

INFORMAÇÕES SIGILOSAS

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO

Este questionário tem como objetivo contribuir na avaliação dos fatores de risco que Magistradas ou servidoras do Tribunal de Justiça da Bahia possam estar sofrendo em decorrência de casos de violência doméstica ou familiar, em contexto de relações entre parceiros íntimos, atuais e anteriores. É MUITO IMPORTANTE que você possa respondê-lo, para compreendermos melhor sua situação e as formas possíveis de melhor atendê-la.

PARTE I – Identificação das Partes

Órgão de Registro: _____

Nome da Vítima: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Nacionalidade: _____ Escolaridade: _____

Nome do(a) agressor(a): _____ Idade: _____

Endereço: _____

Nacionalidade: _____ Escolaridade: _____

Vínculo entre a vítima e o(a) agressor(a): _____

Data: _____/_____/_____

PARTE II – Sobre o Histórico de Violência

1. O autor já ameaçou você ou outro familiar usando faca ou arma de fogo?	<input type="checkbox"/> Mais de uma vez <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca
2. O(A) agressor(a) já praticou alguma(s) dessas agressões físicas contra você? <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Sufocamento <input type="checkbox"/> Estrangulamento	

<p><input type="checkbox"/> Tiro <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Facada <input type="checkbox"/> Paulada <input type="checkbox"/> Soco <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Tapa <input type="checkbox"/> Empurrão <input type="checkbox"/> Puxão de cabelo <input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Nenhuma agressão física</p>
<p>3. Você necessitou de atendimento médico e/ou internação após alguma dessas agressões? <input type="checkbox"/> Sim, atendimento médico <input type="checkbox"/> Sim, internação <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>4. O(A) agressor(a) persegue você, demonstra ciúme excessivo, tenta controlar sua vida e as coisas que você faz? (aonde você vai, com quem conversa, o tipo de roupa que usa, etc.) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>5. O(A) agressor(a) já teve algum destes comportamentos? <input type="checkbox"/> Disse algo parecido com a frase: "se não for minha, não será de mais ninguém" <input type="checkbox"/> Perturbou, perseguiu ou vigiou você nos locais que frequenta <input type="checkbox"/> Proibiu você de visitar familiares ou amigos <input type="checkbox"/> O autor proíbe você de ir ao médico ou pedir ajuda a outros profissionais <input type="checkbox"/> Proibiu você de trabalhar ou estudar <input type="checkbox"/> Fez telefonemas, enviou mensagens pelo celular ou e-mails de forma insistente <input type="checkbox"/> Impediu você de ter acesso a dinheiro, conta bancária ou outros bens (como documentos pessoais, carro) <input type="checkbox"/> Teve outros comportamentos de ciúme excessivo e de controle sobre você <input type="checkbox"/> Nenhum dos comportamento acima listados</p>
<p>6. Você já registrou ocorrência policial ou formulou pedido de medida protetiva de urgência envolvendo esse(a) mesmo(a) agressor(a)? <input type="checkbox"/> Sim, em Salvador <input type="checkbox"/> Sim, fora de Salvador <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>7. As agressões ou ameaças do(a) agressor(a) contra você se tornaram mais frequentes ou mais graves nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>8. O autor já usou de ameaças ou agressões para evitar a separação? <input type="checkbox"/> Mais de uma vez <input type="checkbox"/> Uma vez <input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>9. O(A) agressor(a) já obrigou você a ter relações sexuais ou praticar atos sexuais contra a sua vontade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei</p>

PARTE III – Sobre o Comportamento do(a) Agressor(a)

10. O(A) agressor(a) faz uso abusivo de álcool ou de drogas ou medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim, de álcool <input type="checkbox"/> Sim, de drogas <input type="checkbox"/> Sim, de medicamentos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
11. O(A) agressor(a) tem alguma doença mental comprovada por avaliação médica? <input type="checkbox"/> Sim e faz uso de medicação <input type="checkbox"/> Sim e não faz uso de medicação <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
12. O(A) agressor(a) já tentou suicídio ou falou em suicidar-se? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
13. O(A) agressor(a) está com dificuldades financeiras, está desempregado(a) ou tem dificuldade de se manter no emprego? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
14. O(A) agressor já usou, ameaçou usar arma de fogo contra você ou tem fácil acesso a uma arma? <input type="checkbox"/> Sim, usou <input type="checkbox"/> Sim, ameaçou usar <input type="checkbox"/> Tem fácil acesso <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
15. O(A) agressor(a) já ameaçou ou agrediu seus filhos, outros familiares, amigos, colegas de trabalho, pessoas desconhecidas ou animais? <input type="checkbox"/> Sim, filhos <input type="checkbox"/> Sim, outros familiares <input type="checkbox"/> Sim, amigos <input type="checkbox"/> Sim, colegas de trabalho <input type="checkbox"/> Sim, outras pessoas <input type="checkbox"/> Sim, animais <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

