS

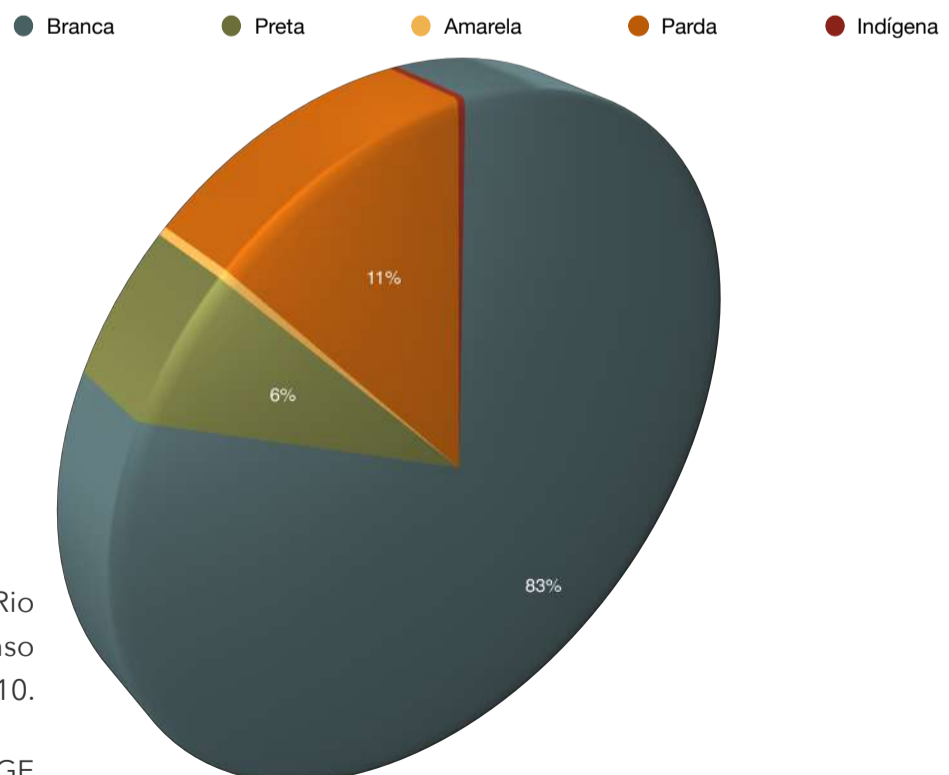


Gráfico 1. Percentual da população do Rio Grande do Sul, por raça/cor, segundo o Censo Demográfico do IBGE, 2010.

Extraído de: SIDRA/IBGE

Tabela 3.1.1 - Notificação de violência segundo a raça/cor negra (pretos e pardos), RS, Brasil, de 2014 a 2017

ANO	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Nº NOT	2.948	3.075	3.084	3.642	12.749
% / total de notificações	23,1%	24,1%	24,2%	28,6%	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

A coleta da raça/cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor são obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo IBGE e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena, conforme art. 1, Portaria nº 344/2017. É importante, neste sentido, que os profissionais não apenas saibam, como reconheçam a importância do preenchimento do da raça/cor em todos os instrumentos de coletas de dados adotados pelos serviços de saúde. Ao formularmos políticas públicas e ações de/em saúde, estes dados nos possibilitam revelar e tomar conhecimento das desigualdades em saúde (BATISTA; BARROS; 2017) e considerar o histórico de exclusão e segregação racial existentes no Brasil, germinado na escravidão e na *plantation*.

Tabela 3.1.2 - Notificação de violência segundo a raça/cor negra (pretos e pardos), faixa etária e sexo, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Faixa etária	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
até ou igual a 9 anos	1.197	13,40%	1.159	30,40%	2.356	18,50%
de 10 a 19 anos	2.150	24,10%	1.133	29,70%	3.283	25,80%
de 20 a 59 anos	5.180	58,00%	1.278	33,50%	6.458	50,70%
maior ou igual a 60 anos	404	4,50%	248	6,50%	652	5,10%
Total	8.931	100%	3.818	100%	12.749	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS



A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra traz uma série de diretrizes dedicada a esta população e está disponível no site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde em <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>

A análise da tabela 3.1.2 indica que a predominância do sexo feminino, a qual totaliza 70% das notificações da série histórica. Já o sexo masculino corresponde a 30% dos preenchimentos entre os anos de 2014 e 2017. Observa-se também que o maior número de notificações do sexo feminino se encontra na faixa etária que compreende entre os 20 e os 59 anos de idade, 5.180 ficha correspondendo a quase 50% do total.

Tabela 3.1.3 - Notificação de violência segundo a raça/cor negra (pretos e pardos), o sexo e a reincidência RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Ocorreu outras vezes?	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
Sem preenchimento	320	3,60%	104	2,70%	424	3,30%
Sim	4.203	47,10%	1.094	28,70%	5.297	41,50%
Não	2.891	32,40%	1.721	45,10%	4.612	36,20%
Ignorado	1.517	17,00%	899	23,50%	2.416	19,00%
Total	8.931	100%	3.818	100%	12.749	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

A tabela 3.1.3 referente aos dados da reincidência indicam que do total de 5.297 dos casos de pessoas negras, 4.203 (47,1%) foram de vítimas reincidentes do sexo feminino; vítimas do sexo masculino compuseram 28,7% dos casos em que a violência se repetiu (1.094 notificações).

Na tabela 3.1.4 verifica-se que a violência foi autoprovocada nas pessoas negras em 16,9% delas.

Tabela 3.1.4 - Notificação de violência segundo a raça/cor negra (pretos e pardos), sexo e se a lesão foi autoprovocada, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

A lesão foi autoprovocada?	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
Sem preenchimento	318	3,60%	97	2,50%	415	3,30%
Sim	1.435	16,10%	715	18,70%	2.150	16,90%
Não	6.844	76,60%	2.872	75,20%	9.716	76,20%
Não se aplica	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ignorado	334	3,70%	134	3,50%	468	3,70%
Total	8.931	100%	3.818	100%	12.749	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

A tabela 3.1.5, apresenta a motivação da violência das vítimas negras no estado do Rio Grande do Sul de 2014 a 2017. Em termos da qualidade da informação e completude ainda é elevado o percentual de fichas de notificação com o preenchimento outros (3.838 fichas), ignorado (3.262 fichas), vazio/sem preenchimento (2.355 fichas) e não se aplica (1.312 fichas).

Tabela 3.1.5 - Notificação de violência segundo a raça/cor negra (pretos e pardos), sexo e a motivação da violência, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Violência motivada por	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
Sexismo	801	8,97%	33	0,86%	834	6,54%
LGBTfobia	16	0,18%	18	0,47%	34	0,27%
Racismo	17	0,19%	6	0,16%	23	0,18%
Intolerância religiosa	5	0,06%	2	0,05%	7	0,05%
Xenofobia	2	0,02%	-	0,00%	2	0,02%
Conflito geracional	557	6,24%	176	4,61%	733	5,75%
Situação de rua	121	1,35%	111	2,91%	232	1,82%
Deficiência	72	0,81%	45	1,18%	117	0,92%
Outros	2.567	28,74%	1.271	33,29%	3.838	30,10%
Não se aplica	950	10,64%	362	9,48%	1.312	10,29%
Ignorado	2.212	24,77%	1.050	27,50%	3.262	25,59%
Vazio/sem preenchimento	1.611	18,04%	744	19,49%	2.355	18,47%
Total	8.931	100%	3.818	100%	12.749	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

A violência perpetrada contra a população negra é marcada pelo racismo e pela manutenção de situações de iniquidades que se perpetuam secularmente no país. Há que se considerar a estrutura da sociedade brasileira e da produção científica em conjunto com os dados divulgados. O racismo estrutural e institucional afetam o registro e a qualidade da informação no país, motivo pelo qual urgem políticas públicas específicas e efetivas para reverter este cenário e garantir a implementação de práticas antirracistas.

No nível federal, instituiu-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria GM/MS n. 992/2009) e, em 2010, o Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.288/2010) destinados a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica. Em âmbito estadual, em 2010, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra do estado Rio Grande do Sul que define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população e, em 2013, a elaboração da Resolução 636/2013-CIB/RS, que institui o Programa de Combate ao Racismo Institucional na Atenção Básica do Rio Grande do Sul (PCRI/AB-RS).

SEÇÃO 3.2
POVOS
INDÍGENAS

SEÇÃO 3.2 QUAL É O PANORAMA DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA NO RIO GRANDE DO SUL? POVOS INDÍGENAS

Ao se observar o processo de violência contra os povos indígenas, percebe-se a permanência de características históricas, como as causadas pelas disputas por territórios no contexto da colonialidade^{12,13}. Outro fator recorrente é a morte de crianças, adultos e idosos pela falta de assistência médica adequada, pela má qualidade do saneamento básico, pela falta de acesso à moradia, pela ausência de água potável entre outros direitos negligenciados que ocasionam elevados índices de mortes evitáveis (GERSEM, 2006)¹⁴.

