

# SINAN

# violências

Instrutivo complementar  
para o Município de São  
Paulo 2019

Elaborado por:  
Equipe NDANT/DVE/COVISA



# **VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

## **I – INTRODUÇÃO**

A Vigilância de Violências tem história no Município de São Paulo. Há mais de 15 anos utilizamos sistemas de notificação de causas externas. Iniciamos com o SINV, Sistema de Informação e Notificação de Violências, já em 2002. A partir de 2007 a notificação tanto de violências como de acidentes (acidentes de trânsito, quedas e outros acidentes<sup>1</sup>) tornou-se obrigatória e foi captada pelo sistema SIVVA<sup>2</sup>, Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes. No segundo semestre de 2015 fizemos a transição de sistemas, ficando as violências com o Sistema Nacional de Agravos de Notificação, SINAN - Violências e os acidentes sendo captados pelo nosso sistema municipal SIVA, Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes.

Quando tratamos da questão da violência, a notificação cumpre a obrigação de atender às leis municipais, estaduais e federais na defesa e garantia de direitos, de obter informações para a compreensão desse fenômeno por parte do setor saúde, de apoiar a organização dos serviços, e apoiar a formação das redes intersetoriais. É imprescindível na dinâmica da atenção às situações de violência, a possibilidade de enxergar, de dar visibilidade, de tornar público o fenômeno para possibilitar a proteção, a prevenção e a promoção da saúde. A organização da informação já é em si ferramenta e/ou estratégia para trabalhar com esse agravo. Para que a atenção se dê, há a necessidade do espaço do encontro, onde as pessoas possam buscar ajuda, receber apoio, resgatar suas potências, construir novos significados, buscar alternativas de vida. Isso se faz com o trabalho intra e intersetorial. Ressalta-se que a Vigilância de Violências não se restringe à coleta de informações, necessitando de uma série de ações e articulações.

## **II – ALGUNS EXEMPLOS DA ABRANGÊNCIA DA VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E DE SUAS ESPECIFICIDADES**

Quando falamos de violência estamos nos referindo a vários agravos. Quando pensamos em ciclos de vida podemos classifica-la

---

<sup>1</sup> Os acidentes de trabalho são captados por outro sistema, o SINAN AT

<sup>2</sup> Durante toda a sua vigência, até o primeiro semestre de 2015, o SIVVA em seu módulo de violências captou mais de 140.000 notificações

em violência contra a criança, o adolescente, o jovem, o idoso; pelo ato, ou pela forma, em violência sexual, física, psicológica, tentativa de suicídio; também podemos caracteriza-la a partir das relações desiguais de poder instituídas na nossa sociedade, como violência racial, de gênero, intergeracional ou ainda institucional. Temos, então que pensar em organizações de processos trabalho diferentes com diferentes áreas da SMS e de outros setores. Estas abordagens são ainda relativamente novas. As primeiras referências teóricas específicas sobre violência contra o idoso são bastante recentes: quase todas foram publicadas nos últimos 12 anos, embora o problema seja antigo. Este assunto ainda é visto como tabu pelos profissionais da saúde, pois esbarra em julgamentos morais e em preconceitos arraigados na nossa sociedade. Dizer que familiares podem maltratar suas crianças e/ou seus idosos, resulta em rever a forma de enxergar a família.

Nos casos de Violência Contra a Criança há a necessidade de pessoal qualificado para perceber que a queixa de um acidente pode na verdade ocultar uma violência, ocorrida dentro de casa. Só a atenção integral pode possibilitar a assistência adequada e a necessária proteção. Já na Violência contra o Idoso há prioridade na percepção dos sinais de negligência. Quando um idoso de 75 anos chega desnutrido, desidratado, com escaras, vindo de um abrigo para idosos, onde permaneceu por dois anos, com rápido declínio de suas funções motoras é de se esperar que toda uma série de medidas protetivas seja desencadeada pela vigilância e assistência à saúde.

Para a captação dos casos de Violência Contra a Mulher há a necessidade do espaço de escuta nos diferentes momentos do cuidado ofertados pelo serviço de saúde. Essa organização favorece o surgimento do relato do problema que pode ser a causa dos muitos sintomas “não específicos”, repetidos, atendidos nas unidades de saúde. Além disso, é fato que mulheres assim como as crianças pequenas são mais vulneráveis à violência sexual. Por outro lado, nas Tentativas de Suicídio, há a necessidade do acolhimento e de procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos e o rápido “alinhar” de ações para garantir apoio, atenção e monitoramento, numa articulação principalmente com a saúde mental. Vale lembrar que **tanto a violência sexual quanto a tentativa de suicídio devem ser notificadas dentro de 24 horas**, segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 1271 de 2014.

É necessária a organização das informações para a compreensão do fenômeno da violência e de como garantir direitos, “olhando para o território”, onde as desigualdades sociais propiciam as maiores e sobrepostas vulnerabilidades. Desta forma a informação ganha vida na construção de políticas públicas que garantam a integralidade e a equidade. O trabalho precisa fazer parte de diagnósticos mais

ampos, que envolvam as informações de outras secretarias e setores. Isto já vem acontecendo, na área de Direito Humanos, que já construiu diagnósticos intersetoriais para a Atenção à Mulher, à Juventude e ao Idoso utilizando o antigo SIVVA como uma das fontes de informação relativa a estes grupos vulneráveis.

A Violência Urbana que afeta os jovens e os adultos, principalmente do sexo masculino, e que chega de forma aguda nas unidades de saúde, está entre as mais importantes demandas. Esta informação precisa ser pensada na lógica do Coletivo, com o uso de geoprocessamento, como já está acontecendo na SMS-SP e em outros setores e outros órgãos. Desta forma a informação amplia o olhar para cada território dentro de nossa megalópole – as ações adequadas aos Jardins podem não ser necessárias ou adequadas para a Capela do Socorro. Por exemplo, para responder às políticas públicas que estão sendo construídas no município de São Paulo, foi realizada pactuação, na SMS-SP, onde se definiu que **a violência perpetrada contra homens de todas as idades, continuará sendo notificada. Participaram desta pactuação a Assistência à Saúde e a Vigilância em Saúde e os diferentes níveis e pontos da atenção, conforme descrito neste instrutivo complementar.**

Tomando esse exemplo, trazemos aqui a importância do município trabalhar com uma base de informação maior, para a construção de políticas, para o monitoramento e readequação de ações e para a avaliação de projetos durante todo o processo de execução. Como já se faz com outros agravos, a vigilância pode e deve trabalhar com um número maior, ou com um detalhamento maior de informações que o exigido pelo Estado e Ministério da Saúde - MS que tratam das ações mais amplas das políticas estaduais e federais, com sistemas de informações e bancos de dados de todo o território estadual e federal.

### III – ATRIBUIÇÕES DA VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS

- A Vigilância deve, por meio da notificação, propiciar e disparar processos necessários à assistência individual e coletiva e ao encaminhamento à rede de proteção e promoção da saúde;
- Construir instrumentos capazes de alertar e captar o agravo;
- Orientar e estabelecer construção de fluxos;
- Dar o alarme, chamar a atenção ou ressaltar a existência do fenômeno, pelo conjunto de sinais e sintomas mostrados, ainda que

não exista a queixa do usuário;

- Colocar a atenção em movimento com o registro e a comunicação;
- Construir e qualificar informação;
- Divulgar informações existentes;
- Chamar atenção quando ainda “não existem” casos, em unidades silenciosas<sup>3</sup>; quanto à ausência de notificação
- Propiciar discussões para ampliar conhecimentos sobre a dinâmica das violências e acidentes em grupos específicos (idosos, mulheres, negros etc);
- Fomentar, orientar e avaliar o trabalho em Redes;
- Incentivar e realizar ações dentro de COVISA, da SMS, ou em Espaços Intersetoriais que permitam a construção de diagnósticos (municipais, regionais, locais...);
- Organizar e Realizar capacitações, treinamentos, em consonância com a Política de Educação Permanente;
- Colaborar com a organização dos serviços;
- Incentivar construção e realização de fóruns;
- Fomentar a participação da população (usuários, conselhos...) ampliando o debate do tema e trabalhando no foco da Promoção da Saúde;
- Colaborar na construção de Políticas Públicas.

Neste contexto vale ressaltar que a notificação deve ser considerada parte integrante do atendimento, do cuidado, que fica incompleto sem ela<sup>4</sup>.

**EQUIPE DANT**

---

<sup>3</sup> Embora a distribuição das notificações não se dê de forma homogênea, especialmente em unidades de pequeno porte, é de se esperar que dentro de um certo intervalo de tempo nenhuma seja silenciosa; a ausência de notificação pode indicar falta de compreensão da importância da notificação, receio dos profissionais de notificar ou ainda transferência imediata para outra unidade.

<sup>4</sup> Referência: Linha de Cuidado para a Atenção Integral às Vítimas de Violência, cap. Vigilância de Violência, pg 32. SMS-SP, Município de São Paulo, novembro de 2015

## INSTRUTIVO SINAN – COMENTÁRIOS

### UTILIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (INSTRUTIVO COMPLEMENTAR)

#### ÍNDICE GERAL

Apresentação.....	7
1 - Introdução.....	9
2 - Vigilância Epidemiológica de violências e acidentes.....	16
3 - Modelo da ficha de notificação de violências SINAN.....	19
4 - Conceito e tipologia da violência.....	22
5 - Orientações para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.....	23

#### Anexos

- ✓ Quadro de equivalências entre nomenclaturas de ensino
- ✓ Desenho dos fluxos pelo Ministério da Saúde
- ✓ Referências bibliográficas
- ✓ Comunicado padronizado (relatório) da Linha de Cuidado para o Conselho Tutelar
- ✓ Algumas notas técnicas e informes de interesse

## OBSERVAÇÃO INTRODUTÓRIA IMPORTANTE:

Segundo pactuação feita especificamente para o MSP, todas as situações de violência serão notificadas, mesmo aquelas ocorridas em homens de 20 a 59 anos, não importando sua orientação sexual, identidade de gênero ou grupo étnico. Desta pactuação participaram além da DANT, a Área Técnica de Cuidado Integral à Pessoa em Situação de Violência, as CRS por meio das SUVIS, os interlocutores regionais e a Gerência do CCD.