PARTE IV – Sobre você

16. Você se separou recentemente do(a) agressor(a), tentou ou manifestou intenção de se separar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17.a. Você tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim, com o(a) agressor(a). Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Sim, de outro relacionamento. Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Não
17.b. Qual a faixa etária de seus filhos? Se tiver mais de um filho, pode assinalar mais de uma opção: <input type="checkbox"/> 0 a 11 anos <input type="checkbox"/> 12 a 17 anos <input type="checkbox"/> A partir de 18 anos

<p>17.c. Algum de seus filhos é pessoa com deficiência?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>18. Estão vivendo algum conflito com relação à guarda dos filhos, visitas ou pagamento de pensão pelo agressor?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>19. Seu(s) filho(s) já presenciou(aram) ato(s) de violência do(a) agressor(a) contra você?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>20. Você já sofreu algum tipo de violência durante a gravidez ou nos três meses posteriores ao parto?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>21. Você está grávida ou teve bebê nos últimos 18 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>22. Se você está em um novo relacionamento, as ameaças ou as agressões físicas aumentaram em razão disso?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>23. Você possui alguma deficiência ou doença degenerativa que acarretam condição limitante ou de vulnerabilidade física ou mental?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>

PARTE V – Outras Informações Importantes

<p>24. Você considera que mora em bairro, comunidade, área rural ou local de risco de violência?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei</p>
<p>25. Qual sua situação de moradia?</p> <p><input type="checkbox"/> Própria</p> <p><input type="checkbox"/> Alugada</p> <p><input type="checkbox"/> Cedida ou "de favor". Por quem? _____</p>
<p>26. Você se considera dependente financeiramente do(a) agressor(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>27. O autor já quebrou seus objetos pessoais ou objetos da casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>28. Com qual cor/raça você se identifica?</p> <p><input type="checkbox"/> Branca</p> <p><input type="checkbox"/> Preta</p> <p><input type="checkbox"/> Parda</p> <p><input type="checkbox"/> Amarela/oriental</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena</p>
<p>29. O(A) agressor(a) já ameaçou ou agrediu os filhos ou animais de estimação com a</p>

finalidade de atingi-la?

- Sim
 Não

PARTE VI – Outras Demandas

Encaminhamento para:

- Delegacia Especializada de Violência Doméstica e Familiar para realizar Boletim de Ocorrência;
 Instituto Médico-Legal para realização de Exame de Corpo de Delito;
 Hospital de referência para realização de exame, nos casos de violência sexual;
 Abrigo temporário;
 Solicitação de Medidas Protetivas de Urgência;
 Serviço de Atendimento Emergencial à Mulher para inclusão no Programa Alerta Mulher, serviço de georreferenciamento;

DATA: ____/____/____

Assinatura da vítima: _____

PARA PREENCHIMENTO PELO ANALISTA DE RISCO:

- () Vítima preencheu sem ajuda profissional.
- () Vítima preencheu com auxílio de profissional.
- () Vítima não teve condições de preencher.
- () Vítima recusou-se a preencher neste momento.

PARTE VII – Avaliação preliminar

(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO POR PROFISSIONAL CAPACITADO)

Durante o atendimento, a vítima demonstra percepção de risco sobre sua situação? A percepção é de existência ou inexistência do risco? (por exemplo, ela diz que o agressor pode matá-la, ou ela justifica o comportamento do agressor ou naturaliza o comportamento violento?). Anote a percepção e explique.

Existem outras informações relevantes com relação ao contexto ou situação da vítima e que possam indicar risco de novas agressões? (Por exemplo, a vítima tem novo(a) companheiro(a) ou tomou decisões que anunciam um rompimento definitivo com o agressor (pretende mudar de casa, bairro, cidade). Anote e explique.

Como a vítima se apresenta física e emocionalmente? (Tem sinais de esgotamento emocional, está tomando medicação controlada, necessita de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico?) Descreva.

Existe o risco de a vítima tentar suicídio ou existem informações de que tenha tentado se matar?

A vítima ainda reside com o(a) agressor(a) ou ele tem acesso fácil à sua residência? Explique a

situação.

Descreva, de forma sucinta, outras circunstâncias que chamaram sua atenção e que poderão representar risco de novas agressões, a serem observadas no fluxo de atendimento.

Quais são os encaminhamentos sugeridos para a vítima?

A vítima concordou com os encaminhamentos?

Sim ()

Não () Por que? _____

(Assinatura e identificação)