Conforme o Atlas da Violência (IPEA, 2018), entre 2006 e 2016, o número de mulheres indígenas mortas no país foi de 98, evidência do acúmulo de opressões e de violências que os povos originários sofrem continuamente, além de retratar a relação existente entre a violência e a condição sociocultural vivida por mulheres indígenas.

Os dados de notificação de violência no SINAN no estado do Rio Grande do Sul, no período de 2014 a 2017, do computo total de fichas apontam para 399 (0,5%) cujas vítimas tinham a identificação indígena assinalada no campo de raça/cor.

Jéssica Camila de Sousa Rosa
Guilherme de Souza Muller
Sabrina Ribeiro
Júlio Ostroski
Maurício Polidoro
Daniel Canavese

¹² Compreende-se colonialidade a partir de Maldonado-Torres (2018) enquanto uma lógica global de desumanização, produto da colonização europeia, ainda atuante no Brasil. A colonialidade imprime efeitos materiais, epistêmicos e simbólicos que perpetuam a dizimação de minorias.

¹³ MALDONADO-TORRES, N. Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. José Bernardino-Costa, Nelson Maldonado-Torres, Ramón Grosfoguel (orgs.). Editora Autêntica. 366p. 2018.

¹⁴ GERSEM, Luciano dos Santos. O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

Tabela 3.2.1 - Notificação de violência segundo a raça/cor negra (indígenas), RS, Brasil, de 2014 a 2017

Ano	2014	2015	2016	2017	Total
Nº de notificações	84	104	87	124	399
% / total de notificações	21,0%	26,1%	21,8%	31,1%	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Na tabela 3.2.2, podemos observar a distribuição dos casos de violência notificados, por faixa etária e sexo. Referente ao sexo percebemos que nessa série histórica, a violência contra a população indígena é maior contra as mulheres (274 casos) e a faixa etária de 20 a 59 anos concentra a maior quantidade de casos (217), em ambos os sexos.

Tabela 3.2.2. Notificação de violência segundo a raça/cor indígena, faixa etária e sexo, RS, Brasil, de 2014 a 2017

Faixa etária	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
até ou igual a 9	33	12,00%	22	17,60%	55	13,80%
de 10 a 19	84	30,70%	29	23,20%	113	28,30%
de 20 a 59	150	54,70%	67	53,60%	217	54,40%
maior ou igual a 60	7	2,60%	7	5,60%	14	3,50%
Total	274	100%	125	100%	399	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

A tabela 3.2.3 indica que das 274 notificações de violência contra as mulheres indígenas, 101 foram de casos recorrentes; 126 foram de episódios que não haviam ocorrido outras vezes e a opção ignorado ou vazio/sem preenchimento somaram 47. No que tange os casos de violência contra indígenas do sexo masculino tem-se 27 de casos que já haviam ocorrido outras vezes e 69 sem reincidência. As opções ignorado ou vazio/sem preenchimento somaram 29.

Tabela 3.2.3. Notificação de violência segundo a raça/cor indígenas, o sexo e a reincidência RS, Brasil, de 2014 a 2017.

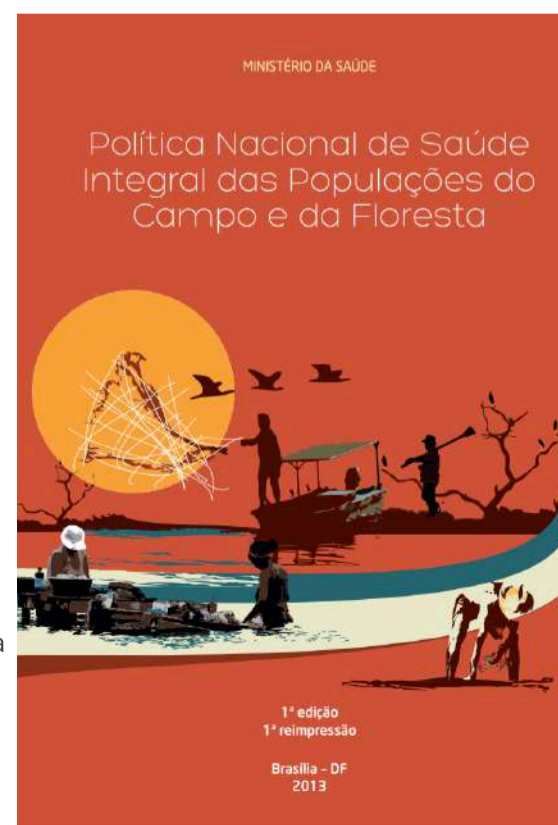
Ocorreu outras vezes?	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
Não preenchido	11	4,00%	7	5,60%	18	4,50%
Sim	101	36,90%	27	21,60%	128	32,10%
Não	126	46,00%	69	55,20%	195	48,90%
Ignorado	36	13,10%	22	17,60%	58	14,50%
Total	274	100%	125	100%	399	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (Portaria nº 254, de janeiro de 2002) afirma que “as causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população”. Em consequência disso, a política prevê ações de “acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas”. O estado do Rio Grande do Sul é pioneiro no Brasil por prever um incentivo específico a esta população. Tal fomento, criado em 2003, atualmente é estabelecido pela Portaria 946, de dezembro de 2015, que repassa aos municípios recursos para o estímulo e a qualificação da atenção básica nas comunidades indígenas. Devido ao seu ampliado escopo de atuação, o corpo regimental busca atender as necessidades locais como a de educação permanente, o fortalecimento dos conselhos locais e a gestão e a atenção das equipes.

A violência, contudo, perdura como uma problemática a ser extinta, em que pese ainda os conflitos fundiários causados pela delimitação das terras indígenas e outras violações de direitos humanos. Outrossim, cabe lembrar que nas tradições dos povos nativos a violência é um conceito ainda mais complexo, extrapolando a consideração existente nos marcos regulatórios das tipologias de violência como discutidos no início deste relatório. A violência contra povos indígenas é um tema que perpassa o desrespeito às questões fundiárias, culturais e modos de vida específicos. Não pretendemos aqui esgotar esse tema, apenas trazer à luz uma pequena parcela da problemática através das notificações de violência na saúde e pontuar que este é um debate urgente no meio técnico e científico, bem como para o campo das políticas públicas e da saúde dos povos indígenas, no contexto do histórico colonial brasileiro.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta traz uma série de diretrizes dedicada a esta população e transversaliza com a realidade dos povos indígenas, em especial das ligações com o território. O documento está disponível no site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde em <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>



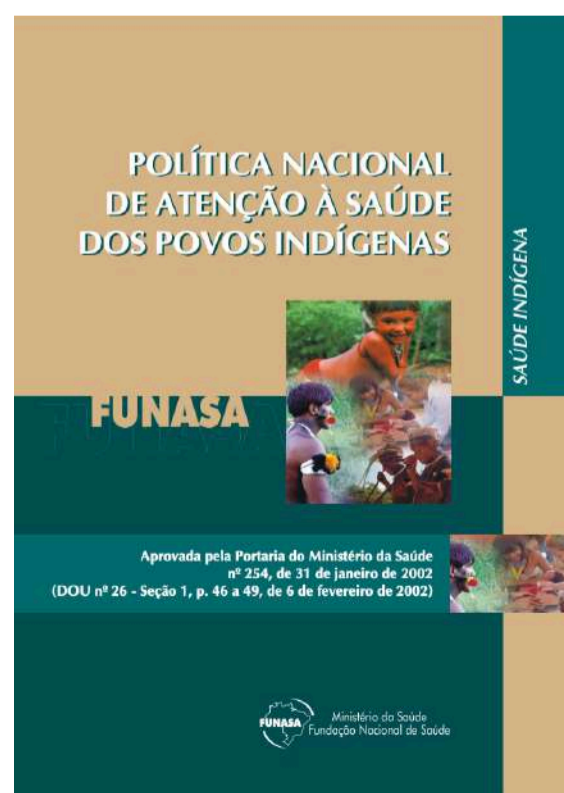
A tabela 3.2.4, sobre as lesões autoprovocadas, observa-se 18 casos para as mulheres e 21 para os homens.

Tabela 3.2.4. Notificação de violência segundo a raça/cor indígena, sexo e se a lesão foi autoprovocada, RS, Brasil, de 2014 a 2017

Sexo/Lesão autoprovocada	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
Não preenchido	11	4,00%	5	4,00%	16	4,00%
Sim	18	6,60%	21	16,80%	39	9,80%
Não	240	87,60%	95	76,00%	335	84,00%
Não se aplica	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ignorado	5	1,80%	4	3,20%	9	2,30%
Total	274	100%	125	100%	399	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

A tabela 3.2.5 informa sobre a motivação da violência e, desconsiderando os campos não se aplica e ignorado (que representam, no total, 188 fichas) as violências contra pessoas do sexo feminino predominam em campos preenchidos como outros (n=55); vazio/sem preenchimento (n=51); sexismo (n=23); conflito geracional (n=13) e situação de rua (n=6). Para as vítimas do sexo masculino as principais motivações de violência são outros (n=30); vazio/sem preenchimento (n=21); sexismo (n=3), conflito geracional (n=3) e deficiência (n=3). É importante atentar à quantidade de motivações marcadas como outros ou deixadas em branco (vazio/sem preenchimento), desafios de aprimoramento da completude e, conseqüentemente, da qualidade da informação.