<u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p><b>APRESENTAÇÃO</b></p> <p>No Brasil e no mundo, o impacto da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) constitui uma das maiores preocupações para chefes de Estados e dirigentes do setor saúde. Em nosso país, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 49 anos. Dados do Ministério da Saúde (MS) registraram no período de 2000 a 2013 um total de 1.874.508 óbitos por causas externas. Entre o início e o fim desse período houve um aumento de 28,1%, passando de 118.397 óbitos por causas externas em 2000 para 151.683 óbitos em 2013. Em 2013, as causas externas representaram 12,5% do total de óbitos no país. Segundo o MS, em 2013, nos hospitais que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram 1.056.372 internações por causas externas perfazendo 9,5% do total de internações. Em 2014 esse percentual foi de 9,9%.</p> <p>Reconhecendo que as violências e os acidentes exercem um grande impacto social e econômico, em especial, sobre o SUS e que as intervenções pautadas na prevenção e promoção da saúde precisam ser ampliadas, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.</p>	<p style="text-align: center;">Esta apresentação contextualiza o leitor quanto a importância da violência como problema de saúde pública.</p> <p style="text-align: center;">A introdução que vem em seguida mostra a evolução de leis, normas e portarias com abrangência no</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Para consolidar a implantação dessa política, especialmente, no tocante à Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes, o MS publica este Instrutivo com orientações para o Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (versão 15.06.2015, em anexo). O seu objetivo é subsidiar os(as) profissionais que atuam nas unidades/serviços notificadores para um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados, a partir de um conjunto de variáveis e categorias, que retratam as violências perpetradas contra grupos populacionais (conforme a definição de caso).</p> <p>A ficha de notificação individual e o instrutivo foram construídos em colaboração com profissionais deste Ministério e de outras instituições governamentais das três esferas que compõem o SUS, instituições de ensino e pesquisa e parcerias não governamentais.</p> <p>Deve-se destacar que a notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, fruto de uma luta contínua para que a violência perpetrada contra estes segmentos da população saia da invisibilidade, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos. De igual forma, se coloca no mesmo patamar de relevância e interesse a luta pela equidade nas políticas públicas de outros segmentos sociais como a população negra, indígena, população do campo, da floresta e das águas, pessoas com deficiência e população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais). O MS, em harmonia com as diretrizes macropolíticas de inclusão social, busca aperfeiçoar seus instrumentos, como, por exemplo, os que se referem às análises de situação de saúde, entre outros, para avançar na equidade.</p> <p>A notificação é uma dimensão da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência (Brasil, 2010) que prevê também o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz.</p>	<p>combate à violência, redução da morbimortalidade por acidentes e violências e promoção dos direitos humanos.</p> <p>Na sequência, o título "VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES" detalha os dois componentes do PROJETO VIVA, entre elas a <u>coleta contínua</u> de informações sobre violências, realizada através</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Com a publicação deste instrumento espera-se qualificar a notificação e, conseqüentemente, as informações destinadas a subsidiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais visando a redução da morbimortalidade decorrente das violências, e promover a saúde, a cultura de paz, a equidade e a qualidade de vida, de forma efetiva.</p> <p><b>1. INTRODUÇÃO</b></p> <p>Além do grande impacto na morbimortalidade, a violência, nas suas mais diversas formas, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre as pessoas, com aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, entre outros. A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal, e suas marcas, muitas vezes, se perpetuam entre as gerações futuras.</p> <p>No Brasil, as causas externas ocupam a terceira posição no conjunto de óbitos registrados. Em 2013, a mortalidade por violências (agressões e lesões autoprovocadas) totalizou 67.337 mortes (44,4% dos óbitos por causas externas), significando um acréscimo de 2,9% em relação ao ano de 2012. Segundo a composição da mortalidade por causas externas, as agressões (homicídios) corresponderam a 37,4% dos óbitos no período, figurando como primeira causa de mortalidade por causas externas no Brasil. O suicídio (lesão autoprovocada) totalizou 10.533 óbitos em 2012, o que representa 6,9% do total de óbitos por causas externas e figura como terceira posição por essas causas em 2012.</p> <p>Visando enfrentar o problema da violência, o MS, ao longo dos últimos anos, mobilizou diferentes setores internos, e articulou-se externamente com os(as) gestores(as) nas esferas federal, estadual e municipal, bem como com organizações não governamentais e setor privado, para implementar uma série de medidas. Entre elas, a elaboração da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria MS/GM nº</p>	<p>do SINAN, principal assunto deste documento.</p> <p>Para efeitos práticos relativos à notificação de violências, "pular" para as <b>páginas 19 e 20</b> onde a ficha é apresentada e para o <b>item 5</b>, onde se discute ao preenchimento da ficha.</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>737, de 16 de maio de 2001), aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio da Resolução nº 309, de 08 de março de 2001. Deve-se ressaltar que essa política define propósitos, estabelece diretrizes, atribui responsabilidades institucionais e apresenta, como pressuposto básico, a articulação intra-setorial e intersetorial. Dentre as prioridades da política está a estruturação da vigilância de violências e acidentes, com ênfase na implantação da notificação de violência.</p> <p>A comunicação de violências praticadas contra crianças e adolescentes foi estabelecida como obrigatória pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990. Em 2001, o MS publicou a Portaria nº 1.968 que estabeleceu a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS.</p> <p>Em 2003, o MS publicou a Lei nº 10.778 que estabelece a notificação compulsória em caso de violência contra a mulher nos serviços de saúde públicos ou privados. Ainda neste ano, foi publicado o Estatuto do Idoso - Lei nº 10.741/2003, que determinou a comunicação obrigatória pelos profissionais de saúde aos órgãos competentes, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra os(as) idosos(as). Em 2011, o artigo 19 do Estatuto do Idoso foi alterado pela Lei 12.461, que estabeleceu a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde.</p> <p>Em 2004, foi proposta a criação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, mediante a Portaria MS/GM nº 936, visando à implantação/implementação dos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, em âmbito local, previstos na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.</p> <p>O Decreto nº 5.099, de 03 de junho de 2004, regulamentou, para todo o território nacional, a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, atribuindo ao MS a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela. Ainda neste ano a Portaria MS/GM nº 2.406, de</p>	<p>Para maiores esclarecimentos Ver Nota Informativa CGDANT/DANTPS/SVS/MS ao fim deste documento</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>05 de novembro, instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovou instrumento, protocolos e fluxo para notificação nos serviços de saúde públicos e privados.</p> <p>Em setembro de 2005, foi aprovada a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, que contemplou as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas, a partir das informações coletadas.</p> <p>Em 30 de março de 2006, por intermédio da Portaria MS/GM nº 687, o MS implanta a Política Nacional de Promoção da Saúde, reforçando medidas anteriores e revalidando o seu caráter transversal e estratégico ao contemplar os condicionantes e determinantes das violências e acidentes no país. Neste mesmo ano, houve a aprovação tripartite do Pacto pela Saúde como ferramenta de gestão redefinindo responsabilidades dos gestores em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social.</p> <p>Também nesse ano, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356 com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela.</p> <p>Ainda em 2006, mediante a Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto, foram instituídas as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio, na perspectiva de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências.</p> <p>Por meio da Portaria MS/GM nº 1.600, de 07 de julho de 2011, o MS reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, incorporando o componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, cujo objetivo é estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e de educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes e das lesões e</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>mortes no trânsito. Uma das diretrizes da política é a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção da rede.</p> <p>Esse processo de aperfeiçoamento da vigilância de violências, aliado às políticas de atenção integral à saúde, proteção e garantia de direitos, foi fortalecido com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.271 de 06 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos.</p> <p>Por fim, em 2014, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi revisada e publicada a Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, reafirmando como uma de suas prioridades, o enfrentamento das violências. Dentre os objetivos dessa política estão a promoção da equidade, da intersetorialidade, territorialidade, participação social e a melhoria das condições e dos modos de viver, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Reafirma, ainda, o compromisso com a promoção da cultura da paz e do desenvolvimento humano seguro, saudável e sustentável.</p> <p>No processo continuado de aperfeiçoamento dos instrumentos de vigilância em saúde, o MS tem procurado harmonizá-los com as diversas políticas com as quais se avançam na efetivação dos princípios do SUS e nas demais políticas de inclusão e justiça social. Assim, seus dispositivos têm refletido nas diversas políticas e documentos balizadores das ações do âmbito da Saúde e de outros ministérios do campo social. Entre eles cabe mencionar:</p> <p><b><u>No âmbito da promoção da equidade:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Portaria 1.060/GM/MS, de 05/06/2002 - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência <input type="checkbox"/> Portaria 2.528/GM/MS, de 19/10/2006 que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa <input type="checkbox"/> Portaria</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>992/GM/MS, de 13/05/2009 que institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra <input type="checkbox"/> Lei nº 12.288, de 20/07/2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial <input type="checkbox"/> Portaria 2.836/GM/MS, de 02/12/2011 que institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais <input type="checkbox"/> Portaria 2.866/GM/MS, de 02/12/2011 que institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta <input type="checkbox"/> Plano de Prevenção à Violência contra a Juventude Negra – Juventude Viva (2014) <input type="checkbox"/> Portaria Interministerial 1, de 06/02/2015 que Institui a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CIEV-LGBT)</p> <p><b><u>No âmbito da violência contra crianças e adolescentes:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Lei 12.015 de 07/08/2009 que altera o título VI da Parte Especial do Código Penal (Crimes contra a dignidade sexual), e a Lei no 8.072 que dispõe sobre os crimes hediondos e revoga a Lei no 2.252 que trata de corrupção de menores. <input type="checkbox"/> Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em situação de violências- Orientação para gestores e profissionais da saúde (Ministério da Saúde, 2010) <input type="checkbox"/> Lei 12.650 de 17/05/2012, conhecida como Lei “Joana Maranhão” que altera o Código Penal com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes. <input type="checkbox"/> Carta de Constituição de Estratégias em Defesa da Proteção Integral dos Direitos da Criança e do Adolescente - Anexo II Estratégia Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes- (09/10/2012) <input type="checkbox"/> Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (2013) <input type="checkbox"/> Lei 12.978 de 21/05/2014 que altera o nome jurídico do art. 218-B do Código Penal para ‘favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável’ e acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 8.072 para classificar como hediondo o crime de favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável. <input type="checkbox"/> Lei 13.010 de 26/06/2014 que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente para estabelecer o</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante.</p> <p><b><u>No âmbito da violência contra mulheres:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Lei 10.778, de 24/11/2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.</p> <p><input type="checkbox"/> Lei 11.340 de 07/08/2006, conhecida como Lei Maria da Penha' que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher <input type="checkbox"/> Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (2011) <input type="checkbox"/> Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013, que institui o Programa Mulher: Viver Sem Violência e dá outras providências <input type="checkbox"/> III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013 a 2015) <input type="checkbox"/> Lei 13.104 de 09/03/2015 que altera o art. 121 do Código Penal para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072 para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.</p> <p><b><u>Atendimento aos casos de violência sexual:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Decreto 7.958 de 13/03/2013 que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos(as) profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. <input type="checkbox"/> Lei 12.845 de 01/08/2013 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. <input type="checkbox"/> Portaria nº 485/GM/MS de 01/04/2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. <input type="checkbox"/> Portaria Interministerial SPM/MJ/MS Nº 288 de 25/03/2015 que estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos(as) profissionais de segurança pública e pelos(as) profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios.</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p><u>Tráfico de pessoas:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Decreto 5.948 de 26/10/2006 que aprova a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas <input type="checkbox"/> II Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (2013)</p> <p><u>Vigilância de violências e acidentes:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Portaria 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011 - Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. <input type="checkbox"/> Portaria nº 1.271/GM/MS, de 6 de Junho de 2014 - Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.</p> <p><u>Outros:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Lei 10.216, de 06/04/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. <input type="checkbox"/> Portaria 737/GM/MS, de 16/05/2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. <input type="checkbox"/> Lei 10.826 de 22/12/2003 que institui o Estatuto do Desarmamento. <input type="checkbox"/> Portaria 1.600/GM/MS, de 07/07/2011 que institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) incorporando o componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde (vigilância e prevenção das violências e acidentes e das lesões e mortes no trânsito) <input type="checkbox"/> Portaria 3.088/GM/MS, de 23/12/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, republicada em 21/05/2013. <input type="checkbox"/> Portaria 1.365/GM/MS, de 08/07/2013 que aprova a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.</p> <p><b>2. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES</b></p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>A descrição das características dos casos de violências e acidentes, que aconteciam no Brasil, até recentemente, se limitava às informações fornecidas pelos Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e, ocasionalmente, pelas análises dos boletins de ocorrência policial (BO) e pesquisas específicas.</p> <p>Diante dessa realidade, com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em 2006, o MS ampliou o número de variáveis contempladas no monitoramento desses eventos que atingem pessoas em todos os ciclos de vida.</p> <p><u>Esse sistema de vigilância é constituído por dois componentes:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Componente I – Vigilância contínua (VIVA Contínuo/SINAN), que capta dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde.</p> <p><input type="checkbox"/> Componente II– Vigilância sentinela (VIVA Inquérito), por meio de pesquisa por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de urgência e emergência, durante 30 dias consecutivos. A periodicidade da pesquisa era inicialmente a cada ano, bienalmente entre 2007 a 2011 e, a partir de então, a cada três anos.</p> <p>Os dois componentes têm como instrumento de coleta, respectivamente: Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Ficha de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, registrada em sistema EpiInfo.</p> <p>A Vigilância Contínua foi implantada em serviços ou centros de referência para violências, centros de referência para DST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros serviços a partir de 01 de agosto de 2006, por adesão dos entes federados.</p> <p>Até 2008, a captação de dados deu-se, por meio de software Epi Info Windows (VIVA Epi Info), a partir de um questionário específico desenvolvido pela Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS. A partir de 2009, a notificação de violências foi inserida no SINAN, o que colaborou com a expansão do VIVA e garantiu a sustentabilidade da notificação de violências. O processo de implantação ocorreu de modo gradual e por adesão de estados e municípios de acordo com a estruturação da área de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e com as prioridades já definidas no processo de implantação do VIVA.</p> <p>Com a publicação da Portaria nº 104 de 25 de janeiro de 2011, e posteriormente da Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde. A ficha de notificação individual deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p> <p>A notificação deve ser preenchida em 02 (duas) vias: uma via fica na unidade notificadora, e a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) para digitação e consolidação dos dados.</p> <p>No caso de crianças e adolescentes, uma comunicação do caso deve obrigatoriamente ser feita ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, conforme exigência do ECA. A comunicação às autoridades competentes (Delegacias Especializadas, Ministério Público, Conselhos de Direitos da Pessoa Idosa) também se aplica aos casos de suspeita ou confirmação de violências contra pessoas idosas conforme determina o Estatuto do Idoso.</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é responsável pela implantação da vigilância contínua de violências, que inclui também a digitação, consolidação, análise dos dados, disseminação das informações e envio das bases para as respectivas Secretarias de Estado de Saúde (SES) e posteriormente ao Ministério da Saúde.</p> <p>A vigilância contínua objetiva, também, a articulação e a integração com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violências, visando assim, a atenção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos. Importante ressaltar que a estratégia de implantação da notificação deve ser feita de modo gradual no âmbito local e em articulação com a estruturação da rede de atenção e proteção integral às pessoas em situação de violência.</p> <p>Os fluxos de referência e contrarreferência devem estar configurados em rede, envolvendo os serviços de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de proteção, de justiça, além de organizações governamentais, não governamentais e setor privado. Propõe-se que a notificação represente um instrumento chave para a organização da gestão e dos serviços de atendimento e proteção integral destinada às pessoas em situação de violência.</p> <p><b>A notificação é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos(às) gestores(as) e/ou profissionais a responsabilidade de realizar a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente. Cabe à gestão local definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos profissionais.</b></p>	

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		Código (CID10)		3		Data da notificação					
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09									
	4	UF	5		Município de notificação				Código (IBGE)						
	6	Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros		Código Unidade		9		Data da ocorrência da violência					
	7	Nome da Unidade Notificadora				Código (CNES)									
Notificação Individual	8	Unidade de Saúde													
	10	Nome do paciente								11					
	12	(ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano		13		Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado		14		Gestante				
	15	Raça/Cor		<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		1- 1º Trimestre    2- 2º Trimestre    3- 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada    5- Não    6- Não se aplica    9- Ignorado									
	16	Escolaridade		<input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica		17		Número do Cartão SUS		18		Nome da mãe			
Dados de Residência	19	UF	20		Município de Residência		Código (IBGE)		21		Distrito				
	22	Bairro		23		Logradouro (rua, avenida,...)				Código					
	24	Número	25		Complemento (apto., casa, ...)		26		Geo campo 1						
	27	Geo campo 2		28		Ponto de Referência		29		CEP					
	30	(DDD) Telefone		31		Zona		<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		32		País (se residente fora do Brasil)			
	<b>Dados Complementares</b>														
	Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social		34		Ocupação								
35		Situação conjugal / Estado civil		<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		36		Orientação Sexual		37		Identidade de gênero:			
38		Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		39		Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado					
Dados da Ocorrência	40	UF	41		Município de ocorrência		Código (IBGE)		42		Distrito				
	43	Bairro		44		Logradouro (rua, avenida,...)				Código					
	45	Número	46		Complemento (apto., casa, ...)		47		Geo campo 3		48		Geo campo 4		
	49	Ponto de Referência		50		Zona		<input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Periurbana <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		51		Hora da ocorrência (00.00 - 23.59 horas)			
	52	Local de ocorrência		<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 08 - Industrias/construção <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		53		Ocorreu outras vezes?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		54		A lesão foi autoprovocada?	

<b>Violência</b>	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado <input type="checkbox"/>		
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____	
<b>Violência Sexual</b>	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
	<b>59</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
<b>Dados do provável autor da violência</b>	<b>60</b> Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	
	<b>62</b> Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado		
<b>63</b> Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos)      3-Jovem (20 a 24 anos)      5-Pessoa idosa (80 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos)      4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)      9-Ignorado			
<b>Encaminhamento</b>	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	<b>68</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>
<b>69</b> Data de encerramento _____			
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b>	<b>TELEFONES ÚTEIS</b>		<b>Disque Direitos Humanos</b>
136	Central de Atendimento à Mulher		100
180			
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função	Assinatura