A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas traz uma série de diretrizes dedicada a esta população e está disponível no site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde em <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>

Tabela 3.2.5. Notificação de violência segundo a raça/cor indígena, sexo e a motivação da violência, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Violência motivada por:	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
Não preenchido	51	18,60%	21	16,80%	72	18,00%
Sexismo	23	8,40%	3	2,40%	26	6,50%
Homofobia/Lesbofobia/ Bifobia/Transfobia	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Racismo	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Intolerância religiosa	0	0,00%	1	0,80%	1	0,30%
Xenofobia	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Conflito geracional	13	4,70%	3	2,40%	16	4,00%
Situação de rua	6	2,20%	1	0,80%	7	1,80%
Deficiência	1	0,40%	3	2,40%	4	1,00%
Outros	55	20,10%	30	24,00%	85	21,30%
Não se aplica	62	22,60%	34	27,20%	96	24,10%
Ignorado	63	23,00%	29	23,20%	92	23,10%
Total	274	100%	125	100%	399	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Uma das políticas públicas mais importantes para o campo da saúde indígena foi a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, através da Lei 9.836/99 de setembro de 1999. O Ministério da Saúde implementou, a partir daquele momento, uma nova forma de gestão da saúde através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), além da criação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Essas equipes têm como desafio atuar em conjunto para prover atenção à saúde no contexto indígena no Rio Grande do Sul. A primazia pela organização étnica de cada DSEI ocorreu justamente por cada etnia possuir concepções diferentes do processo saúde-doença, assim como da própria violência que continuam a ser vítimas. Portanto, para o enfrentamento de situações complexas como a da violência no contexto indígena, foi relevante a nova conformação de gestão da saúde indígena.

SEÇÃO 3.3

POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

SEÇÃO 3.3 QUAL É O PANORAMA DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA NO RIO GRANDE DO SUL? POPULAÇÃO LGBT

A violência contra a população LGBT no Brasil se constitui como um importante eixo de mobilização social e é uma temática sobre a qual se debruçam diversos(as) pesquisadores(as). Se, por um lado, a Parada do Orgulho LGBT de São Paulo se manifesta como o maior evento desta natureza no mundo ou o fato de Porto Alegre sediar dois eventos anuais de celebração dos direitos humanos e da população LGBT, o país também se mantém como um dos mais hostis contra essa mesma população, com expressiva letalidade, sobretudo, contra transexuais e travestis. Tal informação resulta do acompanhamento sistemático do movimento LGBT, em especial o Grupo Gay da Bahia, a Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil (RedeTrans) e a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), a partir das mortes veiculadas na mídia e nas redes sociais evidenciando a negligência do Estado quanto a produção de estatísticas sobre este segmento (CARRARA, 2012; EFREM FILHO, 2016; PRADO e MACHADO, 2008)^{15, 16, 17}. As perseguições do Estado brasileiro contra a população LGBT tem origem nas Inquisições promovidas pelo poder colonial e percorre o século XX, como mostra a pseudo-pesquisa científica do médico Leonídio Ribeiro (RIBEIRO, 2010) que, na década de 1930, submeteu homens homossexuais a procedimentos de perícia com resultados científicos inverídicos, violando o que atualmente se comuna como ética em pesquisa e respeito aos direitos humanos.

A violência contra os(as) LGBT reflete as características da construção sócio-histórica e mobilização civil destes grupos sociais, diverso em si e agrupado em torno de suas especificidades e interseccionalidades. Atualmente, denominamos a violência praticada contra gays e lésbicas como homofobia; a violência contra bissexuais como bifobia e transfobia a violência praticada contra transexuais e travestis. Todavia, o termo homofobia expressou, durante algum tempo, o conceito geral da violência praticada contra os(as) LGBT:

Iuday Gonçalves Motta
Lara Yelena Werner Yamaguchi
Bruna Vargas Cunda
Maurício Polidoro
Daniel Canavese

¹⁵ CARRARA, S. Discrimination, policies, and sexual rights in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 184-189, jan. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201200100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2018.

¹⁶ EFREM FILHO, R. Corpos brutalizados: conflitos e materializações nas mortes de LGBT. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 46, p. 311-340, abr. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332016000100311&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 16 jul. 2018.

¹⁷ PRADO, M. A.; MACHADO, F. V. Preconceito contra homossexualidades: A hierarquia da invisibilidade. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

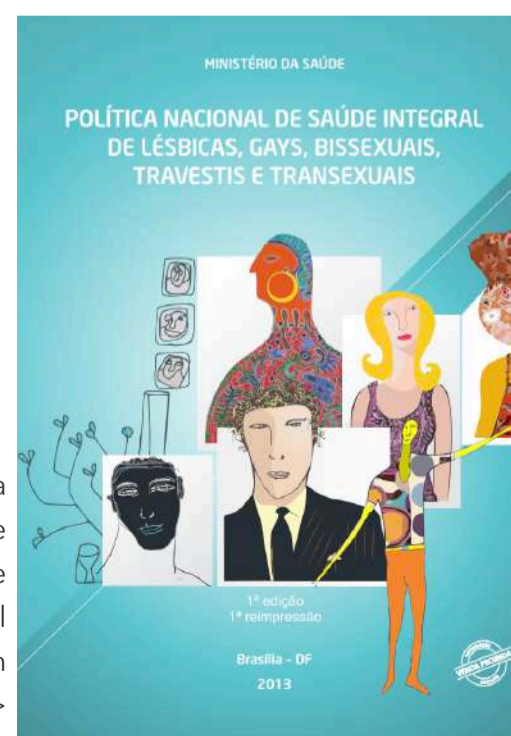
[...] a hostilidade geral, psicológica e social em relação a aqueles e aquelas que supõe-se desejar indivíduos de seu próprio sexo ou ter práticas sexuais com os mesmos. Forma específica de sexismo, a homofobia também rejeita todos que não se conformam com o papel pré-determinado ao seu sexo biológico. Construção ideológica que consiste na promoção de uma forma de sexualidade (hétero) em detrimento de outra (homo), a homofobia organiza uma hierarquização das sexualidades e extrai dela consequências políticas. (BORILLO, 2001, p.31 apud MELLO et al., 2014, tradução nossa)

Constata-se que, desde 2001, há uma preocupação do Ministério da Saúde com a população LGBT, conforme documento Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, que propõe a articular parcerias:

[...] entre órgãos governamentais, institutos de pesquisas e Universidades visando a estabelecer estratégias específicas e instrumentos técnicos que possam mapear a condição socioeconômica da população homossexual e monitorar indicadores de resultados sobre o combate à discriminação por orientação sexual, a serem posteriormente estabelecidos. [...] Criar instrumentos técnicos para diagnosticar e avaliar as múltiplas formas de discriminação combinadas com o racismo, homofobia e preconceito de gênero (2004, p. 16,20 e 26).

Em 2006, reunidos na Universidade Gadjah Mada, em Yogyakarta, Indonésia, 29 especialistas de 26 países adotaram, por unanimidade, um conjunto de princípios que versam sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Este documento, resultante dos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos, em nome de uma coalizão de organizações de direitos humanos, constitui os Princípios de Yogyakarta, um marco histórico e conceitual de relevante importância para a comunidade LGBT internacional.

A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT traz uma série de diretrizes dedicada a esta população e está disponível no site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde em <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>



A saúde, no seu conceito ampliado, apresenta-se como estratégia importante para a produção de informações sobre os(as) LGBT, em parte pela amplitude e consistência da própria política pública, de tal maneira que a 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, realizada em 2008 com o tema Direitos Humanos e Políticas Públicas: o Caminho para Garantir a Cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, propôs:

[...] 9. Incluir e garantir a implantação/implementação dos quesitos cor, etnia e raça, portador de deficiência, orientação sexual e identidade de gênero, bem como o uso do nome social em todos os formulários e sistemas de informação do SUS, capacitando os profissionais para o correto preenchimento. [...]

30. Implantar e Implementar, em consonância com os programas nacionais contra a violência, ações de vigilância, prevenção e atenção a violência contra os a população LGBT e a devida notificação. [...]

66. Garantir que todos os formulários de identificação/notificação e investigação contemplem a identidade de gênero e orientação sexual.

67. Adotar em todo o texto da nomenclatura de homens e mulheres transexuais, quando referente à população transexual e separadamente homens e mulheres, onde for específico. [...]

162. Adotar em todo o texto a nomenclatura de homens e mulheres transexuais, quando referente à população transexual e separadamente homens e mulheres, onde for específico (2008).

Em 2011, quando realizada a 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, Por um país livre da pobreza e da discriminação: Promovendo a Cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a discussão avançou e apontou os aspectos constituintes das relações de subalternidade:

[...] ENFRENTAMENTO AO SEXISMO E MACHISMO

Diretriz 2 - Intersetorialidade das políticas públicas LGBT e demais políticas de governo para combate ao machismo, sexismo, racismo, lesbofobia, bifobia, transfobia e homofobia, em todas as esferas de governo; transversalizando as questões de gênero, raça e etnia, orientação sexual, expressão e identidade de gênero, geracional, mulheres, travestis e transexuais, pessoas com deficiência, povos indígenas e comunidades tradicionais.