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p><b>4. CONCEITO E TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA</b></p> <p>Considera-se como violência, para fins de notificação, “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002). Ou seja, é qualquer conduta – ação ou omissão – de caráter intencional, que cause ou venha a causar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político, econômico ou patrimonial.</p> <p>A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).</p> <p><u>Violência Autoprovocada/Auto Infligida</u></p> <p>A violência autoprovocada/auto infligida compreende ideação suicida, auto-agressões, tentativas de suicídio e suicídios. Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação no VIVA, requer ações de atenção integral em saúde.</p> <p><u>Violência doméstica/intrafamiliar</u></p> <p>Considera-se violência doméstica/intrafamiliar a que “ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente” (Minayo, 2005). É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro pessoa da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que</p>	<p>auto-agressão ou lesão autoprovocada inclui: tentativa de suicídio e não-tentativa de suicídio. Uso e abuso de droga, exclusivo, não é objeto desta notificação, segundo Ministério da Saúde. Para maiores esclarecimentos, ver nota técnica de 02/07/2015, ao fim deste documento</p> <p><u>Qualquer idade</u> é aceita pelo sistema para auto agressão; abaixo de 10 anos de idade (no campo 64 "ciclo de vida do provável autor da violência" - criança de 0 a 9 anos) <u>deve-se fazer uma observação no campo "Informações complementares e observações" questionando-se negligência por parte dos responsáveis pela criança.</u></p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que tenha relação de poder. A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também, às relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica/intrafamiliar inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados (as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados (Brasil, 2002).</p> <p><u>Violência extrafamiliar/comunitária</u></p> <p>A violência extrafamiliar/comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça: polícias, Ministério Público e poder Judiciário.</p> <p>Além disso, a OMS estabelece também distinções sobre as naturezas da violência, sendo elas: violência física; violência psicológica/moral; tortura; violência sexual; tráfico de seres humanos; violência financeira/econômica; negligência/ abandono; trabalho infantil; intervenção legal.</p> <p><b>5. ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA</b></p> <p>A elaboração deste instrutivo por parte do MS responde ao desafio de uniformizar os conceitos, facilitar o entendimento dos campos e respectivas categorias que compõem a ferramenta de coleta de dados. A estrutura dos itens desse instrutivo acompanha a seqüência</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>em que aparecem os blocos e campos presentes na ficha de coleta.</p> <p>ATENÇÃO: Se um evento violento envolver mais de uma vítima, para cada uma das vítimas deverá ser preenchida uma ficha de notificação individual.</p> <p>A Ficha de Notificação Individual (Anexo 1) é estruturada, respectivamente, em 10 blocos, sendo eles: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da violência, Encaminhamento e Dados finais, além de campos destinados para informações complementares e observações.</p> <p><b>5.1 Identificação de caso de violência notificável</b></p> <p>A definição de caso de violência, para fins de notificação, corresponde a:</p> <p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT</p> <p>Sendo assim, a notificação de violência é compulsória para:</p> <p><input type="checkbox"/> Violência contra criança – ambos os sexos, na faixa etária de 0 a 9 anos, independente do</p>	<p>Como já foi informado anteriormente, especificamente para o município de São Paulo <b><u>todas</u> as situações de violência serão notificadas, mesmo aquelas ocorridas em homens de 20 a 59 anos, não importando sua orientação sexual, identidade de gênero ou grupo étnico</b></p> <p>Todas os casos de violência em vítimas até 18 anos incompletos serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar</p> <p>O comunicado ao conselho tutelar deve ser feito por relatório padronizado da linha de cuidado: não utilizar para isto a ficha de notificação. Ver modelo de relatório nos anexos deste documento</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>tipo ou natureza da violência;</p> <p><input type="checkbox"/> Violência contra adolescente – ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 19 anos, independente do tipo ou da natureza da violência;</p> <p>A faixa etária de notificação de violência contra crianças e adolescentes adotada na Vigilância de Violências e Acidentes é a faixa definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).</p> <p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.</p> <p><b>Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina criança na faixa etária de 0 a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela OMS, sendo criança a faixa de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos.</b> No caso de violência contra crianças e adolescentes é obrigatório a comunicação do caso ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes, conforme exigência do Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).</p> <p><input type="checkbox"/> Violência contra a mulher – mulheres de todas as idades, independente do tipo ou natureza da violência, de acordo com a Lei nº 10.778/2003; <input type="checkbox"/> Violência contra a pessoa idosa – pessoas com 60 anos de idade ou mais e de ambos os sexos, independente do tipo ou natureza da violência;</p>	<p>O comunicado ao conselho tutelar deve ser feito por relatório padronizado da linha de cuidado: não utilizar para isto a ficha de notificação; ver no anexo comunicado padronizado</p> <p><b>Reiteramos que no Município de São Paulo violências perpetradas contra homens de 20 a 59 anos são notificadas</b></p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Os casos suspeitos ou confirmados de atos de violência contra os(as) idosos(as) devem ser notificados compulsoriamente pelos serviços de saúde em conformidade com o art.19 do Estatuto do Idoso, Lei 10.741/93, que foi alterada pela Lei 12.461/11.</p> <p>Estabelece a lei ainda que, os casos notificados, devem ser comunicados obrigatoriamente aos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso. <input type="checkbox"/> Violência contra indígenas - ambos os sexos e em todas as idades, independente do tipo ou da natureza da violência. Populações indígenas encontram-se em situação de vulnerabilidade em função das mudanças culturais e relacionais provindas do contato com a sociedade envolvente e da assimetria nas relações de poder entre indígenas e não indígenas. Deve-se levar em consideração as perspectivas indígenas sobre esses eventos. (A Convenção nº 169/1996 da OIT traz orientações quanto às especificidades dos povos indígenas e a proteção de seus direitos). Os casos de violência praticados contra indígenas devem ser comunicados à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).</p> <p><b>ATENÇÃO !!</b></p> <p><input type="checkbox"/> Violência contra pessoas com deficiência - ambos os sexos e em todas as idades, independente do tipo ou da natureza da violência, em função da marcante assimetria nas relações de poder entre as pessoas com e sem deficiência. <input type="checkbox"/> População LGBT: ambos os sexos e em todas as idades, em função da vulnerabilidade deste grupo social às violências, e</p>	<p>O comunicado aos órgãos de proteção do idoso (ex: Conselho do Idoso) deve ser feito por relatório ou comunicado padronizado; não utilizar para isto a ficha de notificação</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Portaria nº 2.836 de 01/12/2011).</p> <p>Resumindo, a notificação individual de violência interpessoal e autoprovocada é compulsória nos casos cujas vítimas são crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes incluiu também os(as) indígenas, as pessoas com deficiência e a população LGBT, considerando a maior vulnerabilidade desses grupos.</p> <p>Atenção! Esta ficha não se aplica à violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como por exemplo, brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras. Essa modalidade de violência pode ser monitorada por meio de outros sistemas de informação e através do componente do VIVA Sentinela (inquérito).</p> <p>PARA VER AS FIGURAS EXPLICATIVAS ORIGINAIS VER . “<i>DESENHOS DE FLUXOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE</i>” NOS ANEXOS</p> <p><b>5.2 Preenchimento dos Campos</b></p> <p><b>As orientações do preenchimento dos campos ocorrerão em blocos, observando a seqüência apresentada na Ficha de Notificação Individual, conforme a seguir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no Sinan.</li> <li>✓ CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Reiteramos que no Município de São Paulo violências perpetradas contra homens de 20 a 59 anos são notificadas</b></p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>✓ CAMPO CHAVE é aquele que identifica o registro no sistema.</p> <p><b>I- NÚMERO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL</b></p> <p>Este campo será preenchido de acordo com a norma seguida no âmbito municipal pela Vigilância Epidemiológica/Vigilância em Saúde/Sinan Net ou Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis. Deverá apresentar numeração única para cada registro, de acordo com orientação do interlocutor do Sinan Net estadual. CAMPO CHAVE.</p> <p><b>II- DADOS GERAIS</b></p> <p>1. Tipo de Notificação: 2-Individual. Este campo já vem preenchido. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>2. Agravado/doença: VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA. Este campo já vem preenchido com o código Y09 – Agressão por meios não especificados, da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). CAMPO CHAVE.</p> <p>3. Data da notificação: preencher os campos destinados ao dia, mês e ano da notificação. CAMPO CHAVE.</p> <p>4. UF: preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) onde foi realizada a notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>5. Município de notificação: anotar o nome completo do município onde está localizada a</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>unidade de saúde ou outra fonte que realizou a notificação. Informar o Código da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referente ao Município. CAMPO CHAVE.</p> <p>6. Unidade notificadora: Preencher o quadrículo com o código da unidade notificadora, dentre as seguintes opções: 1- Unidade de Saúde, 2- Unidade de Assistência Social, 3- Estabelecimento de Ensino, 4- Conselho Tutelar, 5- Unidade de Saúde Indígena, 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher, 7- Outros. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>7. Nome da Unidade Notificadora: anotar o nome completo da unidade notificadora, ou o seu código. Caso no campo 6, seja selecionada a opção 1- unidade de saúde ou a opção 7- outros, esse campo será preenchido automaticamente pelo sistema com a informação digitada no campo 8. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>A notificação deverá ser encaminhada para o serviço de saúde de referência territorial se o caso foi notificado pela Unidade de Assistência Social, Estabelecimento de Ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena, Centro Especializado de Atendimento à Mulher ou Outros, conforme fluxo estabelecido localmente.</p> <p>8. Unidade de Saúde: anotar o nome completo da unidade de saúde ou o seu código no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>9. Data da ocorrência da violência: preencher com a data em que ocorreu a violência. Em caso de violência crônica ou de repetição, preencher com a data da última ocorrência. Caso não se</p>	<p>Não existe ainda a possibilidade de outras unidades, fora do Setor Saúde notificarem; os campos 6 e 7 <u>não estão habilitados</u>. Ver Nota Técnica ao fim deste instrutivo</p> <p>Ao colocar a data aproximada, lembrar que o sistema não aceita 00: o profissional deve trabalhar com todas as informações que dispõe na hora do atendimento para colocar a data aproximada da ocorrência (Não usar</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>consiga precisar a data de ocorrência da violência, informar uma data aproximada. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p><b>III- NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL</b></p> <p>10. Nome do Paciente: anotar o nome completo da pessoa atendida/vítima de violência de acordo com o registrado no documento de identificação e não o “nome social”. Caso não tenha o documento, anotar o nome informado. Não abreviar o nome. Quando não se sabe ou não se tem o nome do paciente, registrar nesse campo: “Nome Ignorado”. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>Atenção! Quando a pessoa atendida/vítima for travesti ou transexual registrar o “nome social” no campo 33.</p> <p>11. Data de nascimento: preencher com a data de nascimento da pessoa atendida/vítima de forma completa (dia/mês/ano). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO caso a idade não seja preenchida.</p> <p>12. Idade: se a data de nascimento for desconhecida, registrar a idade que a pessoa atendida/vítima tinha <u>na ocasião da ocorrência da violência</u> nos campos para os dígitos (     ). Especificar, no quadrículo, o código referente: se a idade informada é em horas, preencher com “1”; se for idade em dias, preencher com “2”; se for idade em meses, com “3”; se for idade em anos, com “4”. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO caso a data de nascimento não esteja preenchida.</p>	<p>00 e nem 15 como regra geral. O sistema não aceita data posterior ao registro).</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Exemplos:</p> <p>Criança com 18 horas de vida = preencher 1 8 </p> <p>Criança com 20 dias de vida = preencher 2 0 </p> <p>Criança com 7 meses = preencher 0 7 </p> <p>Adulto (a) com 26 anos = preencher 2 6 </p> <p>13. Sexo: preencher o quadrículo com o código correspondente ao sexo da pessoa atendida/vítima (M - Masculino, F - Feminino e I - Ignorado). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>Atenção! Quando a pessoa atendida/vítima for transexual registrar essa informação no campo 37.</p> <p>14. Gestante: preencher o quadrículo com o código correspondente, se a pessoa atendida/vítima estiver gestante, conforme a idade gestacional, por trimestre:</p> <p><input type="checkbox"/> 1- 1º Trimestre; <input type="checkbox"/> 2- 2º Trimestre; <input type="checkbox"/> 3- 3º Trimestre; <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada; <input type="checkbox"/> 5 - Não; <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica; <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>Atenção! Quando a pessoa atendida/vítima for do sexo feminino e não estiver gestante, preencher o quadrículo com o código “5-Não”.</p> <p>Se a pessoa atendida/vítima for do sexo masculino ou com idade incompatível com gravidez, preencher com o código “6-Não se aplica”.</p> <p>Se não dispuser de informações sobre esta variável preencher com o código “9</p>	<p>Consideramos "idade incompatível com gravidez" se a mulher for menor de 11 anos, idade mínima aceita pelo sistema; a partir de 11 anos, o sistema aceita qualquer idade, não existindo idade máxima; para gestantes abaixo de 11 anos, anotar em "Informações complementares e observações"</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Ignorado”.</p> <p>Atenção! Se não for possível obter a informação da idade da pessoa atendida/vítima, preencher os campos com a idade aparente. Quando este for o caso, anotar no campo Observações Complementares: “idade estimada”.</p> <p>15. Raça/Cor: preencher o quadrículo com o código correspondente à cor da pele, raça ou etnia declarada pela pessoa atendida/vítima.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Branca; <input type="checkbox"/> 2 - Preta; <input type="checkbox"/> 3 -Amarela (incluir nesta categoria a pessoa que se declarar oriental ou de raça/cor amarela); <input type="checkbox"/> 4- Parda (incluir nesta categoria a pessoa que se declarar morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca, mestiça ou assemelhados); <input type="checkbox"/> 5 - Indígena (incluir nesta categoria a pessoa que se declarar indígena ou índia); <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado (Ex.: pessoa/vítima inconsciente ou se a pessoa não souber informar). CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>16. Escolaridade: preencher o quadrículo com o código correspondente à escolaridade declarada pela pessoa atendida/vítima. A classificação é obtida em função da série e do grau que a pessoa está frequentando ou frequentou, considerando a última série concluída com aprovação. Diante das modificações na nomenclatura dos níveis de ensino adotados no Brasil, sugere-se consultar o Quadro de Equivalências entre Nomenclaturas de Ensino.</p> <p>A correspondência é feita de forma que cada série concluída com aprovação corresponde a um ano de estudo (Ex.: pessoa atendida/vítima cursou quatro anos, porém não concluiu o último ano: a mesma deverá ser incluída na categoria 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental (EF), que equivale a de 1 a 3 anos de estudos concluídos). As categorias para o</p>	<p>O preenchimento raça/cor é particularmente importante por compor um indicador proposto pelo Ministério da Saúde. Ele exclui "ignorados" e campos não preenchidos. No indicador deve haver 95% de preenchimento com informação, isto é, não deve haver mais de 5% entre os não preenchidos e “ignorados”. Lembramos que a raça/cor deve ser preferencialmente autoreferida</p> <p>Para maiores informações, ver nos anexos “Quadro de equivalências entre nomenclaturas de ensino”</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>preenchimento do quadrículo são as seguintes:</p> <p><input type="checkbox"/> 0- Analfabeto: pessoa sem escolaridade, com idade igual ou superior a seis anos que não frequentou a escola ou que possui baixo domínio da escrita e leitura (como saber escrever ou ler apenas o próprio nome); <input type="checkbox"/> 1- 1ª à 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau): pessoa que freqüentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a 4ª série do EF. Equivale a 1 a 3 anos de estudos concluídos; <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau): pessoa que freqüentou a escola até concluir, com aprovação, a 4ª série do EF. Equivale a 4 anos de estudos concluídos;</p> <p>Atenção! Esta variável deve seguir o padrão de autoatribuição e classificação estabelecido pelo IBGE, ou seja, a pessoa atendida/vítima é quem declara a sua raça/cor/etnia. Quando se tratar de criança, considerar a informação do familiar, responsável ou acompanhante.</p> <p><input type="checkbox"/> 3- 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau): pessoa que freqüentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a 8ª série do EF. Equivale a 5 a 7 anos de estudos concluídos; <input type="checkbox"/> 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau): pessoa que freqüentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do EF. Equivale a 8 anos de estudos concluídos; <input type="checkbox"/> 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau): pessoa que freqüentou ou está frequentando a escola sem ter concluído a última série do ensino médio. Equivale a 8 a 11 anos de estudos concluídos; <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau): pessoa que freqüentou a escola até concluir, com aprovação, a última série do ensino médio. Equivale a 12 anos de estudos concluídos; <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta: pessoa que freqüentou ou está frequentando a universidade sem ter concluído o 3º grau; <input type="checkbox"/> 8-</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Educação superior completa: pessoa que freqüentou a universidade até concluir, com aprovação, o 3º grau; <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado: a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (Ex.: pessoa/vítima inconsciente);</p> <p>10 - Não se aplica: pessoa com idade inferior a seis anos e pessoa com comprometimento mental. Ex.: paralisia cerebral moderada ou grave. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>VER “<i>QUADRO DE EQUIVALÊNCIAS ENTRE NOMENCLATURAS DE ENSINO</i>” NOS ANEXOS</p> <p>17. Número do Cartão SUS: preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do SUS.</p> <p>18. Nome da mãe: anotar o nome completo da mãe da pessoa atendida/vítima de acordo com o registrado no documento de identificação (não abreviar o nome). Caso não tenha o documento, anotar o nome informado. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p><b>IV- DADOS DE RESIDÊNCIA</b></p> <p>19. UF: preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência da pessoa atendida/vítima. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, se residente no Brasil.</p> <p>Atenção! Se a pessoa atendida/vítima for pessoa em situação de rua, adotar o endereço da Unidade Sócio-assistencial do território conforme preconiza o Cadúnico, ou quando não for possível adotar endereço do local de maior permanência da pessoa atendida/vítima e registrar que se trata de pessoa em situação de rua no campo das informações complementares e observações.</p>	<p>No MSP o Distrito está sendo preenchido com a respectiva SUVIS</p> <p>No MSP o bairro está sendo preenchido como o Distrito Administrativo</p> <p><b>Para morador de rua colocar 333 no logradouro + ponto de referência; obrigatoriamente nas "Informações Complementares" deverá ser colocada a frase "O número 333 significa situação de rua"</b></p> <p>Anotar país de residência quando a Vítima residir em outro país, colocando em "Informações Complementares" o país de origem</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>20. Município de residência: anotar o nome do município da residência da pessoa atendida/vítima, se residente no Brasil. Informar o Código do IBGE referente ao Município. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, quando a UF é informada.</p> <p>21. Distrito: anotar o nome do distrito de residência da pessoa atendida/vítima (Distrito Administrativo ou Sanitário e outros, de acordo com critério local). CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>22. Bairro: anotar o nome do bairro ou setor de residência da pessoa atendida/vítima (ou o código correspondente ao bairro, segundo cadastro do Sinan estadual). CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>23. Logradouro (rua, avenida e etc.): anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo ou código (quando houver) correspondente ao logradouro da residência da pessoa atendida/vítima. Se a pessoa/vítima atendida residir em uma aldeia ou quilombo, anotar o nome dos mesmos. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>24. Número: anotar o número do logradouro da residência da pessoa atendida/vítima. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>25. Complemento (apto, casa,...): anotar o complemento do logradouro da residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>26. Geo campo 1: O preenchimento deste item é exigido apenas para os municípios que realizam georreferenciamento. Anotar o código de latitude (em graus).</p> <p>27. Geo campo 2: O preenchimento deste item é exigido apenas para os municípios que</p>	<p><b>Para o MSP considera-se como "Distrito" (campo 21) a UVIS e como "Bairro"(campo 22) o DA (Distrito Administrativo)</b></p> <p>Caso a violência tenha ocorrido em outro país, já que a ficha não dá as alternativas que incluam países estrangeiros, oferecemos a seguinte alternativa para que o caso possa ser notificado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar na unidade federativa (UF) o estado de São Paulo (SP);</li> <li>2. No município colocar "ignorado";</li> <li>3. No campo 52 colocar "9";</li> <li>4. Nas "Informações complementares e observações", colocar o país em que o caso ocorreu</li> </ol>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>realizam georreferenciamento. Anotar o código de longitude (em graus).</p> <p>28. Ponto de Referência: Preencher com o ponto de referência para localização da residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: perto da padaria do João, Garimpo tal, Km 6, Córrego tal, Lagoa tal, etc.). CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>29. CEP: preencher com o código de endereçamento postal (CEP) do logradouro (avenida, rua, travessa, etc.), da residência da pessoa atendida/vítima. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>30. (DDD) Telefone: preencher com os números do código de área (o DDD) e do telefone da pessoa atendida/vítima. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>31. Zona: preencher o quadrículo com o código correspondente à zona de residência da pessoa atendida/vítima:</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Urbana: área com características de cidade propriamente dita, incluindo-se a periferia e “cidades satélites”, com concentração populacional/habitacional, existência de estruturas administrativas, serviços públicos, comércio, indústria, transporte e lazer;</p> <p>Se a pessoa atendida/vítima não tiver telefone, preencher com o número de um parente, vizinho ou amigo e nas observações obter o máximo de referências possível. É importante lembrar que a vítima poderá mudar de endereço dependendo da situação de violência/risco de morte.</p> <p><input type="checkbox"/> 2-Rural: área com características próprias do campo, com população dispersa, relativamente distante dos centros administrativos, acesso limitado a serviços públicos, agro-produção (Ex. fazenda, “roça”, chácara, sítio, assentamentos do INCRA, aldeias, etc.); <input type="checkbox"/> 3-</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Periurbana: área relativamente próxima à urbana, com aglomeração populacional geralmente menos concentrada, onde as estruturas urbanas são precárias e os usos se assemelham com as rurais, não se distinguindo por vezes o campo e a cidade; <input type="checkbox"/> Ignorado: a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (Ex.: pessoa/vítima inconsciente, viajante ou migrante recém-chegado). CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>Atenção! Apesar da maioria dos quilombos se localizarem em área rural, também podem estar em zona urbana.</p> <p>32. País: anotar o nome do país de residência, quando a pessoa atendida/vítima residir em outro país. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>DADOS COMPLEMENTARES</p> <p><b>V- DADOS DA PESSOA ATENDIDA</b></p> <p>33. Nome social: anotar o nome social da pessoa atendida/vítima quando informado. Nome social é aquele pelo qual travestis e transexuais se reconhecem, bem como são identificados(as) por sua comunidade e em seu meio social.</p> <p>Atenção! O uso do nome social em prontuários e atendimentos é uma das estratégias de humanização preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009; é também um direito dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde (conforme Portaria MS/GM Nº 1.820, de 13/08/2009, Art. 4, I). Não considerar e respeitar o nome social de travestis ou transexuais constitui uma forma de violência institucional contra essas pessoas.</p>	<p>A orientação sexual e a identidade de gênero devem ser perguntados para pessoas com idade de 10 anos ou mais. Abaixo dessa idade registrar “não se aplica”.</p> <p>Para a identidade de gênero, <u>segundo as normas da ficha</u> do MS, <b>caso a pessoa tenha a mesma identidade de gênero de seu sexo original biológico, também assinalar “não se aplica”.</b></p> <p>Caso a pessoa não queira informar a sua orientação sexual, ou identidade de gênero deve-se registrar "ignorado". A identidade de gênero independe da anatomia. O (a)</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>“É permitido o nome social aos transexuais e, em alguns casos, na vida escolar, quando, por exemplo, um aluno não quer ser chamado por seu nome civil. Desse modo difere-se nome social de apelido, pois se assim fosse, em praticamente todos os atos da vida seria permitido a todos ser chamado por seu apelido, sendo a distinção máxima a falta de aderência do nome civil à personalidade da pessoa natural – exemplo mais aceito transexual em que o fato de ser chamado por seu nome civil causa constrangimento e exposição notoriamente constante ao ridículo, dado que o nome civil não representa a pessoa natural” (BALLEN, 2013).</p> <p>34. Ocupação: anotar a ocupação, função desenvolvida pelo(a) trabalhador(a) de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e não a profissão. A ocupação se refere à atividade que é exercida. Nos casos em que não haja especificação, colocar a ocupação mais aproximada. Em caso de crianças/adolescentes menores de 16 anos, deve-se escrever “não se aplica”, salvo a partir de 14 anos, se na condição aprendiz. Nos casos de trabalho infantil, preencher o campo 56 com esta informação e registrar informações adicionais no campo INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES, no final da ficha de notificação individual.</p> <p>35. Situação conjugal/Estado civil: preencher o quadrículo com o código correspondente à situação conjugal ou estado civil da pessoa atendida/vítima no momento da violência. Nos casos que envolverem crianças menores de 10 anos (crianças de 0 a 9 anos), preencher com a opção “8-Não se aplica”. No momento da digitação dos dados, o sistema fará esse</p>	<p>transexual é a pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal como homem ou mulher de acordo com a sua identidade de gênero, independentemente de ter feito ou não cirurgia de mudança de sexo.</p> <p>O sistema abre <i>menu</i> resumido, da Classificação Brasileira de Ocupações, CBO, com as ocupações mais freqüentes, incluindo p.ex. profissionais do sexo e outros</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>preenchimento automaticamente. Obs: adotou-se a referência de idade para crianças padronizada pela OMS. De acordo com o ECA, a equipe deve se responsabilizar por investigar situações conjugais envolvendo crianças com menos de 12 anos. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>36. Orientação Sexual: preencher o quadrículo com o código correspondente à orientação sexual declarada pela pessoa atendida. Desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2003, o tema dos direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) vem sendo pautado pelo SUS. Em 2007, na 13ª CNS a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na saúde dos indivíduos são incluídos na análise da determinação social da saúde. Nesta conferência, como estratégia para o debate permanente, dentre outras, foi recomendada a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde.</p> <p>Esse campo é preenchido somente na ficha de notificação individual. A informação não é digitada no sistema. Caso seja necessário, sugere-se a digitação dessa informação no campo observações.</p> <p>1 – Heterossexual – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica.</p> <p>2 – Homossexual (gays/lésbicas) – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica.</p> <p>3 – Bissexual – pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero.</p> <p>8- Não se aplica – para crianças de 0 a 9 anos.</p> <p>9 – Ignorado – quando não houver informação disponível sobre a orientação sexual da pessoa</p>	<p>A orientação sexual e a identidade de gênero devem ser perguntados para pessoas com idade de 10 anos ou mais. Abaixo dessa idade registrar “não se aplica”. Caso a pessoa não queira informar a sua orientação sexual, ou identidade de gênero deve-se registrar "ignorado"</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>atendida.</p> <p>Obs: As questões 36 e 37 exigem um cuidado especial quando a vítima é uma criança ou adolescente, pois nessa fase eles(as) ainda estão em pleno processo de desenvolvimento da orientação sexual e identidade de gênero, nesse sentido não cabe exigir deles(as) uma definição quanto a esses temas. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se vítima maior ou igual a 10 anos.</p> <p>Atenção! Não é raro o sentimento de inibição ou constrangimento ao se tentar preencher este quesito. Como recurso para superar essa dificuldade, recomenda-se introduzir esta pergunta com um breve esclarecimento sobre a relevância que, para as políticas de saúde pública, tem o conhecimento baseado em pesquisa (e não em preconceitos) sobre as práticas sexuais da população brasileira e perguntar se a pessoa deseja informar a sua orientação sexual. Sugestão de abordagem: reconhecendo que a orientação sexual diz respeito à atração afetivo-sexual que a pessoa sente em relação a outra pessoa. No seu caso, qual a sua orientação sexual?</p> <p>37. Identidade de gênero: preencher o quadrículo com o código correspondente à identidade de gênero declarada pela pessoa atendida. A identidade de gênero se refere ao gênero (masculino e feminino) com o qual a pessoa se identifica. O conceito de gênero remete aos significados sociais, culturais e históricos associados aos sexos feminino e masculino. 1-Travesti: pessoa do sexo masculino que deseja ser reconhecida socialmente como mulher, mas não apresenta conflito com seu sexo biológico e sua genitália. A travesti busca</p>	<p style="text-align: right;">”</p> <p>Para a identidade de gênero, <u>segundo as normas da ficha</u> do MS, <b>caso a pessoa tenha a mesma identidade de gênero de seu sexo original biológico, também assinalar “não se aplica”</b>.</p> <p>Caso a pessoa não queira ou não possa (ex vítima inconsciente) informar a sua identidade de gênero deve-se registrar “ignorado”. A identidade de gênero independe da anatomia. O (a) transexual é a pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal como homem ou mulher de acordo com a sua identidade de gênero, independentemente de ter feito ou não</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>transformar o corpo em um corpo feminino através de hormônios e/ou cirurgias e, pelo menos em princípio, não deseja realizar cirurgia de redesignação de sexo; 2- Mulher transexual (de homem para mulher): pessoa que nasceu com sexo masculino que se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino. A mulher transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo feminino e, na maior parte das vezes, busca a hormonioterapia e intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo;</p> <p>3- Homem transexual (de mulher para homem): pessoa que nasceu com sexo feminino que se identifica social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino.</p> <p>O homem transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo masculino e pode buscar a hormonioterapia e/ou intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo.</p> <p>São exemplos de intervenções cirúrgicas a mastectomia (retirada das mamas) e histerectomia (retirada do útero).</p> <p>8 – Não se aplica – preencher quando a identidade de gênero corresponder ao sexo biológico (campo 13). Exemplo: Sexo biológico feminino e identidade de gênero feminina (mulher), ou seja a pessoa apresenta a identidade de gênero igual ao sexo biológico.</p> <p>9 – Ignorado – quando não houver informação disponível sobre a identidade de gênero</p> <p>CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO se vítima maior ou igual a 10 anos.</p> <p>38. Possui algum tipo de deficiência/transtorno? Informar se a pessoa atendida/vítima tem algum tipo de deficiência/transtorno mental ou comportamental de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado (quando não for possível obter tal informação). CAMPO ESSENCIAL.</p>	<p>cirurgia de mudança de sexo.</p> <p>Nem sempre a pessoa transexual deseja as modificações físicas. Estes indivíduos não se identificam totalmente com nenhum dos pólos da sexualidade (feminino ou masculino) e são chamados de transexuais "não binários"</p> <p>Portanto, o fato da pessoa não querer modificar o seu corpo com cirurgia ou hormônios não significa que ela não seja transexual.</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Atenção! Caso se assinale o código “2-Não” ou “9-Ignorado”, todos os quadrículos do item 39 deverão ser preenchidos com “8-Não se aplica”.</p> <p>39. Se sim, qual tipo de deficiência e/ou transtorno? Caso o item 38 seja preenchido com 1-Sim, preencher o(s) quadrículo(s) relativo(s) ao(s) tipo(s) de deficiência(s)/transtorno(s) mental(is) ou comportamental(ais) que a pessoa atendida/vítima apresenta, com o código correspondente: 1-Sim, 2-Não, 8-Não se aplica, 9-Ignorado. Em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de deficiência/transtorno. Todos os quadrículos devem ser preenchidos. Observar as seguintes definições:</p> <p>Atenção! Para registrar esse dado é preciso que haja informação sobre diagnóstico clínico emitido por profissional de saúde habilitado (sem exigência de prova documental). Não registrar suposições ou hipóteses pessoais ou dos familiares.</p> <p>Atenção! A identidade de gênero não deve ser confundida com orientação sexual. Enquanto identidade de gênero se refere a como a pessoa se identifica, a orientação sexual está ligada a como a pessoa se relaciona sexual e afetivamente. Assim, travestis, mulheres transexuais e homens transexuais podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais.</p> <p>Definições e conceitos orientadores</p> <p>De acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (promulgada pelo Decreto nº 6.949 de 25/08/2009):</p> <p>“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.”</p> <p>A deficiência se enquadra nas seguintes categorias: deficiência física, deficiência intelectual, deficiência mental, deficiência auditiva, deficiência visual, deficiências múltiplas, pessoas com mobilidade reduzida e ostomia.</p> <p>Deficiência física: alteração completa ou parcial de uma ou mais partes do corpo humano, acarretando o comprometimento de função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob uma das seguintes formas: paraplegia (perda total das funções motoras dos membros inferiores); paraparesia (perda parcial de funções motoras dos membros inferiores); monoplegia (perda total da função motora de um só membro seja inferior ou superior); monoparesia (perda parcial da função motora de um só membro inferior ou superior); tetraplegia (perda total das funções motoras dos quatro membros); tetraparesia (perda parcial das funções motoras dos quatro membros); triplegia (perda total das funções motoras de três membros), triparesia (perda parcial das funções motoras de três membros); hemiplegia (perda total das funções motoras de um dos lados do corpo); hemiparesia (perda parcial das funções motoras de um lado do corpo); nanismo (deficiência acentuada no crescimento); amputação (remoção de uma extremidade do corpo por meio de cirurgia ou acidente); paralisia cerebral ou encefalopatia crônica não progressiva (lesão em uma ou mais partes do cérebro, tendo como consequência alterações psicomotoras, cognitivas e de comunicação, podendo ou não causar deficiência intelectual); membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformações estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Deficiência intelectual: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos de idade e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização de recursos da comunidade, autocuidado em saúde e segurança, habilidades acadêmicas, de lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade. Também conhecida como deficiência cognitiva.</p> <p>Deficiência visual: caracteriza-se por perda de visão incorrigível. Isto significa que, mesmo usando óculos ou lente de contato, o indivíduo não tem a visão corrigida e, ainda assim, é incapaz de, por exemplo, reconhecer alguém que passe por ele na rua ou ler um jornal. Compreende a cegueira e a baixa visão. Pessoa cega: é aquela que possui perda total ou visão residual mínima nos dois olhos (não tem nenhuma espécie de visão ou unicamente percebe luz sem projeção de imagem), necessitando do método Braille como meio de leitura e escrita e/ou outros métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para o processo ensino-aprendizagem. Pessoa com baixa visão: é aquela que, mesmo usando óculos comuns, lentes de contato ou implantes de lentes intraoculares, não consegue ter uma visão nítida. As pessoas com baixa visão podem ter sensibilidade ao contraste, percepção das cores e intolerância à luminosidade.</p> <p>Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz). A perda</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>auditiva pode ser leve, moderada, severa ou profunda. Quanto maior o grau da perda auditiva, maiores serão os prejuízos no desenvolvimento da linguagem oral e também das dificuldades de aprendizagem de crianças em idade escolar, uma vez que, o principal sinal de deficiência auditiva são alterações de linguagem. Compreende a perda de audição ou diminuição na capacidade de escutar os sons, mesmo com o aumento da intensidade da fonte sonora.</p> <p>Múltiplas Deficiências: associação de duas ou mais deficiências.</p> <p>Pessoa com Mobilidade Reduzida: aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.</p> <p>Ostomia: A pessoa ostomizada é aquela que passou por intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).</p> <p>Transtorno mental: Compreende os quadros graves, a exemplo de: esquizofrenia, transtorno bipolar afetivo, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do espectro do autismo, demência, como na doença de Alzheimer e demências de outras origens; inclui também dependência de álcool e outras drogas. A informação correspondente deve ser dada pelo responsável ou acompanhante da pessoa atendida/vítima.</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Transtorno de comportamento: Compreende, entre outros, os distúrbios emocionais (como pânico), de conduta (como déficit de atenção, micção ou emissão fecal repetida, involuntária), funcionamento social (como mutismo seletivo, redução das interações sociais, hiperatividade etc.). A informação correspondente deve ser dada pelo(a) responsável ou acompanhante da pessoa atendida/vítima.</p> <p>Outras: qualquer outro tipo de deficiência, síndrome ou transtorno que não as contempladas nas categorias acima: É OBRIGATÓRIO ESPECIFICÁ-LAS (Ex Síndrome de Wilson, Síndrome de Down, Síndrome de West, osteogênese imperfeita, transtorno do espectro do autismo). CAMPO ESSENCIAL.</p> <p><b>VI- DADOS DA OCORRÊNCIA</b></p> <p>40. UF: preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) da ocorrência do evento. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>41. Município de ocorrência: anotar o nome do município onde ocorreu o evento. Informar o código do IBGE referente ao município. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>42. Distrito: anotar o nome do distrito da ocorrência do evento (Distrito Administrativo ou Sanitário e outros, de acordo com critério local). CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>43. Bairro: anotar o nome do bairro ou setor (ou código do cadastro do Sinan, quando houver) onde ocorreu o evento. CAMPO ESSENCIAL.</p>	<p>No MSP o Distrito está sendo preenchido com a respectiva SUVIS</p> <p>No MSP o bairro está sendo preenchido como o Distrito Administrativo</p> <p><b>Para morador de rua colocar 333 no logradouro + ponto de referência; obrigatoriamente nas "Informações Complementares" deverá ser colocada a frase "O número 333 significa situação de rua"</b></p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>44. Logradouro: anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.) e nome completo ou código correspondente ao logradouro onde ocorreu o evento. Se o evento ocorreu em uma aldeia ou quilombo, anotar o nome do mesmo.</p> <p>45. Número: anotar o número do logradouro onde ocorreu o evento.</p> <p>46. Complemento (apto, casa,...): anotar o complemento do logradouro onde ocorreu o evento (ex.: Edifício Jangadeiro, Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc.).</p> <p>47. Geo campo 3: a anotação deste item é exigida apenas para os municípios que realizam georreferenciamento. Anotar o código de latitude (em graus).</p> <p>48. Geo campo 4: a anotação deste item é exigida apenas para os municípios que realizam georreferenciamento. Anotar o código de longitude (em graus).</p> <p>49. Ponto de referência: anotar o ponto de referência para identificar o local de ocorrência do evento (ex.: perto da padaria do João, Garimpo tal, Km 6, Córrego tal, Lagoa tal, etc.).</p> <p>Atenção! A dependência de álcool e outras drogas é considerada nesses casos como transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa.</p> <p>50. Zona: preencher o quadrículo com o código correspondente à zona de ocorrência do evento:</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Urbana: área com características de cidade propriamente dita, incluindo-se a periferia e “cidades satélites”, com concentração populacional/habitacional, existência de estruturas</p>	<p>Caso a violência tenha ocorrido em outro país, já que a ficha não dá as alternativas que incluam países estrangeiros, oferecemos a seguinte alternativa para que o caso possa ser notificado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Colocar na unidade federativa (UF) o estado de São Paulo (SP);</li> <li>6. No município colocar "ignorado";</li> <li>7. No campo 52 colocar "9";</li> </ol> <p>Nas "Informações complementares e observações", colocar o país em que o caso ocorreu</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>administrativas, serviços públicos, comércio, indústria, transporte e lazer; <input type="checkbox"/> 2-Rural: área com características próprias do campo, com população dispersa, relativamente distante dos centros administrativos, acesso limitado a serviços públicos, agro produção (ex. fazenda, “roça”, chácara, sítio, assentamentos do INCRA, aldeias, etc.); <input type="checkbox"/> 3-Periurbana: área relativamente próxima à urbana, com aglomeração populacional geralmente menos concentrada, onde as estruturas urbanas são precárias e os usos se assemelham com as rurais, não se distinguindo por vezes o campo e a cidade; <input type="checkbox"/> 9-Ignorado: a pessoa atendida/vítima não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente, viajante ou migrante recém-chegado).</p> <p>51. Hora da ocorrência: preencher com a hora aproximada da ocorrência do evento, declarada ou provável, abrangendo o período de 00:00 (zero hora) até 23:59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos). CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>52. Local de ocorrência: preencher os quadrículos com o código correspondente ao local de ocorrência do evento segundo a relação abaixo, de acordo com as categorias da CID-10: CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - Residência: lugar utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima. Inclui a própria residência da pessoa atendida/vítima ou, quando for o caso, a de amigos, parentes, vizinhos, cônjuge, namorado(a), provável autor(a) da agressão(a) etc. Pode ser apartamento, casa, casa de cômodos, casa de fazenda, dependências residenciais (garagem, jardim, pátio, piscina), pensão familiar, barraco, barracão, trailer); <input type="checkbox"/> 02 – Habitação coletiva: inclui acampamento militar, barracão (acampamento de trabalhadores), instituição de longa permanência para</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>idosos, casa de repouso, casa de estudantes (“república”), caserna, hospital psiquiátrico (quando utilizado como moradia pela pessoa atendida/vítima), instituição de acolhimento (abrigo), penitenciária, hospitais colônias, pensionato, unidade socioeducativa, unidade de acolhimento, albergue; <input type="checkbox"/> 03 - Escola: inclui campus universitário, colégio, creche, escolas públicas e privadas em geral, instituição de ensino médio ou superior, instituição de educação infantil (jardim da infância), e outros espaços de educação; <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva: inclui campo e escolinhas de atletismo, futebol, golfe, equitação, quadras de basquete, voleibol, pista de patinação, estádio, ginásio, piscina pública, clube, academia, praça com área de esporte e exercícios físicos; <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar: inclui bar, botequim, lanchonete, danceteria, discoteca, casa de shows, outros; <input type="checkbox"/> 06 - Via pública: inclui calçadas, ruas, estradas, rodovias, viadutos, pontes, praças, parques, pontos/terminais de ônibus, passarelas, entre outros; <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços: inclui aeroporto, armazém, banco, butique, shopping center, edifício de escritórios, estação ferroviária/rodoviária, estação de rádio ou televisão, garagem comercial, hotel, motel, loja, mercado, posto de serviços para veículos a motor, supermercado, restaurantes, serviços de saúde (hospital); <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção: inclui central elétrica, dependências industriais, dique seco, edifício em construção/industrial, estaleiro, jazida, mina, garimpo, plataforma petrolífera e outras instalações marítimas, túnel em construção, usina de gás, etc; <input type="checkbox"/> 09 - Outro: qualquer outro local não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Ex.: açude, lagoa, área de acampamento, área de estacionamento, beiramar, bosque, campo de treinamento militar, canal, colina, casa abandonada, córrego, curso de água, deserto, sítios, fazendas, pesque-pague, chácaras,</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>matagal, praia, parque de diversões inclusive os públicos e outros locais. É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR. <input type="checkbox"/> 99- Ignorado: quando o local de ocorrência não foi informado pela pessoa atendida/vítima ou seu acompanhante.</p> <p>53. Ocorreu outras vezes? Informar se o mesmo tipo de evento que está sendo notificado ocorreu outras vezes. Preencher o quadrículo com o código correspondente: 1- Sim 2- Não e 9-Ignorado. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>54. A lesão foi autoprovocada? Preencher o quadrículo com o código correspondente, se a lesão foi autoprovocada. Ou seja, nos casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou o suicídio. Considera-se tentativa de suicídio o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação.</p> <p>Quando esta variável for preenchida com "1-Sim", preencher o campo 56 com "1- Sim" no quadrículo "Outros" e especificar se auto-agressão ou tentativa de suicídio. Preencher o campo 57 com o meio utilizado para realizar a lesão autoprovocada. A versão do SINAN 5.1 possibilita a notificação de casos de lesão autoprovocada em crianças. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p><b>VII- VIOLÊNCIA</b></p> <p>55. Essa violência foi motivada por: preencher os quadrículos com o código correspondente à motivação da violência segundo a relação abaixo. Caso tenha mais de uma motivação, registrar a motivação que mais contribuiu para a ocorrência da violência. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p>	<p>Auto-agressão ou lesão autoprovocada inclui: tentativa de suicídio e não-tentativa de suicídio. Uso e abuso de droga, exclusivo, não é objeto desta notificação, segundo Ministério da Saúde</p> <p>Se no campo 54 a resposta for "sim, a lesão foi autoprovocada", <u>no caso de tentativa de suicídio</u> deve-se assinalar no campo 56, <b>tipo de violência</b> como "Outros" e no espaço reservado para especificar "outros" colocar o número <b>777</b>, código acordado para o MSP para tentativa de suicídio. O suicídio deve ser notificado em 24 horas.</p> <p><b>Obrigatoriamente nas "Informações Complementares" deverá ser colocada a frase: "O número 777 significa tentativa de suicídio".</b></p> <p><u>Qualquer idade</u> é aceita pelo sistema para auto agressão; abaixo de 10 anos de idade</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>01 – Sexismo: É uma ideologia que se pauta no suposto prestígio e poder masculinos sobre as mulheres. Reflete-se em um conjunto de condutas construídas, aprendidas, e reforçadas culturalmente — cujo exercício está na tentativa e no controle da moral e da conduta femininas. Reflete-se na violência contras as mulheres em suas diversas formas. Pode aparecer através de xingamentos, atos, chantagens, exposição pública, etc.</p> <p>02 – Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia: É a violência motivada e praticada em razão da orientação sexual ou identidade de gênero presumida da vítima podendo a mesma ser membro da população LGBT ou não. A homofobia pode ser definida como a aversão irracional aos homossexuais e a todos que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heteronormativos. A violência contra gays é denominada homofobia enquanto a discriminação, aversão e ódio contra as mulheres que têm orientação sexual diferente da heterossexual, e que se relacionam homoafetivamente com outras mulheres é conhecida como lesbofobia. É importante ressaltar que a lesbofobia é uma violência resultante de dupla discriminação porque associa também a violência contra as mulheres, além da discriminação contra a homossexualidade. Bifobia é a discriminação, aversão ou ódio às pessoas bissexuais. Transfobia é a discriminação, aversão, ódio contra pessoas transexuais ou travestis. Dentre as variadas formas de manifestação dessas violências estão também a violência psicológica (insulto, constrangimento, ameaça) e os obstáculos ao acesso aos serviços, ao trabalho e outras.</p> <p>03 – Racismo: A crença de que é justa a divisão da sociedade em grupos definidos pela cor da pele, traços físicos e aspectos culturais, de forma a hierarquizá-la. O racismo é utilizado</p>	<p>(no campo 64 "ciclo de vida do provável autor da violência" - criança de 0 a 9 anos) deve-se fazer uma observação no campo informações complementares e observações questionando-se negligência por parte dos responsáveis pela criança. Da mesma maneira, se tiver sido tentativa de suicídio deve-se colocar no campo 56 em "outros" o código 777</p> <p>O campo 55 deve ser preenchido com a motivação indicada pela vítima e não pelo entrevistador</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>como justificativa para a discriminação contra determinados grupos. A discriminação racial ou étnico-racial é toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, de direitos e liberdades fundamentais, em quaisquer campos da vida pública ou privada, conforme Lei nº 12.288/2010. No Brasil o racismo e a discriminação racial são dirigidos principalmente contra a população negra, indígena e quilombola.</p> <p>04 – Intolerância religiosa: é um conjunto de ideologias e atitudes ofensivas a crenças e práticas religiosas ou a quem não segue uma religião. É um crime de ódio que fere a liberdade e a dignidade humana.</p> <p>05 – Xenofobia: A xenofobia é uma forma de discriminação social que consiste na aversão a pessoas de diferentes culturas e nacionalidades. Considerada como crime de ódio, a xenofobia mostra-se através da humilhação, constrangimento, agressão física e moral àquele(a) que não é natural do lugar do(a) agressor(a). Teoricamente, xenofobia é a aversão apenas a estrangeiros(as), contudo não está estabelecido um termo técnico que designe a agressão e o desrespeito a pessoas de diferentes regiões do mesmo país e que também são consideradas crimes de ódio. Portanto, a ocorrência de violência motivada por aversão a pessoas do próprio país - provindas de diferentes regiões geográficas ou localidades - deve ser registrada nessa categoria.</p> <p>06 – Conflito geracional: É um conflito que descreve discrepâncias culturais, sociais ou econômicas entre duas gerações, que pode ser causada por trocas de valores ou conflitos de</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>interesse entre gerações mais jovens e gerações mais idosas.</p> <p>07 – Situação de rua: considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto nº 7.053/2009).</p> <p>08 – Deficiência: quando a violência é motivada por preconceito, desrespeito ou por qualquer tipo de discriminação à condição das pessoas com deficiência.</p> <p>09 – Outros: qualquer outro tipo de motivação à violência que não as contempladas nas categorias acima. Especificar a motivação.</p> <p>88 - Não se aplica: Permanece na ficha de notificação individual para efeitos do sistema, mas evitar utilizar esse campo.</p> <p>99-Ignorado: quando a pessoa atendida não identificar uma motivação para a violência sofrida ou não puder informar sobre a motivação da violência.</p> <p>56. Tipo de violência: Preencher o(s) quadrículo(s) do tipo de violência de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Lembre-se que, em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de violência. Entretanto, para fins de registro no SINAN deverá ser assinalado somente o principal tipo de violência. Os demais quadrículos não devem ser preenchidos e caso haja alguma violência secundária perpetrada pelo mesmo(a) autor(a), registrar esta informação no campo observações adicionais. CAMPO DE PREENCHIMENTO</p>	<p><b>O Tipo de violência (Campo 56) não deve ser confundido com meio de agressão (Campo 57)</b></p> <p><b>Deve-se colocar um único tipo de violência, o tipo principal considerado</b></p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>OBRIGATÓRIO. Considerar os seguintes conceitos</p> <p>Quando ocorrer dois casos distintos de violência com a mesma vítima envolvendo autores diferentes, registrar em duas fichas de notificação.</p> <p><input type="checkbox"/> Violência Física (também denominada <i>seviça física, maus-tratos físicos ou abuso físico</i>): são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.</p> <p>Atenção! Nos casos declarados como “bala perdida”, anotar essa informação em “INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES”.</p> <p><input type="checkbox"/> Violência Psicológica/Moral: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras</p>	<p><b>pelo paciente, embora eventualmente o sistema aceite a digitação de vários tipos</b></p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. O bullying é outro exemplo de violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o cyberbullying.</p> <p><input type="checkbox"/> Tortura: é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de: o Obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa; o Provocar ação ou omissão de natureza criminosa; o Em razão de discriminação racial ou religiosa. (Lei 9.455/1997).</p> <p><input type="checkbox"/> Violência Sexual: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo</p> <p>Atenção! Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo. e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos,</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos: Inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas.</p> <p>Violência Financeira/Econômica: é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas, mulheres e</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>deficientes. Esse tipo de violência é também conhecida como violência patrimonial.</p> <p>Negligência/Abandono: é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalho Infantil: é o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto) inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudável e seguro.</p> <p>A Constituição Federal estabelece a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a pessoas menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos (artigo 7º, inciso XXXIII). Quando na condição de aprendiz, a atividade laboral deve ocorrer em horários e locais que não impeçam a frequência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social.</p>	<p>Considera-se também como negligência/abandono o fator de deixar no hospital criança, idoso ou recém nascido. Caso o suposto perpetrador da violência seja uma mãe adolescente, discute-se na linha de cuidado um protocolo de condutas que possa dar conta deste binômio mãe adolescente/recém nascido</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p><input type="checkbox"/> Violência por Intervenção legal: Trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº. 4.898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática. A CID-10 adota o termo “intervenção legal e operações de guerra” e lhe atribui os códigos de Y35 a Y36.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: qualquer outro tipo de violência não contemplado nas categorias anteriormente citadas. É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR. Importante! Nos casos de tentativa de suicídio e auto-agressão, especificá-los nesse campo.</p> <p>57. Meio de agressão: preencher o(s) quadrículo(s) do meio de agressão relacionado com o tipo de violência registrado no campo 56 e utilizado de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Lembre-se que, em um mesmo caso, pode haver mais de um meio de agressão e que todos os quadrículos devem ser preenchidos. Considerar os seguintes conceitos e exemplos de meios de agressão: CAMPO ESSENCIAL.</p> <p><input type="checkbox"/> Força corporal/espancamento: inclui murro, tapa, soco, empurrão e outros.</p> <p><input type="checkbox"/> Enforcamento: inclui estrangulamento, esganadura, grá vata' e outros.</p> <p><input type="checkbox"/> Objeto contundente: inclui pau, cassetete, barra de ferro e outros.</p> <p><input type="checkbox"/> Objeto pérfuro-cortante: inclui arma branca (faca, canivete, peixeira, facão, navalha, estilete, lâmina), caco de vidro, chave de fenda, prego e outros.</p> <p><input type="checkbox"/> Substância/Objeto quente (queimadura): inclui queimaduras por fogo, água quente, vapor</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>d'água, substância química e outras.</p> <p><input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação: inclui exposição/ingestão/inalação de produtos químicos, plantas tóxicas, medicamentos etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Arma de fogo: inclui revólver, espingarda, carabina, metralhadora e outros.</p> <p><input type="checkbox"/> Ameaça: inclui gritos, palavrões, xingamentos, pressão psicológica e outras formas, em interlocução direta, por telefone, cartas, internet, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: qualquer outro meio de agressão não contemplado nas categorias anteriormente citadas. É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR. Ex.: asfixia por ficar preso em ambiente fechado, exposição a ruídos de altíssima intensidade, indução, omissão (em caso de negligência), entre outros. Especificar ainda outros meios utilizados nos casos de tentativa de suicídio ou auto-agressão: precipitação de lugar elevado, autoimolação, jogar-se na frente de veículos, dentre outros.</p> <p><b>VIII- VIOLÊNCIA SEXUAL</b></p> <p>58. Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? Preencher o(s) quadrículo(s) de acordo com o código correspondente: 1-Sim, 2-Não, 8-Não se aplica, 9-Ignorado. Pode haver mais de um tipo de violência sexual. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>Atenção! Caso o quadrículo "Sexual" do item 56 (Tipo de violência) seja preenchido com os códigos "2-Não" ou "9-Ignorado", preencher todos os quadrículos dos itens 58 e 59 com o código "8-Não se aplica". Considerar os seguintes conceitos e exemplos:</p> <p><input type="checkbox"/> Assédio sexual: é a insistência inoportuna, independente do sexo ou orientação sexual, com</p>	<p><b>A ficha permite que seja assinalado <u>mais de um tipo de violência sexual.</u></b></p> <p><b>Não há obrigatoriedade de BO para o atendimento e assistência à pessoa em situação de violência sexual</b></p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual;</p> <p><input type="checkbox"/> Estupro: “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Art 213, Lei nº 12.015/2009). Dentro desse conceito está incluída a conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independente da orientação sexual ou do sexo da pessoa/vítima.</p> <p><input type="checkbox"/> Pornografia infantil: é a apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e/ou publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes através de qualquer meio de comunicação;</p> <p><input type="checkbox"/> Exploração sexual: caracteriza-se pela utilização de pessoas, independente da idade, sexo ou identidade de gênero, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição); a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (<i>strip-tease</i>, shows eróticos), ou mediante imagens publicadas em (revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na internet). No caso de pessoas adultas considera-se exploração sexual quando nessas situações não há o consentimento da vítima ou este é obtido com base na força, engano, intimidação ou qualquer outra forma de coerção. É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços</p>	<p>Embora o estupro possa se expressar além da penetração, reiteramos que qualquer tipo de penetração (vaginal, oral ou anal) é considerada <u>estupro</u> mesmo que haja outra forma de violência sexual concomitante. As outras definições de estupro traduzidas em qualquer forma de aproximação física não consentida podem não necessitar de profilaxias especificadas no campo 59, "Procedimentos realizados"; nestes casos deve-se colocar o código 8 "não se aplica".</p> <p><b>Qualquer pessoa, de qualquer sexo ou idade pode ser vítima de estupro e não apenas a mulher</b></p> <p>Ver nota técnica sobre esclarecimentos relativos á violência sexual</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários, (agenciamento direto, indução, facilitação).</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: qualquer outro tipo de violência sexual não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Caso assinale “Outros”, É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.</p> <p>59. Procedimento realizado: preencher o(s) quadrículo(s) do(s) procedimento(s) realizado(s) no atendimento da pessoa atendida/vítima de violência de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 8-Não se aplica, 9-Ignorado. Se a pessoa atendida/vítima for do sexo masculino, preencher os quadrículos referentes à “Coleta de secreção vaginal”, “Contracepção de emergência” e “Aborto previsto em lei” com a opção “8-Não se aplica”. CAMPO ESSENCIAL. Atenção! Pode haver mais de um procedimento realizado para a mesma pessoa atendida/vítima. Neste caso, preencher os quadrículos correspondentes.</p> <p><b>IX- DADOS DO(A) PROVÁVEL AUTOR(A) DA VIOLÊNCIA</b></p> <p>60. Número de envolvidos: preencher o quadrículo com o código correspondente ao número de pessoas envolvidas como prováveis autores(as) da violência: 1-Um, 2-Dois ou mais, 9-Ignorado.</p> <p>61. Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: preencher o(s) quadrículo(s) do vínculo entre o(s) provável(is) autor(es) da agressão e a pessoa atendida/vítima de acordo com os seguintes códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado: CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p>	<p>Colocar a data e local do procedimento realizado em observações adicionais com o objetivo de verificar se a data foi oportuna.</p> <p>Nem sempre o serviço que notifica é o serviço que realizou o procedimento; neste caso especificar em "Informações e complementares e observações" o nome do serviço para onde o (a) paciente foi encaminhado (a) para fazer a profilaxia</p> <p>O registro dos “Procedimentos realizados” para violência sexual é exclusivo para violência sexual. Tais procedimentos e <u>só podem ser assinalados no sistema se houver violência sexual</u>. <b>Nos casos de violência com agulhamento, os procedimentos</b></p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p> <input type="checkbox"/> Pai; <input type="checkbox"/> Mãe; <input type="checkbox"/> Padrasto; <input type="checkbox"/> Madrasta; <input type="checkbox"/> Cônjuge (marido ou esposa);  <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge (ex-marido ou ex-esposa); <input type="checkbox"/> Namorado(a); <input type="checkbox"/> Exnamorado(a); <input type="checkbox"/> Filho(a);  <input type="checkbox"/> Irmão(ã);  <input type="checkbox"/> Amigo(a)/conhecido(a); <input type="checkbox"/> Desconhecido(a);  <input type="checkbox"/> Cuidador(a): trata-se da pessoa sem vínculo familiar, que exerça a função de auxiliar outrem em suas necessidades e atividades da vida diária. Essa função pode ou não ser remunerada, como também pode ou não ter vínculo institucional. Ex.: babá, secretária, empregada doméstica, cuidador(a) de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), outros; <input type="checkbox"/> Patrão/chefe;  <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional: pessoa que pratica violência no exercício de função ou atividade institucional. Ex.: profissional de saúde, professor(a), padre, pastor(a), outros;  <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei. Ex.: policiais, guardas, carcereiros, agente da justiça, outros;  <input type="checkbox"/> Própria pessoa: nas situações de violência autoprovocada;  <input type="checkbox"/> Outros: qualquer outro(a) provável autor(a) de agressão não contemplado(a) nas categorias anteriormente citadas. É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.  <b>Atenção!</b> Pode haver mais de um provável autor(a) de agressão para a mesma pessoa atendida/vítima. Neste caso, preencher os quadrículos correspondentes.   62. Sexo do provável autor da violência: preencher o quadrículo do sexo do(a) provável autor(a) da violência com os seguintes códigos: 1-Masculino, 2-Feminino, 3-Ambos os sexos, 9-Ignorado. Quando houver a participação de mais de um(a) provável autor(a) de agressão de sexos diferentes, preencher com "3-Ambos os sexos". CAMPO DE PREENCHIMENTO </p>	<p style="text-align: center;"><b>profilaxia de DST, AIDS, Hepatite B e coleta de sangue deverão ser anotados no Bloco “Informações complementares e observações” com destaque para a situação de violência com objeto perfuro cortante (ex: agulha)</b></p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>OBRIGATÓRIO.</p> <p>63. Suspeita de uso de álcool: preencher o quadrículo de suspeita de uso de álcool pelo(a) provável autor(a) da violência no momento da ocorrência com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. A pergunta deverá ser direcionada à pessoa atendida/vítima ou ao acompanhante.</p> <p>64. Ciclo de vida do provável autor da violência: preencher o quadrículo com o código correspondente ao ciclo de vida do(a) provável agressor(a). Procurar obter a idade aproximada. Inserir a informação do(a) principal autor(a) da violência. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Criança: 0 a 9 anos; <input type="checkbox"/> 2 – Adolescente: 10 a 19 anos; <input type="checkbox"/> 3 – Jovem: 20 a 24 anos; <input type="checkbox"/> 4 – Pessoa adulta: 25 a 59 anos; <input type="checkbox"/> 5 – Pessoa Idosa: a partir de 60 anos <input type="checkbox"/> 9 – Ignorada.</p> <p>Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina criança na faixa etária de 0 a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual se considera criança de 0 a 9 anos e adolescente de 10 a 19 anos de idade.</p> <p><b>X- ENCAMINHAMENTO</b></p> <p>65. Encaminhamento: preencher o(s) quadrículo(s) com o código correspondente ao tipo de encaminhamento realizado ou orientação de acordo com os códigos: 1-Sim, 2Nã, 9-Ignorado. Considerar os seguintes serviços/instituições: CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p><input type="checkbox"/> Rede da Saúde: Unidade Básica de Saúde, Equipe de Saúde da Família, Centro de Apoio</p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Psicossocial, ambulatórios especializados, centros de referência, Unidade de Pronto Atendimento, hospital, entre outros.</p> <p><input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) – CentrosDia de Referência para Pessoas com Deficiência, Unidades de Acolhimento (abrigos, albergues, casas-lares, casas de passagem, residências inclusivas, repúblicas), entre outras. O CRAS é um serviço localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Destina-se à prestação de serviços sócio-assistenciais da Proteção Social Básica às famílias e aos indivíduos. O CREAS é um serviço onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados e pessoas em situação de violência.</p> <p><input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras)</p> <p><input type="checkbox"/> Rede de atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento da Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)</p> <p><input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)   <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso   <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso</p> <p><input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos   <input type="checkbox"/> Ministério Público</p> <p><input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente – DPCA;</p> <p><input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher- DEAM;</p> <p><input type="checkbox"/> Outras Delegacias   <input type="checkbox"/> Justiça/Vara da Infância e da Juventude   <input type="checkbox"/> Defensoria Pública</p> <p><b>Atenção! Em caso de encaminhamento para mais de um setor, preencher os quadrículos</b></p>	