SAÚDE

Diretriz 2 - Inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero na Política de Educação Permanente no SUS e na Política para o Controle Social, com participação dos trabalhadores, Conselhos e LGBT, com ênfase no combate a lesbo-homo-bi-transfobia, racismo, capacitismo, machismo, sexismo, misoginia e na promoção da saúde LGBT (2011).

Em dezembro de 2011 foi instituída pela Portaria nº 2.836 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), com o objetivo de garantir, entre outros direitos, o uso do nome social de travestis e transexuais. Consta também, no referido dispositivo, que compete ao Ministério da Saúde:

[...] incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS (Portaria 1.271 de 6 de junho de 2014).

A 3ª Conferência Nacional LGBT, realizada em 2016, teve em sua temática a ênfase no enfrentamento à questão abordada, sob o lema Por um Brasil que Criminalize a Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Deste ciclo de conferências, ressaltamos a criação do Sistema Nacional de Promoção de Direitos e Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, os Relatórios de Violência Homofóbica e o Comitê Nacional de Políticas Públicas LGBT, além da instituição do Dia Nacional de Combate à Homofobia, seguindo o calendário internacional, em alusão à exclusão da homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde.

No Rio Grande do Sul ressalta-se a Lei nº 11.872 de 19 de dezembro de 2002, que dispõe sobre a promoção e reconhecimento da liberdade de orientação, de prática, de manifestação, de identidade e de preferência sexual, cujas disposições prevêm penalidades aplicáveis aos atos discriminatórios, com os valores revertidos para campanhas educativas; o Decreto nº 48.118 de 27 de junho de 2011, que dispõe sobre o tratamento nominal, inclusão e uso do nome social de travestis e transexuais nos registros estaduais relativos a serviços públicos prestados no âmbito do Poder Executivo Estadual e o Decreto nº 49.122 de 17 de maio de 2012, que institui o documento com nome social para travestis e transexuais no estado do Rio Grande do Sul. Ainda em 2011, o Rio Grande do Sul lançou a campanha Rio Grande sem Homofobia, com vistas a estimular a denúncia deste tipo de violência através do Disque 100. A Portaria SES nº 592/2013 instituiu o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT estadual para subsidiar o avanço da Equidade na Atenção à Saúde da População LGBT, o combate à homofobia e dar outras providências (reformulada pela Portaria nº 211/2018) sendo a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População LGBT instituída através da Portaria SES nº 343/2014.

Tabela 3.3.1. Notificação de violência segundo a orientação sexual (bissexual e homossexual), RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Ano	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Total de notificações	64	271	247	401	983
% de notificações	6,5%	27,6%	25,1%	40,8%	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Do total das 76.478 fichas de notificação da violência no SINAN de de 2014 (quando incluiu-se os campos referentes à orientação sexual e identidade de gênero) a 2017, 983 fichas (1,3%) foram de vítimas identificadas como “homossexual” e “bissexual” (Tabela 3.3.1). As vítimas identificadas como “travesti”, “mulher transexual” e “homem transexual” totalizaram 577 registros (0,8%) conforme aponta a tabela 3.3.2.

Tabela 3.3.2. Notificação de violência segundo a identidade de gênero (travesti, mulheres e homens transexuais), RS, Brasil, de 2014 a 2017

Ano	2014	2015	2016	2017	Total
Nº de notificações	42	162	139	234	577
% de notificações	7,3%	28,1%	24%	40,6%	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

No tocante aos campos da orientação sexual (exceto heterossexual) e sexo, conforme a tabela 3.3.3, foram identificados 504 casos notificados de violência contra mulheres lésbicas e 328 contra homens gays. Ainda houve 119 registros referentes à violência sofrida por mulheres bissexuais e 31 por homens bissexuais. Cabe apontar o número elevado de fichas cujo campo não foi preenchido, ignorado ou não se aplica, afetando a completude e, conseqüentemente, a análise.

Tabela 3.3.3. Notificação de violência segundo a orientação sexual (exceto heterossexual), por sexo, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Orientação sexual	Sexo					
	Feminino		Ignorado		Masculino	
Não preenchido	9.761	30,71%	0	0,00%	4290	25,45%
Homossexual(gay/lésbica)	504	1,60%	1	12,50%	328	1,94%
Bissexual	119	0,37%	0	0,00%	31	0,18%
Não se aplica	10.099	31,77%	6	75,00%	7188	42,64%
Ignorado	11.302	35,55%	1	12,50%	5019	29,77%
Total	31.785	100%	8	100%	16.856	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Em relação ao sexo registrado na ficha de notificação e a identidade de gênero, 78 das travestis foram declaradas do sexo masculino; entre as mulheres transexuais 354 foram identificadas com o sexo feminino e entre homens transexuais 71 tiveram o sexo masculino registrado na ficha de notificação (Tabela 3.3.4).

Tabela 3.3.4. Notificação de violência segundo identidade de gênero (travesti, mulheres e homens transexuais), por sexo, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Identidade de Gênero	Sexo					
	Feminino		Ignorado		Masculino	
Travesti	1	0,26%	0	0,00%	78	39,60%
Mulher Transexual	354	93,40%	0	0,00%	48	24,36%
Homem Transexual	24	6,34%	1	100%	71	36,04%
Total	379	100%	1	100%	197	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Tabela 3.3.5. Notificação de violência segundo a orientação sexual (bissexual e homossexual) , sexo feminino e raça/cor, RS, Brasil, de 2014 a

Orientação sexual	Feminino													
	Raça/Cor													
	Não preenchido		Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Ignorado	
Não preenchido	93	44,49%	7.408	30,81%	566	28,41%	21	27,27%	1.046	33,23%	51	37,78%	576	26,39%
Lésbica	3	1,43%	394	1,63%	39	1,95%	1	1,30%	44	1,40%	3	2,22%	20	0,92%
Bissexual	0	0,00%	82	0,34%	14	0,70%	1	1,30%	19	0,60%	1	0,74%	2	0,09%
Não se aplica	57	27,27%	7.870	32,73%	577	28,96%	28	36,36%	957	30,40%	45	33,33%	565	25,88%
Ignorado	56	26,79%	8.287	34,47%	796	39,95%	26	33,77%	1.082	34,37%	35	25,93%	1.020	46,72%
Total	209	100%	24.041	100%	1.992	100%	77	100	3.148	100%	135	100%	2.183	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Tabela 3.3.6. Notificação de violência segundo a orientação sexual (bissexual e homossexual) , sexo masculino e raça/cor, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Orientação sexual	Masculino													
	Raça/Cor													
	Não preenchido		Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Ignorado	
Não preenchido	59	37,11%	3.204	25,37%	228	23,24%	7	15,56%	516	28,06%	21	27,27%	255	22,45%
Gay	0	0,00%	249	1,97%	26	2,65%	1	2,22%	44	2,39%	5	6,49%	3	0,26%
Bissexual	0	0,00%	26	0,21%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,16%	0	0,00%	2	0,18%
Não se aplica	58	36,48%	5.473	43,34%	408	41,59%	20	44,44%	742	40,35%	26	33,77%	461	40,58%
Ignorado	42	26,42%	3.676	29,11%	319	32,52%	17	37,78%	525	28,55%	25	32,47%	415	36,53%
Total	159	100%	12.628	100%	981	100%	45	100%	1.839	100%	77	100%	1.136	100

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Tabela 3.3.7. Notificação de violência segundo a identidade de gênero (travesti, mulheres e homens transexuais) e raça/cor, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Identidade de Gênero	Raça/Cor											
	Não preenchido		Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena	
Travesti	0	0,00%	56	12,73%	6	16,22%	1	33,33%	15	19,74%	0	0,00%
Mulher Transexual	1	100%	300	68,18%	29	78,38%	2	66,67%	55	72,37%	2	50%
Homem Transexual	0	0,00%	84	19,01%	2	5,41%	0	0,00%	6	7,89%	2	50%
Total	1	100%	440	100%	37	100%	3	100%	76	100%	4	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Tabela 3.3.8. Notificação de violência segundo a orientação sexual (homossexual e bissexual) por faixa etária e sexo RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Faixa etária	Homossexual(gay/lésbica)		Bissexual		Total	
até ou igual a 9	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
de 10 a 19	245	29,41%	59	39,33%	304	30,93%
de 20 a 59	546	65,55%	88	58,67%	634	64,50%
maior ou igual a 60	42	5,04%	3	2,00%	45	4,58%
Total	833	100%	150	100%	983	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Dos casos notificados das vítimas com o campo orientação sexual preenchido como homossexual, 245 ocorreram entre pessoas entre 10 e 19 anos, 546 entre 20 a 59 anos e 42 na faixa etária maior ou igual a 60 anos. Entre os bissexuais, 59 dos casos notificados ocorreram entre pessoas com idade entre 10 e 19 anos, 88 entre 20 a 59 anos e 3 na faixa etária maior ou igual a 60 anos, como mostra a tabela 3.3.8.