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>correspondentes. Além dos casos encaminhados formalmente, registrar nesse campo os casos que receberam orientação de encaminhamento.</p> <p><b>XI- DADOS FINAIS</b></p> <p>66. Violência Relacionada ao Trabalho: preencher o quadrículo com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>Atenção! Considera-se violência relacionada ao trabalho (assédio moral e outras violências), aquela que ocorre tanto no local de trabalho como no trajeto para o mesmo (ida e volta).</p> <p>67. Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)? Caso o item 66 for preenchido com 1-Sim, preencher o quadrículo da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) com os códigos: 1-Sim, 2-Não, 9-Ignorado. Quando o item 66 for preenchido com “2-Não” ou “9-Ignorado”, preencher o quadrículo com o código “8-Não se aplica”.</p> <p>Atenção! A CAT também deve ser preenchida no caso de violência relacionada ao trabalho, e NO CASO DE TRABALHADORES(AS) REGIDOS PELA CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO (CLT). O PREENCHIMENTO É OBRIGATÓRIO</p> <p>68. Circunstância da lesão: Esse campo refere-se à classificação da causa e circunstância da violência sofrida pela pessoa atendida/vítima e não à natureza da lesão. Utilizar os códigos do Capítulo XX – Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (V01-Y98) da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). CAMPO ESSENCIAL.</p> <p>69. Data do encerramento: preencher com a data da notificação. CAMPO DE</p>	<p>O conceito de acidente foi ampliado no CAT - englobou violência.</p> <p>As informações de trabalho contidas na ficha SINAN/Violência são suficientes para a Vigilância de Saúde do Trabalhador, não é necessário preencher SINAN/Acidente de trabalho; ver nota técnica de 02/07/2015</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.</p> <p>Atenção! Todo caso notificado é encerrado no momento da notificação. No entanto, como o registro não é automático, é preciso escrever/digitar a sua data.</p> <p><b>XII- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES</b></p> <p>Nome do acompanhante: Anotar nome do(a) acompanhante por extenso.</p> <p>Vínculo ou grau de parentesco: Anotar o grau de parentesco/relação do(a) acompanhante com a pessoa atendida/vítima. Ex.: avó, tia, cunhado, vizinho, entre outros.</p> <p>Telefone do(a) acompanhante: Anotar o telefone do(a) acompanhante, com DDD.</p> <p>Observações adicionais: Descrever aspectos importantes e observações que julgar relevantes não contempladas nos campos anteriores. Ex.: o local em que a pessoa atendida/vítima foi abordada; idade do(a) provável autor(a) da agressão, informações sobre o uso de drogas pelo mesmo; uso de álcool por parte da pessoa atendida/vítima, visando futura avaliação da importância desse dado e possíveis ações preventivas.</p> <p><b>XIII- TELEFONES ÚTEIS</b></p> <p>Na ficha de notificação individual foi feita a inclusão de telefones nacionais úteis para as ações de vigilância, prevenção, garantia de direitos e responsabilização nos casos de violências:</p> <p>Disque-Saúde – Ouvidoria Geral do SUS - 136</p> <p>Central de Atendimento à Mulher - 180</p>	<p><b>A data de notificação é a data de encerramento</b></p> <p>Colocar a data e local do procedimento realizado em observações adicionais com o objetivo de verificar se a data foi oportuna.</p> <p>Nem sempre o serviço que notifica é o serviço que realizou o procedimento; neste caso especificar em "Informações e complementares e observações" o nome do serviço para onde o (a) paciente foi encaminhado (a) para fazer a profilaxia</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>Disque Direitos Humanos - 100</p> <p>Atenção! O estado ou município, quando oportuno, ao imprimir essa ficha de notificação individual, poderá acrescentar outros números de telefones locais, como os de centros de valorização ou SOS voltados para pessoas idosas, os de Centros de Referência em Direitos Humanos, de Prevenção e Combate à Homofobia e Núcleos de Pesquisa de Promoção da Cidadania LGBT, entre outros.</p> <p><b>XIV- NOTIFICADOR</b></p> <p>Município/Unidade de Saúde: deve ser registrado o nome do município onde está localizada a unidade que realizou a notificação e o nome da unidade notificadora. Informar também o código do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade de saúde ou outra fonte notificadora que realizou a notificação.</p> <p>Atenção! O preenchimento dos campos abaixo ou a definição de procedimento alternativo (por exemplo, o uso de um carimbo institucional exclusivo) ficará a critério da gestão local.</p> <p>Nome: informar o nome do(a) notificador(a). Ex.: José Ramos.</p> <p>Função: informar a função do(a) notificador(a). Ex.: assistente social, enfermeiro(a), dentista, médico(a), psicólogo(a), ou outro(a) profissional.</p> <p>Assinatura: A pessoa que preencheu a ficha de notificação individual deve assiná-la.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Reiteramos que é possível o uso de carimbo institucional, sem identificação do profissional</b></p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>5.3 Fluxo da notificação de violência interpessoal e autoprovocada</p> <p>Conforme figura esquemática que se segue, as fichas de notificação (Componente I - Viva Sinan) são preenchidas nas unidades de saúde, de forma contínua, e encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, onde é feita a digitação, consolidação e análise de dados para a implantação e aperfeiçoamento das políticas de enfrentamento.</p> <p>Em seguida, as informações são encaminhadas, de forma ascendente, para as Regionais de Saúde, que por sua vez são enviadas as Secretarias Estaduais de Saúde, que finalmente são concentradas no Ministério da Saúde. Nestas três instâncias são realizadas atividades de consolidação e análise de dados para aprimoramento e implantação das políticas de saúde.</p> <p>A ficha do SINAN 5.1 possibilita que outras unidades façam a notificação, tais como: estabelecimento de ensino, conselho tutelar, unidade da assistência social, centro especializado de atendimento à mulher e unidades de saúde indígena. Desse modo, quando essas unidades identificarem um caso de violência, é possível fazer a notificação de violência utilizando a ficha de notificação. Em seguida, a ficha deve ser encaminhada para uma unidade de saúde que seja referência no território para fins de digitação da ficha. A pessoa em situação de violência também deve ser encaminhada para acompanhamento pela saúde e pelo conselhos de direitos, quando for o caso. A primeira ficha de notificação individual preenchida deve ser registrada no SINAN. Se outras unidades realizarem a mesma notificação de violência, deve-se completar a primeira ficha de notificação individual, arquivando todas na Vigilância Epidemiológica e uma cópia nas unidades que as preencheram.</p>	<p>Notificar no SINAN intoxicações exógenas quando o meio de agressão for envenenamento/ intoxicação, conforme Nota Técnica de 02/07/2015</p>

<b><u>TEXTO INTEGRAL DO MS</u></b>	<b>OBSERVAÇÕES PARA O MSP</b>
<p>O Componente II corresponde ao VIVA Inquérito, que se trata de uma pesquisa pontual que ocorre a cada três anos em unidades sentinelas de urgência e emergências, cujos dados são coletados durante 30 dias consecutivos, nos turnos diurno e noturno. Após coleta as informações seguem o mesmo fluxo descrito anteriormente.</p> <p>PARA VER AS FIGURAS EXPLICATIVAS ORIGINAIS VER . “<i>DESENHOS DE FLUXOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE</i>” NOS ANEXOS</p> <p>*Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA). Tratando-se de casos de violência contra pessoas idosas, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso) ou para os órgãos de responsabilização (Delegacias Gerais ou Especializadas), em conformidade com as leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 12.461/2011.</p>	



# ANEXOS

## Quadro de equivalências entre nomenclaturas de ensino

<b>Nomenclaturas Anteriores</b>			<b>Nomenclatura Atual</b>
Primário incompleto →	1ª a 4ª série incompleta do 1º grau →	1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental	1º a 9º ano incompleto do Ensino Fundamental I e II
Ginásio incompleto →	5ª a 8ª série incompleta do 1º grau →	5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental	
Ginásio completo →	1º grau completo →	Ensino Fundamental completo	1º a 9º ano completo do Ensino Fundamental I e II
Científico, normal ou curso profissionalizante incompleto →	2º grau incompleto →	Ensino Médio incompleto	
Científico, normal ou curso profissionalizante completo →	2º grau completo →	Ensino Médio completo	
Curso universitário →	Curso do 3º grau incompleto →	Educação superior incompleta (Ensino Superior incompleto)	
Curso universitário →	Curso do 3º grau completo →	Educação superior completa (Ensino Superior completo)	

## Desenhos de fluxos do Ministério da Saúde

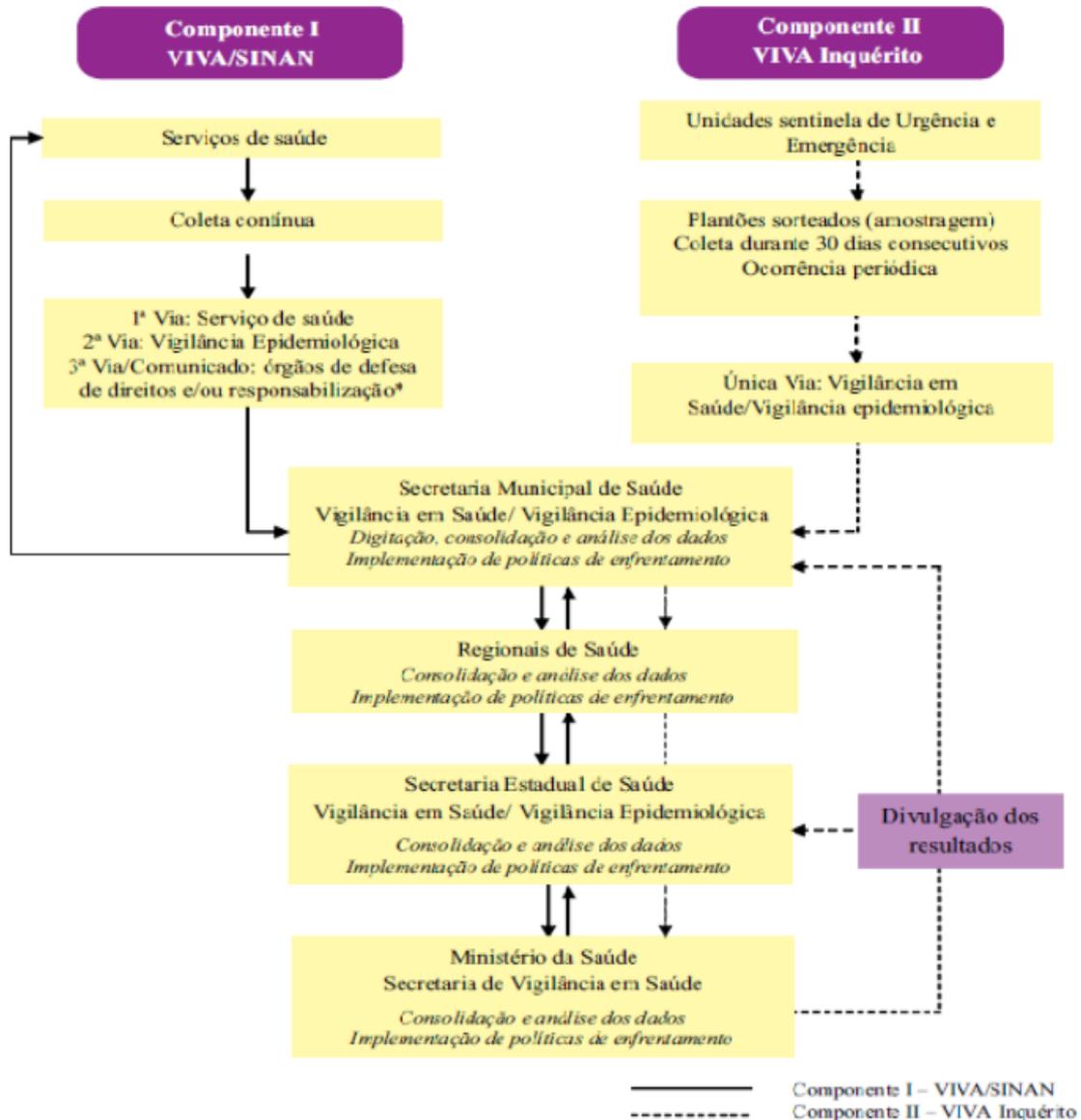
### Objeto de Notificação

#### Casos suspeitos ou confirmados

#### Homens e mulheres em todos os ciclos de vida



## Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes



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

## **Referência Bibliográfica**

BAHLS, SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria* – vol 78 nº 5, 2002. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805359.pdf> . Acesso em 25/11/2015.

BALLEN, K. C. G. Nome civil e nome social. Palestra. 24/10/2013. *JusBrasil*. Disponível em [http://gustavorodriguesgr18.jusbrasil.com.br/artigos/111988247/nome-civil-x-nome-social?ref=topic\\_feed](http://gustavorodriguesgr18.jusbrasil.com.br/artigos/111988247/nome-civil-x-nome-social?ref=topic_feed). Acesso em 25/11/2015.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011\\_26\\_01\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html)  
 Acesso em 25/11/2015.

BRASIL, Ministério da Previdência Social. *Idosos: Problemas e cuidados básicos*. Brasília: MPAS/SAS, 1999.