A tabela 3.3.9 apresenta a reincidência da violência segundo a orientação sexual. 232 casos de violência contra lésbicas foram identificados como reincidentes, 68 casos de bissexuais do sexo feminino, 126 casos de violência contra gays e 16 casos de bissexuais do sexo masculino.

Tabela 3.3.9. Notificação de violência segundo a orientação sexual (homossexual), por sexo e reincidência RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Ocorreu outras vezes?	Feminino				Masculino			
	Orientação sexual							
	Lésbica		Bissexual		Gay		Bissexual	
Não preenchido	6	1,20%	0	0,00%	2	0,60%	0	0,00%
Sim	232	46,00%	68	57,10%	126	38,40%	16	51,60%
Não	212	42,10%	41	34,50%	166	50,60%	13	41,90%
Ignorado	54	10,70%	10	8,40%	34	10,40%	2	6,50%
Total	504	100%	119	100%	328	100,00%	31	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

As tabelas 3.3.10 e 3.3.11 demonstram a notificação de violência em pessoas LGBT e a motivação, segundo instrutivo do Ministério da Saúde e que prevê a marcação de uma única motivação por ficha de notificação.

Há ainda desafiadoras questões de completude e qualidade do dado para que as análises sejam conduzidas.

Tabela 3.3.10. Notificação de violência segundo a orientação sexual (bissexual e homossexual), sexo e a motivação da violência, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Violência motivada por:	Feminino				Masculino			
	Orientação sexual							
	Lésbica		Bissexual		Gay		Bissexual	
Não preenchido	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Sexismo	44	8,73%	19	15,97%	15	4,57%	2	6,45%
LGBTfobia	43	8,53%	2	1,68%	20	6,10%	1	3,23%
Racismo	0	0,00%	0	0,00%	2	0,61%	0	0,00%
Intolerância religiosa	0	0,00%	0	0,00%	1	0,30%	0	0,00%
Xenofobia	1	0,20%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Conflito geracional	51	10,12%	9	7,56%	33	10,06%	2	6,45%
Situação de rua	11	2,18%	7	5,88%	21	6,40%	1	3,23%
Deficiência	5	0,99%	0	0,00%	1	0,30%	0	0,00%
Outros	150	29,76%	40	33,61%	107	32,62%	14	45,16%
Não se aplica	53	10,52%	13	10,92%	41	12,50%	4	12,90%
Ignorado	146	28,97%	29	24,37%	87	26,52%	7	22,58%
Total	504	100%	119	100%	328	100%	31	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Tabela 3.3.11. Notificação de violência segundo a identidade de gênero (travesti, mulheres e homens transexuais) e a motivação da violência, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Violência motivada por:	Identidade de Gênero					
	Travesti		Transexual Mulher		Transexual Homem	
Não preenchido	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Sexismo	6	7,59%	31	7,71%	5	5,21%
LGBTfobia	10	12,66%	21	5,22%	6	6,25%
Racismo	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Intolerância religiosa	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Xenofobia	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Conflito geracional	12	15,19%	65	16,17%	7	7,29%
Situação de rua	10	12,66%	14	3,48%	8	8,33%
Deficiência	2	2,53%	3	0,75%	0	0,00%
Outros	17	21,52%	120	29,85%	29	30,21%
Não se aplica	4	5,06%	39	9,70%	18	18,75%
Ignorado	18	22,78%	109	27,11%	23	23,96%
Total	79	100%	402	100%	96	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Tabela 3.3.12. Notificação de violência segundo a orientação sexual (exceto heterossexual) e se a lesão foi autoprovocada, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

A lesão foi autoprovocada?	Homossexual(gay/lésbica)		Bissexual		Total	
Não preenchido	5	0,60%	1	0,67%	6	0,61%
Sim	292	35,05%	67	44,67%	359	36,52%
Não	517	62,06%	78	52,00%	595	60,53%
Não se aplica	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Ignorado	19	2,28%	4	2,67%	23	2,34%
Total	833	100%	150	100%	983	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

A lesão autoprovocada esteve presente em 292 dos(as) autodeclarados(as) homossexuais e 67 dos(as) bissexuais conforme a tabela 3.3.12. Em relação ao total das notificações classificadas segundo cada identidade, travestis apresentaram 18 casos de lesão autoprovocada, mulheres transexuais apresentaram 101 e 30 casos de homens transexuais conforme a tabela 3.3.13.

Tabela 3.3.13. Notificação de violência segundo a identidade de gênero (travestis, mulheres e homens transexuais) e se a lesão foi autoprovocada, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

A lesão foi autoprovocada?	Travesti		Transexual Mulher		Transexual Homem		Total	
Não preenchido	0	0,00%	2	0,50%	0	0,00%	2.636	3,40%
Sim	18	22,80%	101	25,10%	30	31,30%	16.467	21,50%
Não	59	74,70%	288	71,60%	64	66,70%	54.115	70,80%
Ignorado	2	2,50%	11	2,70%	2	2,10%	3.260	4,30%
Total	79	100%	402	100%	96	100%	76.478	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

SEÇÃO 3.4

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

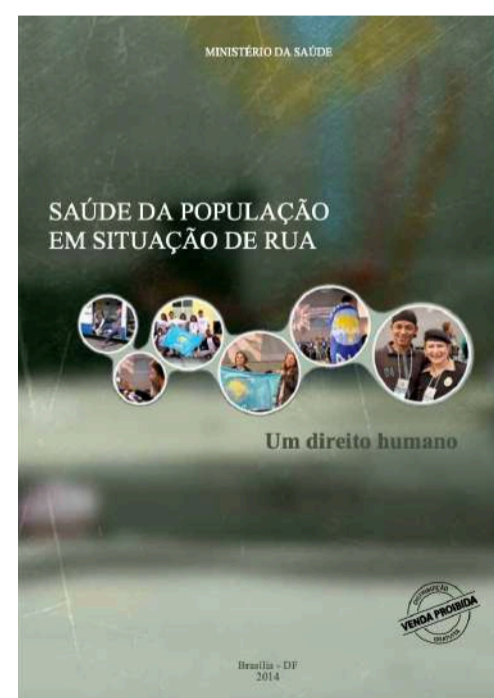
SEÇÃO 3.4 QUAL É O PANORAMA DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA NO RIO GRANDE DO SUL? POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A População em Situação de Rua, a partir do Decreto 7.053 que instituiu a Política Nacional para População em Situação de Rua, é definida como "o grupo heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular e aqueles que utilizam 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".

A ausência de vínculos familiares, a perda de parceiros e pessoas de referência, o desemprego, a perda da autoestima, o alcoolismo, o uso de drogas, transtornos mentais e a violência são alguns dos principais fatores que podem levar as pessoas a morar nas ruas. A população em situação de rua também convive com diversas formas de indiferença, preconceito e discriminação, que configuram e agravam um complexo processo de exclusão social.

A exposição à violência é uma circunstância muito presente no cotidiano da população que se encontra em situação de rua. A organização do Movimento Nacional da População de Rua surgiu em um contexto de indignação e de debate público acerca de inúmeros e marcantes episódios de violência sofridos por essa população. Entre as violações mais evidentes que acometem esta população, podem-se enumerar chacinas, espancamentos, jatos de água, coação, criminalização da situação de rua e da pobreza, apreensão de documentos e de pertences e o impedimento de acesso a serviços e espaços públicos. Segundo dados do Centro Nacional de Defesa de Direitos Humanos da População em Situação de Rua e Catadores de Material Reciclável (CNDDH), apenas entre março e agosto de 2017 foram registradas 419 denúncias de violência e 69 assassinatos de pessoas em situação de rua no país.

Poala Vettorato
Nathaniel Pires Raymundo
Maurício Polidoro
Daniel Canavese



Algumas das estratégias para enfrentar as desigualdades em saúde para a população de rua está no documento de 2014 "Saúde da População em Situação de Rua" e está disponível no site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde em <<http://bvsmms.saude.gov.br/>

Ao longo dos anos 90, movimentos sociais buscaram articular-se para dar visibilidade aos direitos e necessidades da população que tem nas ruas seu espaço de moradia e de sobrevivência, o que culminou com o surgimento de políticas públicas. No ano de 2009, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, reconhecendo essa população não apenas como merecedora de políticas sociais, mas também como sujeitos de direitos. No estado do Rio Grande do Sul, foi instituído em 2014, o Comitê Intersetorial com a finalidade de elaborar a Política Estadual para a População em Situação de Rua, Enfrentamento à Violência e a Discriminação Institucionais, a partir do Decreto nº 52.072 (Rio Grande do Sul, 2014a). Não há, portanto, a Política Estadual constituída, e o Comitê teve suas atividades retomadas no segundo semestre de 2016.

Tendo em vista a considerável exposição a situações de risco e violência às quais fica exposta a população em situação de rua, é apresentada abaixo uma análise preliminar dos dados de notificação de violência exercida contra essa população.

No período de 2014 a 2017 no SINAN entre as 76.478 fichas de notificação de violência no período, 899 (1,2%) das notificações são referentes à motivação como população em situação de rua, conforme a tabela 3.4.1.