Brasil, Ministério da Saúde. *Violência contra a Criança e o Adolescente. Proposta Preliminar de Prevenção e Assistência à Violência Doméstica*. Brasília/DF, 1993.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm)

BRASIL. Diário Oficial da União. Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras Violências Interpessoais). Diário Oficial da União - Seção 1, 09/11/2004. Brasília/DF, 2004c.

BRASIL. Ministério da Justiça. Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas. Secretaria Nacional de Justiça. – Brasília: SNJ, 2008a. 52

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências – *Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde*, realizado no período de 20 a 22 de setembro de 2005. Série D – Reuniões e Conferências. Brasília/DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, Disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde – Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*. Volume 16 – nº 1 – janeiro/março de 2007. Brasília/DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: 2011. Disponível em  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências / Ministério da Saúde*. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. Série E. Legislação de Saúde. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_urgencias\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf)  
 Acesso em: 24/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2013. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde

do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. Disponível em:

[http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2015/08/portaria-interministerial288-2015\\_SPM-MS-MJ\\_violencia-sexual.pdf](http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2015/08/portaria-interministerial288-2015_SPM-MS-MJ_violencia-sexual.pdf) Acesso em: 23/11/2015. 53 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html) Acesso em: 23/11/2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 737/GM, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União* - Seção 1, 18/05/2001. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em : [http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria\\_1271\\_06jun2014.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.356/GM, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Publicada no Diário Oficial da União Seção 1 - Número 120 de 26/06/2006. Brasília/DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.365, de 08 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365\\_08\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html) . Acesso em 23/11/15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.600 de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em : [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html). Acesso em: 24/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1864/GM, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro. 55

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406/GM, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406\\_05\\_11\\_2004\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html)  
Acesso em 25/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446/GM, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em 24/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em 24/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866/GM, de 29 de dezembro de 2014. Publica a relação de Projetos de Apoio e Assistenciais que estarão aptos a terem sua execução iniciada ou mantida a partir de 1º de janeiro de 2015, no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2866\\_29\\_12\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2866_29_12_2014.html). Acesso em 24/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)  
Acesso em: 23/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002 - Estabelece Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar e a Nomenclatura padronizada a ser utilizados pelos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde. Publicada no *Diário Oficial da União*, Seção 1, 02/05/2002. Brasília/DF, 2002. 56

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 687/GM, de 30 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, Seção 1 Número 63 de 31/03/2006. Brasília/DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 936, de 18 de maio de 2004 - Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde em Estados e Municípios. *Diário Oficial da União* - Seção 1, 20/05/2004. Brasília/DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em 24/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes de Trânsito. 2ª Edição Revista. Série C – Projetos, Programas e Relatórios. Brasília/DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA em Serviços Sentinela. Brasília/DF, 2006 (mimeo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde – um passo a mais na cidadania em saúde*. Normas e Manuais Técnicos, Série A, nº 167. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104, p. : il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília/DF, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil*. Brasília, Secretaria de Inspeção do Trabalho, 2004.

BRASIL. *Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção do Adolescente Trabalhador*. Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil. – 2. ed. – Brasília : Ministério do Trabalho e Emprego, 2011. 95 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União*, de 27 de junho de 2014. Brasília, DF: 2014. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm). Acesso em 25/11/2015. 58

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. *Diário Oficial da União* de 27 de julho de 2011. Brasília, DF: 2011. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm). Acesso em 25/11/2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm). Acesso em 25/11/2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: 2010. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.650 de 17/05/2012. Altera o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 12.978 de 21/05/2014. Altera o nome jurídico do art. 218-B do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para classificar como hediondo o crime de favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável. 59

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.104 de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 10.778 de 24/11/2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.845 de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.826 de 22 de dezembro de 2003. Estatuto do Desarmamento. Dispõe sobre registro, posse e comercialização de armas de fogo e munição, sobre o Sistema Nacional de Armas, define crimes e dá outras providências. 60

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 8.086 de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 5.099 de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 7.958 de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Portaria Interministerial nº 1, de 6 de fevereiro de 2015. *Diário Oficial da União*. 10/02/15. Seção 1 – p.1

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Enfrentando a violência contra a mulher – orientações práticas para profissionais e voluntários (as)*. Brasília, 2005: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil Lei nº 9.455, de 07 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9455.htm>. Acesso em 25/11/2015.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. Lei no 10.764, de 12 de novembro de 2003. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.764.htm). Acesso em 25/11/2015. 61

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. Lei no 9.455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9455.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9455.htm). Acesso em 25/11/2015.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. Lei no 5.948, de 26 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas e institui Grupo de Trabalho Interministerial com o objetivo de elaborar proposta do Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/Decreto/D5948.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5948.htm). Acesso em 25/11/2015.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. Lei no 12.015, de 07 de agosto de 2009. Alteração o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072 de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga Lei nº 2.252, de nº 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa – Direitos Humanos e Cidadania*. Brasília, 2005.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional da Juventude. *Plano Juventude Viva*. Brasília, 2014.

BRASIL. Secretaria Nacional de Justiça. *II Plano Nacional de enfrentamento ao tráfico de pessoas*. Secretaria Nacional de Justiça. – Brasília: Ministério da Justiça, 2013. Disponível em: <http://justica.gov.br/sua-protecao/trafico-de-pessoas/publicacoes/anexos/ii-plano-nacional-1.pdf> . Acesso em: 23/11/15. 62

BRASIL. Tribunal Regional do Trabalho. Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/legis/CLT/INDICE.html>. Acesso em julho de 2006f.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília/DF, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 309, de 08 de março de 2001.

DESLANDES, S.F. Prevenção numa hora dessas? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 4 (1):81-94, 1999.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [Online]. (2003). National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention (producer). Available from URL: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/>

GAWRYSZEWSKI, V.P.; SILVA, M.M.A.; MALTA, D.C.; MASCARENHAS, M.D.M.; COSTA, V.C.; MATOS, S.G.; MORAIS NETO, O.L.; MONTEIRO, R.A.; CARVALHO, C.G. & MAGALHÃES, M.L. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1269-1278, 2007.

HAMMANN, E.M. & LAGUARDIA, J. *Reflexões sobre a Vigilância Epidemiológica: mais além da notificação compulsória*. Informe Epidemiológico do SUS 2000; 9(3): 211-219.

HIRIGOYEN, Marie-France. *Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

KRUG, E.G. et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. 63

NJAINE K. (Org.) et al. *Impactos da violência na saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/EAD, 2009.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Secretaria Internacional do Trabalho. *Tráfico de pessoas para fins de exploração sexual*. Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão*. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Manual de Vigilância de Lesões*. 2ª Edição – São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. *Protocolo de atenção à mulher em situação de violência*. Curitiba. Janeiro de 2007.

RUTSTEIN, D.D.; BERENBERG, W.; CHALMERS, T.C.; CHILD, C.G.; FISHMAN, A.P.; PERRIN, E.B. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *The New England Journal of Medicine* 294(11): 582 – 588, 1976.

WALDMAN, E.A. *Vigilância em Saúde Pública*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 v 7. Série Saúde & Cidadania.

## Comunicado para o Conselho Tutelar

### Modelo de Relatório:

 <p><b>PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO</b> <small>SECRETARIA DA SAÚDE</small></p>	<p style="text-align: center;">Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde</p>
<p>Coordenadoria Regional de Saúde: _____</p>	
<p>Supervisão Técnica de Saúde: _____</p>	
<p>Unidade: _____</p>	
<p>Conselho Tutelar: _____</p>	
<p>Conselheiro Tutelar: _____</p>	
<p>Iniciais do usuário: _____</p>	
<p>Nº cartão SUS: _____</p>	
<p>Nº da ficha de notificação: _____</p>	
<p><b>Breve Relato</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>São Paulo ____ de ____ 2015</p>	
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> <p><b>Assinatura</b></p>	

## **NOTAS TÉCNICAS E INFORMATIVAS**

### **INFORME TÉCNICO - 01 DANT/NIVS 30 de Junho de 2015 - COVISA**

#### Transição SIVVA-SINAN-SIVA

A atualização do patch 5.1 do SINAN, inclui também modificações na Ficha de Notificação de Violência e inclui campos novos: 6-Unidade Notificadora, 7-Nome da Unidade Notificadora, 8-Unidade de Saúde. Como constatado pelo NIVS/COVISA e DANT/CCD/COVISA, há problemas de funcionamento do sistema: sem listas de Unidades Escolares e sem filtro para outras unidades, além de pular alguns campos. A área técnica do Departamento de Vigilância de DANT e Promoção da Saúde/SVS/MS-DVDANTPS/SVS/MS apontou erro de grafia da ficha. Estas questões foram encaminhadas prontamente ao NIVS/CVE em 19/06/2015

Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA 2 [www.prefeitura.sp.gov.br/covisa](http://www.prefeitura.sp.gov.br/covisa) e também à Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis/CVE-DDCNT/CVE por e-mail, como também em Oficina de Violências desta mesma Divisão no dia 24/06/2015. Estas ocorrências foram encaminhadas à DVDANTPS/SVS/MS. Em 29/06/15 obtivemos a resposta da área técnica de DVDANTPS/SVS: às listas de Unidades de Saúde são as únicas com filtro por UF; não foi previsto filtro para unidades de outros setores. Assim, as questões de funcionamento de sistema deverão ser remetidas pelo nível estadual ao Suporte de Sistema do DATASUS. Em resposta a outros Estados e Municípios, a DVDANTPS, refere que a notificação intersetorial não foi Pactuada na Comissão Gestora Tripartite, e que o novo instrutivo esta ainda em elaboração. Com base nestas questões, em análise com o NIVS/COVISA, definimos que “Unidade Notificadora”, deve referir-se exclusivamente às Unidades de Saúde, e portanto as informações registradas referem-se unicamente ao preenchimento do “campo 6” - “quesito 1” – Unidade de Saúde.

DANT/CCD NIVS COVISA

\*\*\*\*\*

## **Informe Técnico SMS/COVISA/GCCD e GVST**

**De 02/07/2015**

As **Situações de Violências**, a partir de 05 de julho de 2015, de acordo com a Portaria SMS/COVISA, Nº1102 de 2015, as orientações SINAN e SMS-COVISA, consonante com a Portaria Nº1271 de 2014, do Ministério Saúde que define a Lista Nacional de Notificação de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos Serviços de Saúde Públicos e Privados em todo o território nacional, devem ser notificadas e registrados no SINAN-Violência.

São considerados, para notificação e registro das situações de Violência, os casos suspeitos ou confirmados de Agressões e Auto Agressões/ Tentativas de Suicídio.

Os **Acidentes**, a partir de 05 de julho de 2015, conforme portaria SMS/COVISA Nº1102 de 2015, passam a ser notificados no Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes-SIVA. Segue orientação abaixo.

Tendo em vista a possibilidade do agravo ser classificado de acordo com as circunstâncias da sua ocorrência, ou seja, na correlação de Violência, Acidente, Intoxicação e Trabalho, as gerências do Centro de Controle de Doenças (GCCD) e as suas respectivas áreas técnicas envolvidas, a saber: DANT/Violência e Acidentes, PMPCI - Programa Municipal de Prevenção e Controle de Intoxicações e Gerência de Vigilância de Saúde do Trabalhador (GVST) definem:

- 1) Agressões e Auto Agressões/Tentativas de Suicídio por Intoxicação/Envenenamento, deverão ser preenchidas e registradas no **SINAN** nas duas fichas (Violências e Intoxicação).
  
- 2) Agressões e Autoagressões/ Tentativas de Suicídio **com uso de substâncias químicas e medicamentos**, que **ocorrerem no local de trabalho**, só serão preenchidas e registradas no sistema SINAN, nas fichas de Violências e de Intoxicações, pois as informações de trabalho contidas nestas fichas já contemplam a Vigilância de Saúde do Trabalhador.
  
- 3) Agressões e Autoagressões/Tentativas de Suicídio, **por outros meios, ocorridas no local de trabalho**, basta a notificação na ficha e registro no **SINAN** Violências, pois as informações de trabalho contidas nesta ficha já contemplam a Vigilância de Saúde do Trabalhador.

4) Acidentes de trânsito e transporte, quedas e outros acidentes serão registrados no Sistema de Informação para a Vigilância de Acidentes - **SIVA - Ficha de Notificação de Casos Suspeitos Ou Confirmados de Acidentes**

**observação:** Não é objeto da notificação SIVA, o registro dos Acidentes de Trabalho, das Intoxicações e das Mordeduras de Animais e Acidentes com Animais Peçonhentos, pois esses acidentes já estão contemplados nas fichas de investigação próprias desses agravos no SINAN.

5) Intoxicações Acidentais – somente serão notificadas utilizando a Ficha de Notificação de Intoxicações, registrada no SINAN

SMS/COVISA/GCCD e GVST

\*\*\*\*\*

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE Departamento  
Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde  
Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis SAF SUL Quadra 2  
Ed. Premium Torre 1 Térreo - Sala 15

### **Nota Informativa CGDANT/DANTPS/SVS/MS**

Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada – Portaria GM/MS nº  
1271/2014 e SINAN versão 5.0.

#### **I – DA QUESTÃO**

Orientações sobre a notificação de violência doméstica, sexual, tentativa de suicídio e de outras violências, no âmbito da Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014 e alterações na ficha de notificação de violências no SINAN versão 5.0.

## **II - SOBRE A PORTARIA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA Nº 1271/2014**

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) informa que a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 9 de junho de 2014, revogando a Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011<sup>1,2</sup>.

A notificação das violências é contemplada na Portaria GM/MS nº 1.271/2014, de modo a atender a obrigatoriedade prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990; no Estatuto do Idoso instituído pela Lei nº 10.741/2003 e alterado pela Lei nº 12.461/2011; e na Lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher<sup>3,4,5,6,7</sup>.

## **III - SOBRE A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS E AGRAVOS E O REGISTRO NO SINAN**

A Portaria GM/MS Nº 1.271/2014 destaca a distinção dos conceitos de notificação e registro no sistema de informação<sup>2</sup>.

Para isso, considera-se notificação compulsória a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos e demais 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, descritos no anexo da portaria, cuja periodicidade pode ocorrer de modo imediato ou semanal, sendo:

Notificação compulsória imediata (NCI): notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;

Notificação compulsória semanal (NCS): notificação compulsória realizada em até 07 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo.

Uma peculiaridade deste processo é que na NCS, a notificação se confunde com o registro, pois ambos acabam ocorrendo por meio do mesmo instrumento. Ou seja, a autoridade de saúde fica sabendo da ocorrência da doença ou agravo a partir do formulário preenchido pelo profissional de saúde.

Para distinguir o ato de notificar do ato de registrar, o Artigo 6º da Portaria GM/MS Nº 1.271/2014 estabeleceu que a notificação compulsória, independentemente da forma como realizada, também será registrada em sistema de informação em saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS. O sistema de informação de destino irá variar de acordo com a doença ou agravo em questão e sua respectiva versão vigente.

#### **IV - NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL, TENTATIVA DE SUICÍDIO E DE OUTRAS VIOLÊNCIAS.**

Para o registro da notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Sinan 5.0 utiliza-se o código genérico Y09 – agressões por meio não especificado da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, visto que a ficha de notificação de violências é única para diversos tipos e naturezas de violências, embora a CID-10 classifique as lesões autoprovocadas voluntariamente no agrupamento X60 – X84 e os casos de violência sexual nos códigos Y05 e Y07. A análise das notificações de violências não é feita segundo a categoria da CID-10, mas sim por tipologia da violência, a saber: intrafamiliar/doméstica, extrafamiliar/comunitária, autoprovocada, institucional e segundo a natureza da violência: física, negligência/abandono, sexual, psicológica/moral, dentre outras.

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, os casos de tentativa de suicídio e violência sexual passam a ser de notificação imediata no âmbito municipal, e deve seguir o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS<sup>1,2</sup>.

A notificação imediata de violência sexual e tentativa de suicídio deve ocorrer conforme estabelecido no Art. 4º da Portaria GM/MS Nº 1.271/2014. A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas após o atendimento, pelo meio mais rápido disponível<sup>1,2</sup>.

##### **1. Tentativa de suicídio**

Quanto à tentativa de suicídio, justifica-se a inclusão desse agravo na lista de agravos de notificação imediata pelo município, considerando a importância de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos

serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes.

É imprescindível articular a notificação do caso à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento, seja via ficha de notificação imediata da tentativa de suicídio, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação) com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde. Isso inclui acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso.

Para medidas de prevenção, é importante que todos profissionais fiquem atentos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à tentativa de suicídio, como: tentativas anteriores de suicídio, transtorno mental, doenças graves, isolamento social, ansiedade e desesperança, crise conjugal e familiar, situações de luto, perda ou problemas no emprego e facilidade de acesso aos meios. O suicídio é a expressão final de um processo de crise. É importante também sensibilizar profissionais de outros setores, tais como: educação, segurança pública, assistência social e a população em geral sobre esse problema de saúde, com vistas a preveni-lo<sup>8</sup>.

## **2. Violência sexual**

Para os casos de violência sexual, a notificação imediata vem no sentido de agilizar o atendimento à vítima e seu acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas de doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais em até 72 horas da agressão, o mais precocemente possível, de acordo com o preconizado na Norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” e na Linha de cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências<sup>9,10</sup>.