Tabela 3.4.1. Notificação de violência como motivação pessoas em situação de rua, por ano, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Ano	2014	2015	2016	2017	Total
Total de notificações	88	209	293	309	899
% do total de notificações	9,8%	23,2%	32,6%	34,4%	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Na tabela 3.4.2, é apresentada a distribuição dos casos de violência por motivação pessoa em situação de rua considerando o sexo e a raça/cor. Observa-se que as pessoas brancas correspondem a maioria dos casos, sejam eles do sexo masculino e também do sexo feminino.

Tabela 3.4.2. Notificação de violência como motivação pessoas em situação de rua, por sexo e por raça/cor, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Raça/cor	Sexo			
	Feminino		Masculino	
Branca	338	71,31%	306	72,00%
Negra	121	25,53%	111	26,12%
Amarela	1	0,21%	1	0,24%
Indígena	6	1,27%	1	0,24%
Ignorado	7	1,48%	4	0,94%
Vazio/sem preenchimento	1	0,21%	2	0,47%
Total	474	100%	425	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Na tabela 3.4.3, é apresentada a distribuição dos casos de violência considerando a faixa etária e sexo. A faixa etária de 20 a 59 anos representa 54,28% do total de casos de violência. Destes, 288 são casos de violência contra mulheres e 200 contra os homens. Também é de considerável destaque a representatividade da faixa etária entre os 10 e os 19 anos, que corresponde a 32,93% das notificações. Nessa faixa, a violência contra crianças e adolescentes do sexo feminino responde por 117 dos casos, enquanto a violência a crianças e adolescentes do sexo masculino alcança o 179 das ocorrências.

Tabela 3.4.3. Notificação de violência como motivação pessoas em situação de rua, por faixa etária e sexo, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Faixa etária	Feminino		Masculino		Total	
até ou igual a 9	20	4,52%	31	6,78%	51	5,67%
de 10 a 19	117	26,47%	179	39,17%	296	32,93%
de 20 a 59	288	65,16%	200	43,76%	488	54,28%
maior ou igual a 60	17	3,85%	47	10,28%	64	7,12%
Total	442	100,00%	457	100,00%	899	100,00%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Na tabela 3.4.4 aponta-se que foram registrados 196 casos nos quais foi notificada a reincidência de uma situação de violência cuja motivação foi pessoas em situação de rua, correspondendo à 21,80% do total. A reincidência é de 116 casos no sexo feminino e 80 no sexo masculino. Em 59,51% dos casos (535 notificações), considerou-se que não houve situação de reincidência.

Tabela 3.4.4. Notificação de violência como motivação pessoas em situação de rua, por sexo e por raça/cor, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Ocorreu outras vezes?	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
Não preenchido	0	0,00%	1	0,22%	1	0,11%
Sim	116	26,24%	80	17,51%	196	21,80%
Não	233	52,71%	302	66,08%	535	59,51%
Ignorado	93	21,04%	74	16,19%	167	18,58%
Total	442	100%	457	100%	899	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Segundo a tabela 3.4.5 para a população em situação de rua 7,45% dos casos (67 notificações) foram de lesão autoprovocada. No sexo feminino foram registrados 23 casos (5,20%) e no sexo masculino 44 casos (9,63%).

Tabela 3.4.5. Notificação de violência como motivação pessoas em situação de rua por sexo e se a lesão foi autoprovocada, RS, Brasil, de 2014 a 2017.

Sexo/Lesão autoprovocada	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
Não preenchido	2	0,45%	1	0,22%	3	0,33%
Sim	23	5,20%	44	9,63%	67	7,45%
Não	412	93,21%	392	85,78%	804	89,43%
Ignorado	5	1,13%	20	4,38%	25	2,78%
Total	442	100%	457	100%	899	100%

Fonte: SINAN/MS/CEVS/RS

Uma das dificuldades que a população em situação de rua enfrenta no exercício da cidadania é a dificuldade de obter registro nos sistemas públicos em função da falta de endereço e, circunstancialmente, de documentos formais de identificação. É importante salientar que os serviços da rede socioassistencial que a pessoa tenha como referência ou, na ausência deste, o endereço da instituição de acolhimento indicada pelo entrevistado(a) fornecem o endereço institucional como referência para a utilização aos usuários(as) em situação de rua - inclusive para fins de inserção dessas pessoas no Cadastro Único para Programas Sociais, a qual exige endereço aos cadastrados(as) (Portaria nº 177, 2011). A consideração de um endereço de referência pode auxiliar futuramente no aumento do preenchimento deste campo nas fichas de notificação.

A partir dos dados apresentados, cabe ressaltar que as notificações de violência da população que está em situação de rua respondem por 1,2% do número total das fichas, ainda que o número de fichas referidos a esta população esteja aumentando na faixa de tempo pesquisada. Cabe acrescentar que a partir do campo "observações", presente nas fichas de notificações, foram registradas diversos acontecimentos indicando ocorrências que não se deram com pessoas em situação de rua, mas sim que estavam no espaço da rua no momento em que aconteceram, reafirmando a incompreensão de alguns profissionais da saúde em relação a ficha de violência interpessoal/autoprovocada do SINAN.

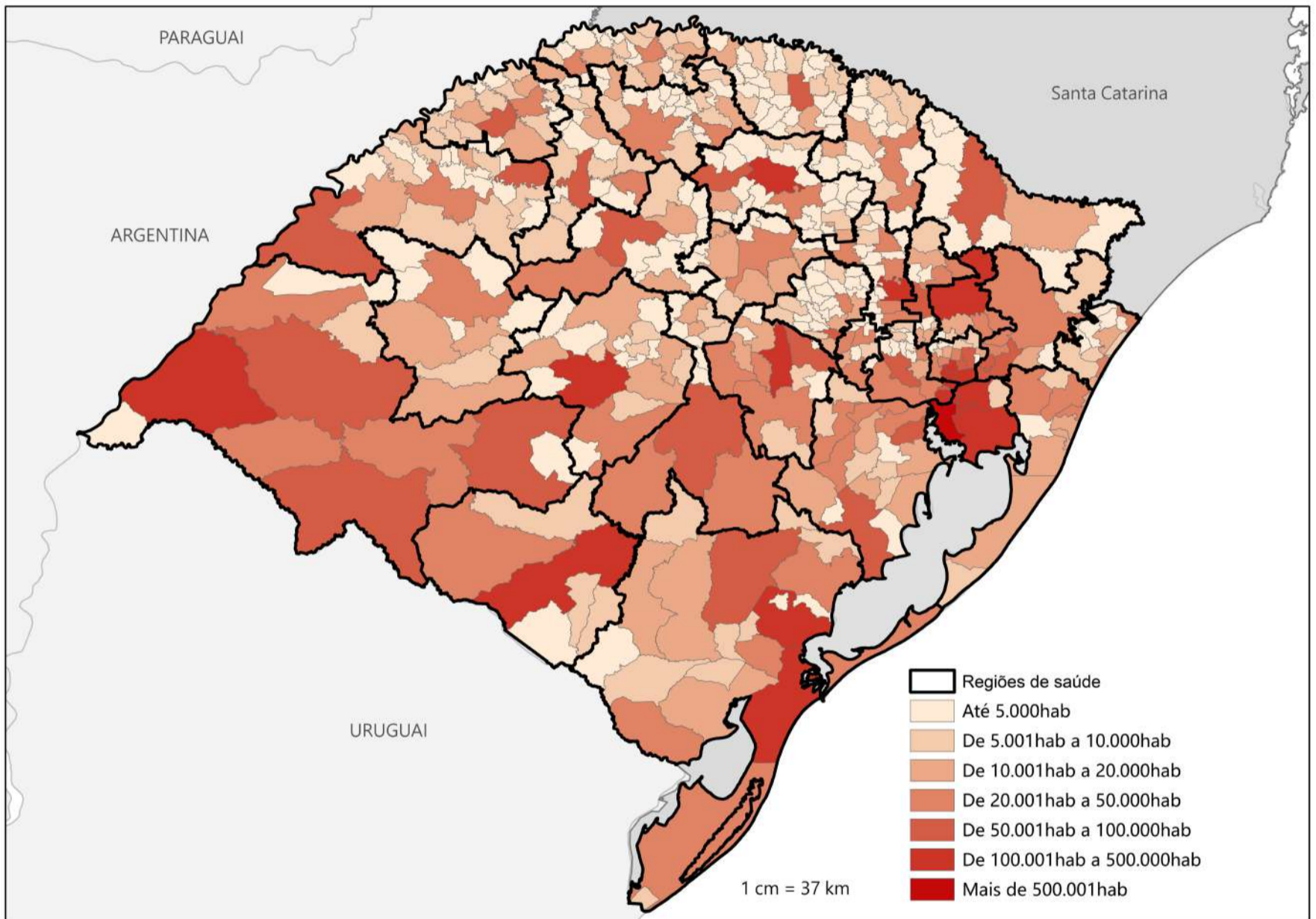
SEÇÃO 4

MAPAS

SEÇÃO 4 MAPAS

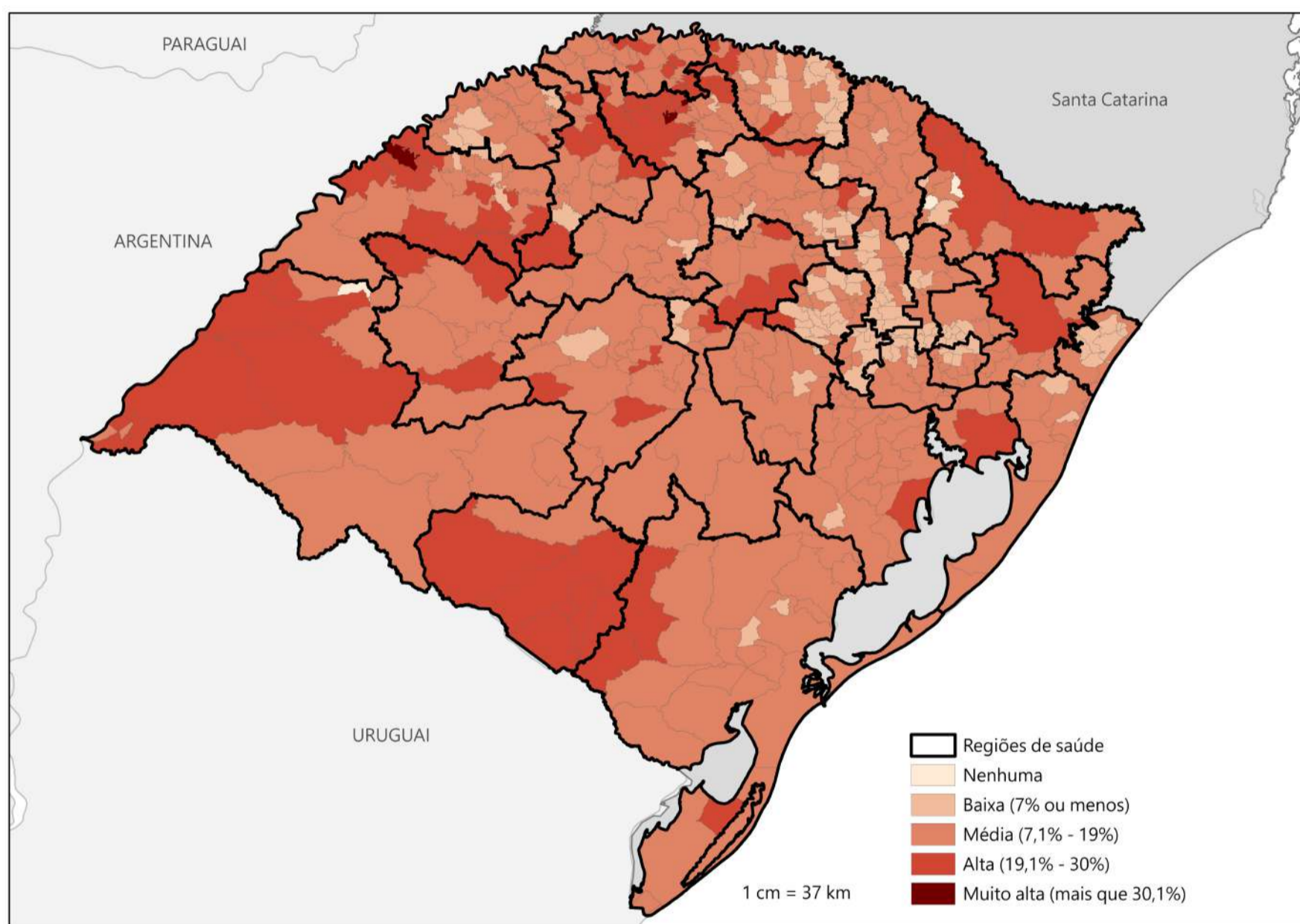
Maurício Polidoro

Mapa 1. População residente por grupos populacionais e regiões de saúde no Rio Grande do Sul, 2010.



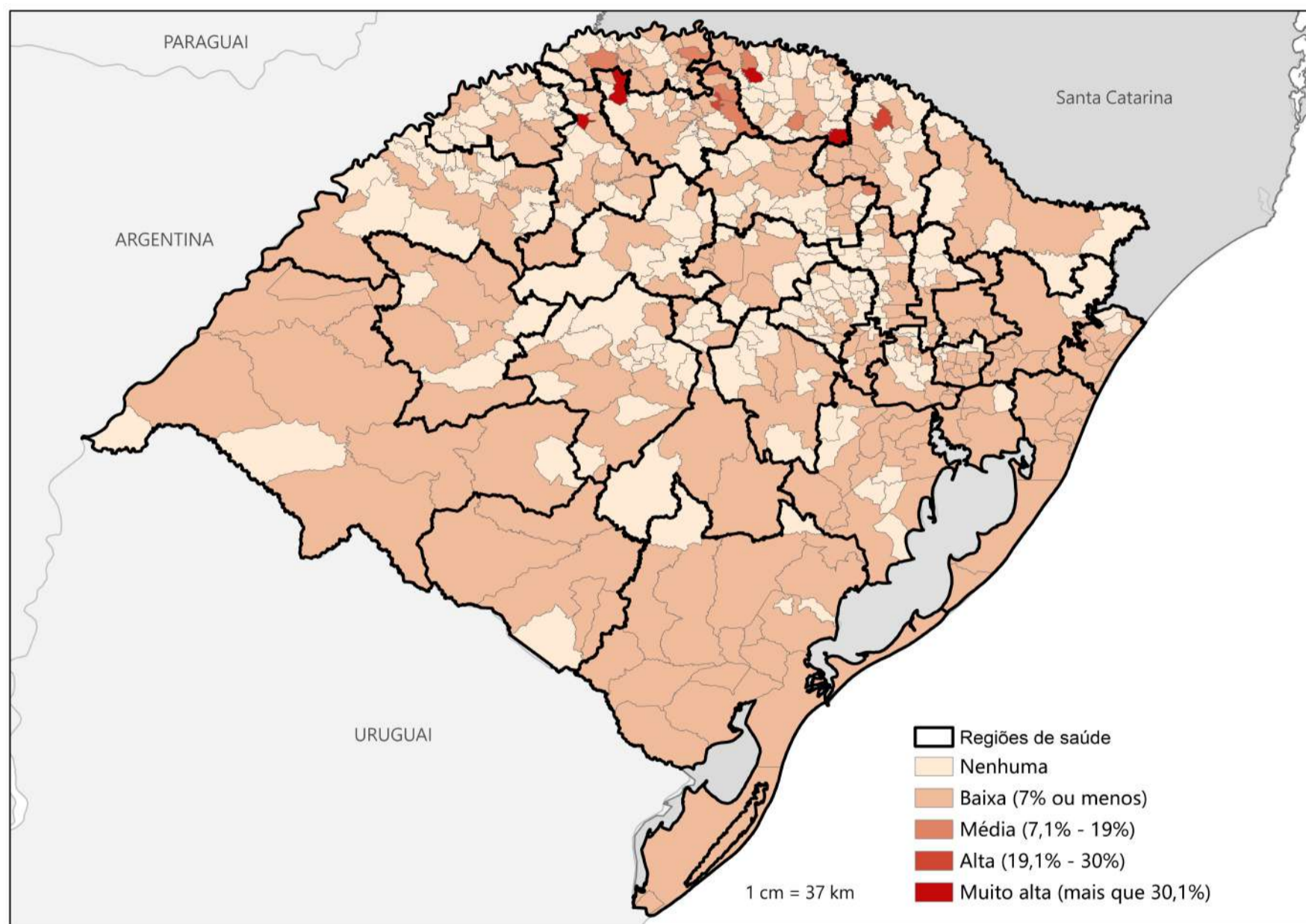
Fonte dos dados: Censo Demográfico do IBGE, 2010.

Mapa 2. Percentual de população negra (pretos e pardos), por municípios do Rio Grande do Sul, 2010.



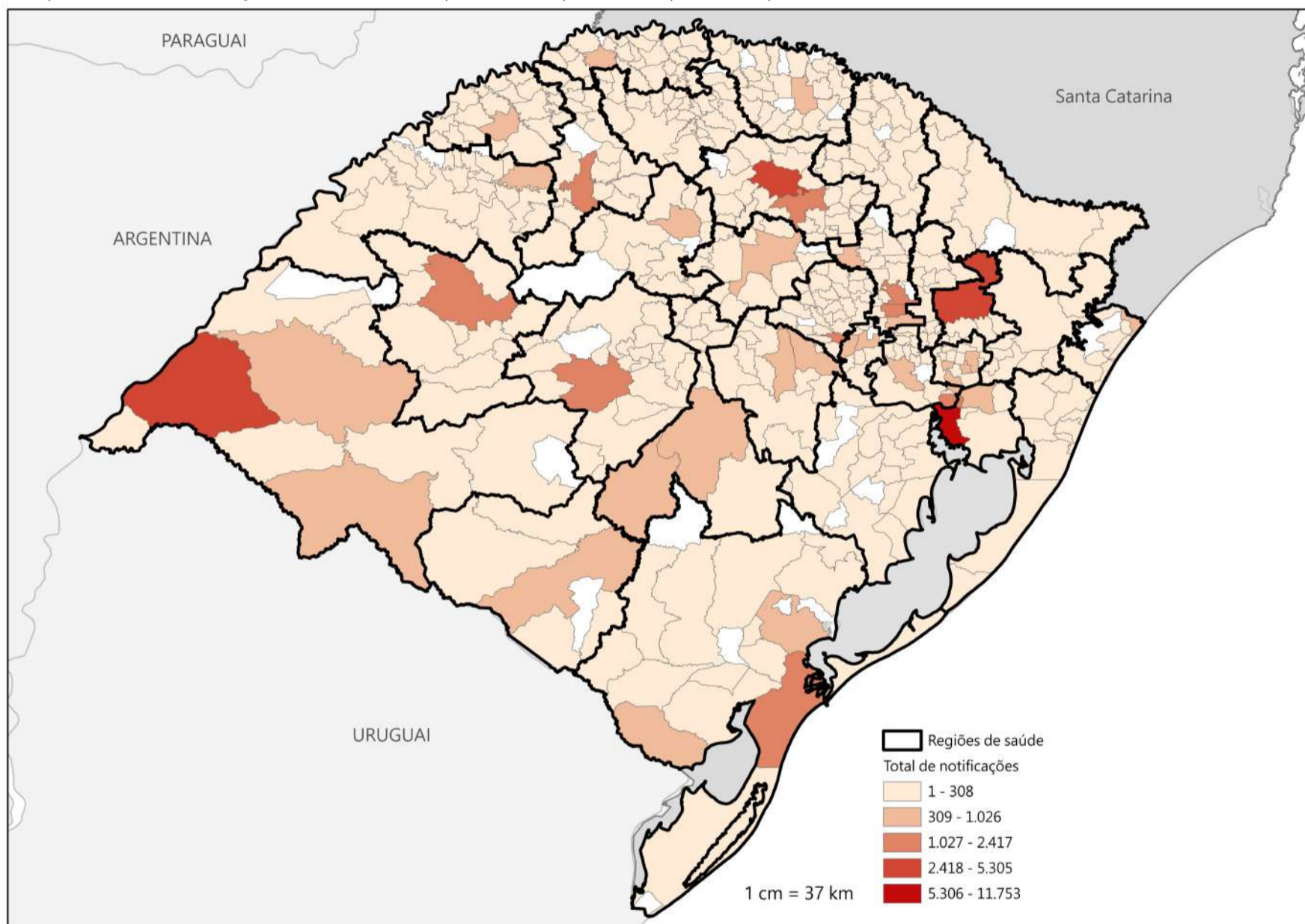
Fonte dos dados: Censo Demográfico do IBGE, 2010.

Mapa 3. Percentual de população indígena, por municípios do Rio Grande do Sul, 2010.



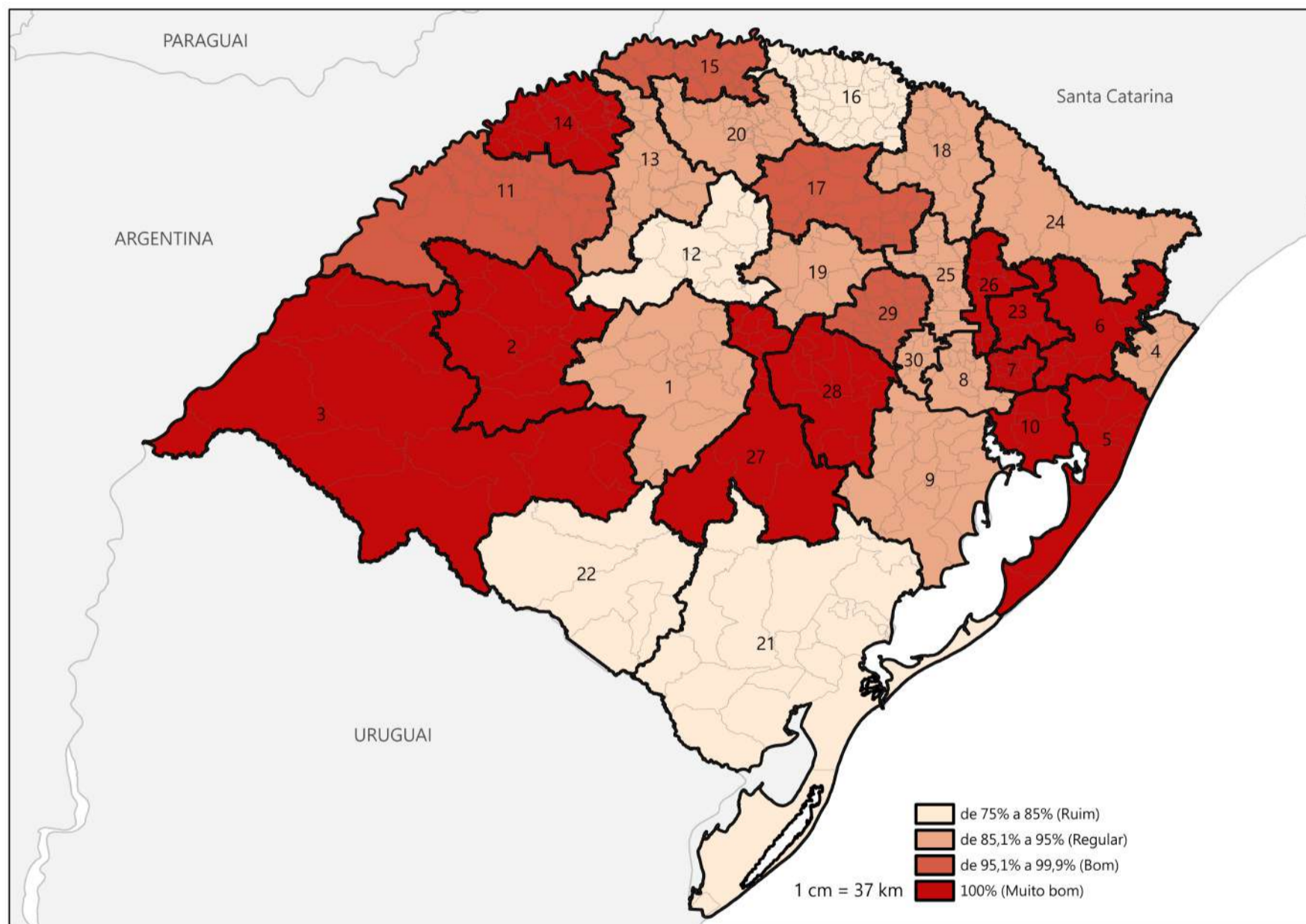
Fonte dos dados: Censo Demográfico do IBGE, 2010.

Mapa 4. Total de notificações de violência interpessoal/autoprovocada, por municípios do Rio Grande do Sul, 2014-2017.



Fonte dos dados: SINAN/MS/CEVS/RS

Mapa 5. Percentual de notificações de violência (número de municípios da região que notificaram no período de 2014 a 2017 dividido pelo total de municípios que notificaram ou não da região no período de 2014 a 2017), por regiões de saúde do Rio Grande do Sul.



Fonte dos dados: SINAN/MS/CEVS/RS

Regiões de Saúde:

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 01 - Verdes Campos | 11 - Sete Povos das Missões | 21 - Região Sul 0 |
| 02 - Entre-Rios | 12 - Portal das Missões | 22 - Pampa |
| 03 - Fronteira Oeste | 13 - Região da Diversidade | 23 - Caxias e Hortências |
| 04 - Belas Praias | 14 - Fronteira Noroeste | 24 - Campos de Cima da Serra |
| 05 - Bons Ventos | 15 - Caminho das Águas | 25 - Vinhedos e Basalto |
| 06 - Vale do Paranhana | 16 - Alto Uruguai Gaúcho | 26 - Uva e Vale |
| 07 - Vale dos Sinos | 17 - Região do Planalto | 27 - Jacuí Centro |
| 08 - Vale do Caí Metropolitana | 18 - Região das Araucárias | 28 - Vinte e Oito |
| 09 - Carbonífera/Costa Doce | 19 - Região do Botucaraí | 29 - Vales e Montanhas |
| 10 - CapitalVale do Gravataí | 20 - Rota da Produção | 30 - Vale da Luz |

UFRGS

UFRGS - Departamento de Saúde Coletiva
Rua São Manoel, 963 Bairro Rio Branco, Porto Alegre
Rio Grande do Sul - Brasil CEP 90620 110
Telefone: + 55 51 3308 5226
ufrgs.br

IFRS

IFRS - *Campus Restinga* (Porto Alegre)
Rua Alberto Hoffmann, 285 Bairro Restinga, Porto Alegre
Rio Grande do Sul - Brasil CEP 91791 508
Telefone: +55 51 3247 8400
restinga.ifrs.edu.br

SAD.ECO.BR



INSTITUTO FEDERAL
Rio Grande do Sul



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL



Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico
www.sad.eco.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



FAPERGS

PROGRAMA
PESQUISA PARA O SUS
Gestão Compartilhada em Saúde · PPSUS