A notificação imediata é fundamental para organização dos serviços a fim de que seja garantido o acesso às medidas de prevenção dos agravos resultantes da violência sexual em tempo oportuno. A notificação se dará a partir do fluxo definido pela vigilância local, no qual o serviço de saúde notifica via ficha de notificação, telefone, fax ou outro meio específico à vigilância municipal e encaminha a pessoa

que sofreu a violência para os serviços de referência para violência sexual no setor saúde e rede de proteção. É importante a agilidade deste fluxo para garantir que a vigilância tenha conhecimento destes casos, e que eles sejam encaminhados ao seguimento adequado. Portanto, é necessário articular a notificação do caso à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento com o encaminhamento imediato da pessoa para a rede de atenção à saúde.

## V. COMUNICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL, TENTATIVA DE SUICÍDIO E DE OUTRAS VIOLÊNCIAS

Paralelamente à notificação dos casos de violência doméstica, sexual e de outras violências (incluindo as tentativas de suicídio) deve ser realizada a comunicação do caso aos Conselhos Tutelares, no caso de violências contra crianças e adolescentes em conformidade com o ECA; ao Conselho do Idoso, ou ao Ministério Público ou à Delegacia do Idoso, no caso de violência contra pessoas com 60 anos ou mais de acordo com o Estatuto do Idoso e Lei nº 12.461/2011. No caso de violência contra mulher, deve-se orientar à vítima a procurar a Delegacia de Mulheres.

A notificação corresponde ao processo de informar o caso à vigilância em saúde do município para a tomada de ações de saúde, já a comunicação diz respeito ao ato de informar o caso aos órgãos de direitos e de proteção para a tomada das medidas protetivas.

## VI. TABELA RESUMO<sup>2</sup>

NOTIFICAÇÃO						REGISTRO		
Nº	Doença ou agravo	Periodicidade de notificação				Sistema de informação	formulário	CID - 10
		Imediata (24 hs)			semanal			
		MS	SES	SMS				
46	a - Violência doméstica e outras violências				X	Sinan NET	Específico	Y09
	b - Violência sexual e tentativa de suicídio			X		Sinan NET	Específico	Y09

## **VII. ALTERAÇÕES NA FICHA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SINAN VERSÃO 5.0**

A Secretaria de Vigilância em Saúde liberou a versão do SINAN 5.0 a partir de outubro de 2014. Com essa nova versão do sistema, a ficha de notificação de violências passou por alterações.

A ficha do SINAN 5.0 é denominada Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada (segue anexa). Foram incluídos os seguintes campos na ficha:

- campo 31 – nome social;
- campo 34 – orientação sexual;
- campo 35 – identidade de gênero;
- campo 53 – essa violência foi motivada por; e
- campo 62 – ciclo de vida do provável autor da agressão.

As alterações na ficha buscam atender ao disposto na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), ampliando o objeto da notificação, incorporando as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica.

Foram retirados alguns campos da ficha, visto que após análise do banco de dados, esses campos eram subutilizados ou não geravam informação para a ação. Desse modo, a área técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde - CGDANT do Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS da SVS buscou manter na ficha campos com maior relevância para a vigilância de violências e produzam informações epidemiológicas para a intervenção, seja individual ou coletiva, e que contribuam para a formulação de políticas públicas de prevenção, atenção, promoção da saúde e da cultura de paz.

## **VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1 Ministério da Saúde. Portaria 1271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde

pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em:

[http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria\\_1271\\_06jun2014.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf). Acesso em 04 nov.2014.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Informativa sobre registro e notificação compulsória de doenças e agravos – n° 01, de 12 de agosto de 2014. Brasília, 2014.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

4 Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em novembro de 2014

5 Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em novembro de 2014

6 Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011, que altera a Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm). Acesso em novembro de 2014

7 Brasil. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos/Casa Civil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm). Acesso em novembro de 2014

8 Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011.87p.:il.

9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3.ed. atual e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasília, 04 de novembro de 2014

---

Mariana Gonçalves de Freitas Analista Técnica de Políticas Sociais  
CGDANT/DANTPS/SVS/MS

---

Eneida Anjos Paiva Analista Técnica de Políticas Sociais  
CGDANT/DANTPS/SVS/MS

---

Fabiana Sherine Ganem dos Santos Consultora CGDANT/DANTPS/SVS/MS

---

Cheila Marina de Lima Consultora CGDANT/DANTPS/SVS/MS

---

Marta Maria Alves da Silva Coordenadora Coordenação Geral de Doenças e  
Agravos não Transmissíveis DANTPS/SVS/MS

## NOTA TÉCNICA - ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS SOBRE O SINAN - VIOLÊNCIA SEXUAL

Esta nota técnica visa documentar as repostas dadas no dia 24/06/2019, referentes às dúvidas que nos chegaram por telefone e *e-mail*. Seria interessante, acompanhar esta leitura com a ficha de notificação em mãos.

1. Para efeitos do SINAN será considerado Estupro a agressão sexual com penetração, seja vaginal, anal ou oral (ver no bloco "Violência Sexual" o campo 58). As opções da ficha são: *Assédio sexual*, *Estupro*, *Pornografia infantil*, *Exploração sexual* e *Outros*, com espaço para a especificação em *Outros*. Quaisquer aproximações físicas não consentidas devem ser assinaladas em *Outros* e especificadas como "*Importunação sexual*". O crime de Importunação sexual foi tipificado em 2018; ver anexo "Crime de Importunação Sexual", com link para o *site* com detalhamento da lei.
2. A contracepção de emergência é um recurso barato, fácil, prático e que deve estar disponível em qualquer unidade de saúde. Deve ser um procedimento de rotina nos serviços, já que não é utilizada apenas em caso de violência sexual. A mulher tem direitos sexuais e reprodutivos que lhe permitem solicitar a contracepção de emergência sempre que houver necessidade (relação sexual desprotegida, rompimento de camisinha, etc).

A contracepção de emergência consta do bloco "Violência Sexual" no campo 59. Nas violências sexuais perpetradas contra mulheres entre 10 e 54 anos, deve-se assinalar *não se aplica* quando a mulher já entrou na menopausa<sup>5</sup> e não sente necessidade de prevenir uma gravidez indesejada.

A contracepção de emergência tem seu pico de efeito nas primeiras 12 horas, mas é preconizada até 72 horas após o evento. Pode ter efeito até cinco dias ou 120 horas após a violência sexual, embora sua eficácia caia exponencialmente após 72 horas.

Nos casos que apareceram na unidade após 72 horas e antes de 120 horas deverá ser tentada a contracepção de emergência. Também deverá ser colocado

---

<sup>5</sup> Isto ocorre particularmente nas duas últimas faixas etárias abrangidas pela contracepção de emergência: 47 a 50 anos e 51 a 54 anos

em "Observações adicionais" a expressão "Contracepção após 72 hs".

3. "Estupro antigo" - existem estupros que só chegam ao serviço após vários dias da ocorrência. Estes estupros na grande maioria das vezes não tem indicação de profilaxia e outras medidas deverão ser tomadas. Será considerado "estupro antigo" aquele ocorrido a há mais de 120 horas ou cinco dias. nestes casos o (a ) paciente será encaminhado(a) para outros procedimentos preconizados.

Nos casos que aparecerem na unidade após 120 horas deverá ser assinalado no bloco "Violência sexual" no campo 58 a alternativa *Estupro* e nos "procedimentos realizados" (campo 59) quanto às profilaxias deverá ser assinalado "2 - Não". Também deverá ser colocado em "Observações adicionais": "Estupro antigo". O sistema não aceita no campo 59 a alternativa "8 - Não se aplica" uma vez que tenha sido assinalada a alternativa "*Estupro*" no campo 58.

4. Dúvidas quanto ao encaminhamento: a grande maioria dos casos de violências em geral deve ser encaminhada e nos casos de lesão autoprovocada e violência sexual sempre deve haver encaminhamento para a continuidade do cuidado integral. O encaminhamento está detalhado no bloco "Encaminhamento" e possui várias alternativas, algumas não existentes para o Município de São Paulo; lembramos que o SINAN é uma ficha nacional.

Nos grandes hospitais muitas vezes não é assinalado o encaminhamento para os serviços internos do próprio hospital. Este não entendimento do que seria o "encaminhar" vem sendo esclarecido em reuniões e capacitações. Assim deve-se sempre assinalar o encaminhamento para quaisquer serviços que dêem continuidade ao primeiro atendimento, mesmo que pertençam ao hospital onde se deu a entrada do paciente. Certos detalhamentos sobre a continuidade do cuidado com a (o) paciente podem ser colocados no fim da ficha em "Observações Adicionais".

Os encaminhamentos externos devem sempre ter um relatório onde conste o número da ficha SINAN e os procedimentos realizados. A qualquer momento a ficha pode ser completada. Os hospitais costumam ter acesso eletrônico ao SINAN; caso a entidade para a qual o paciente tenha sido encaminhado não tenha acesso ao SINAN, deverá ser feito contato telefônico para que a instituição do primeiro atendimento complete as informações da ficha com o procedimento realizado no segundo serviço (por exemplo, imunoglobulina para hepatite B). Também enviar e-mail institucional. Modelo de relatório de encaminhamento:

***Ao Hospital X,***

***Encaminho a paciente MDS, de 25 anos, vítima de violência sexual (estupro) ontem, dia xx/yy/zzzz, notificação SINAN número XXXYYYY. Já fizemos a contracepção de emergência. A paciente não tem profilaxia DST, nem vacinação para Hep B e solicitamos com urgência as profilaxias devidas. MDS continuará acompanhamento psicológico e social em nosso serviço. Favor completar a notificação com os procedimentos realizados; caso não seja possível, entrar em contato conosco pelo fone 555ZZZZ.***

***Atenciosamente,***

***Unidade Ficcional***

5. Procedimentos farmacológicos (condutas) a serem realizados nos estupros: já existem condutas padronizadas para a profilaxia pós exposição ao HIV e as outras doenças sexualmente transmissíveis, denominadas genericamente como PEP (profilaxia pós exposição ao HIV).

Existe um aplicativo com todas as informações disponíveis sobre as condutas farmacológicas relativas aos estupros. Ele se chama PEPtec e está disponível gratuitamente para todos os tipos de *smartphones*. O PEPtec foi elaborado pela Prefeitura de São Paulo, Coordenação Regional de Saúde Sudeste, Faculdade de Enfermagem da USP, Escola Politécnica da USP (Poli Júnior) e CNPq (conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

Embora O PEPtec esteja desenhado e até no nome faça referência à profilaxia do HIV, ele também traz orientação completa para outras profilaxias, incluindo todas as ISTs. O PEPtec engloba as seguintes situações:

- a. Sexo consensual desprotegido;
- b. Acidente ocupacional;
- c. Violência sexual.

O aplicativo também mostra as doses de drogas preconizadas para cada caso, incluindo crianças e gestantes. Quanto mais cedo forem realizadas as profilaxias, maior a chance de sucesso. O ponto de corte crítico é de 72 horas após o estupro.

Quando feitas após 72 horas do evento (três dias) seu efeito protetor diminui muito, embora possa haver efeito até cinco dias ou até 120 horas após o evento. Nestes casos, ainda que tardia, a profilaxia deverá ser tentada, assim como os testes

pertinentes (ver PEPtec). Nos casos que apareceram na unidade após 72 horas e antes de 120 horas deverá ser colocado em "Observações adicionais": "Profilaxia após 72 hs".

A profilaxia após cinco dias só é recomendada em casos muito específicos. A PEPtec recomenda tentativa de profilaxia até 10 dias<sup>6</sup> ou 240 horas após o evento, em caso de múltiplos agressores, embora a eficácia da proteção caia exponencialmente. Estas características (múltiplos agressores e evento ocorrido entre cinco e 10 dias anteriores) deverão ser anotadas em "observações adicionais" assim como a expressão "Profilaxia após 120 horas). Não é recomendada a profilaxia após 10 dias ou 240 horas após a violência sexual.

---

<sup>6</sup> A Imunoglobulina HepB pode ser dada em até 7 dias, mas com perda exponencial da eficácia após 72 hs

## Quadros-resumo das dúvidas abordadas

Quadro I - Conceitos para efeito de Ficha SINAN - Violências

Conceito	Significado
Estupro	Violência sexual com penetração oral, vaginal ou anal
Estupro antigo	Estupro ocorrido há mais de 120 horas
Importunação sexual	Qualquer ato de aproximação física não consentida de caráter sexual; deve ser assinalada dentro do bloco <i>Violência sexual</i> como "outros" e ser específica como "Importunação sexual". Pode também ter outras características, e abarcar outras situações específicas, conforme o anexo "Crime de Importunação Sexual".

Quadro II - Prazos, condutas e anotações a serem feitas na ficha em "Observações Adicionais" em caso de estupro

Prazo	Conduta	"Observações Adicionais"
Até 24 horas depois do estupro	Profilaxias para todas as vítimas e anticoncepção de emergência quando for necessária; prazo ideal de maior efetividade das profilaxias e contracepção (esta com efetividade maior ainda em até 12 hs)	-
Até 72 horas depois do estupro	Profilaxias para todas as vítimas e anticoncepção de emergência quando for necessária.	-
Entre 72 e 120 horas depois do estupro	Profilaxias para todas as vítimas e anticoncepção de emergência quando for necessária. Queda expressiva na efetividade, mas a contracepção e as profilaxias deverão ser tentadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilaxia após 72 hs</li> <li>• Contracepção após 72 hs (se necessária)</li> </ul>
Entre 120 e 240 horas depois do estupro <u>com um único agressor</u>	Assinalar no bloco Violência sexual no campo 58 <i>Estupro</i> e no Campo 59, nos procedimentos realizados, 2 - <i>Não</i> para profilaxia e anticoncepção de emergência. Fazer outros procedimentos para estupro antigo de acordo com o caso (coletas de exames, testes e discutir a possibilidade de futuro aborto legal).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estupro antigo</li> </ul>
Entre 120 e 240 horas depois do estupro <u>com múltiplos agressores</u>	Profilaxias (mesmo com baixa efetividade) para todas as vítimas: - "tentativa de resgate". Não é indicada a contracepção de emergência. Fazer outros procedimentos para estupro antigo de acordo com o caso (coletas de exames, testes e discutir a possibilidade de futuro aborto legal).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estupro antigo</li> <li>• Múltiplos agressores</li> <li>• Profilaxia após 120 hs</li> </ul>
Após 240 horas do estupro	Não é indicada a profilaxia ou contracepção de emergência. Fazer outros procedimentos para estupro antigo de acordo com o caso (coletas de exames, testes e discutir a possibilidade de futuro aborto legal).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estupro antigo</li> </ul>

### **Referências bibliográficas**

- Protocolos para Violência Sexual - SMS - SP (Mulher e Criança e Adolescentes):  
[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude\\_da\\_mulher/index.php?p=228488](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/saude_da_mulher/index.php?p=228488)
  - Portarias MS sobre a lista de agravos de notificação 2014 e 2016:  
<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/fimose/922-saude-de-a-a-z/acidentes-e-violencias/41893-notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada-portaria-gm-ms-n-1271-2014-e-sinan-versao-5-0>
- e
- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.htm)
- Orientação da Vigilância e de acordo com o fluxo das ações de Vigilância estabelecido no Serviço:  
[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agravos/index.php?p=266739](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=266739)
  - Para outras informações sobre a notificação de violência:  
[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agravos/index.php?p=6073](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=6073)

## Anexo - Crime de Importunação Sexual

### CNJ Serviço: o que é o crime de importunação sexual?

18/02/2019 - 08h00

O crime de importunação sexual, definido pela Lei n. 13.718/18, é caracterizado pela realização de ato libidinoso na presença de alguém de forma não consensual, com o objetivo de “satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro”. O caso mais comum é o assédio sofrido por mulheres em meios de transporte coletivo, mas também enquadra ações como beijos forçados e passar a mão no corpo alheio sem permissão. O infrator pode ser punido com prisão de um a cinco anos.

Antes da norma, a conduta era considerada apenas uma contravenção penal, punida com multa, e quando se tratava de estupro, era prisão em flagrante ou preventiva. Sancionada em setembro de 2018, a lei passou a garantir proteção à vítima quanto ao seu direito de escolher quando, como e com quem praticar atos de cunho sexual.

A importunação sexual é considerada crime comum, que pode ser praticado por qualquer pessoa, seja do mesmo gênero ou não. A vara criminal comum tem competência para processar e julgar os casos, salvo os episódios de violência doméstica e familiar contra mulher, prevista na Lei n. 11.340 (Lei Maria da Penha).

### Divulgação de cena

A Lei também tornou crime a divulgação de cena de estupro, sexo, nudez ou pornografia, sem permissão da vítima, por qualquer meio, inclusive de comunicação de massa ou sistema de informática ou telemática, quer por fotografia, vídeo ou outro registro audiovisual. A pena também pode ir de um a cinco anos de reclusão, podendo ser agravada se o agressor tiver relação afetiva com a vítima.

A lei estabelece que, tanto quem produz o material divulgado, como qualquer pessoa que compartilhar o conteúdo, até mesmo em redes sociais, pode responder pelo crime.

## NOTA TÉCNICA SINAN

### LESÕES AUTOPROVOCADAS

A lesão autoaprovocada é considerada prioridade na vigilância de violências no Município de São Paulo e em todo o Brasil. Sempre que houver lesão autoaprovocada, dentro do bloco "Dados da Ocorrência" da notificação, deve ser preenchido no Campo 54 a alternativa "1 - Sim".

No entanto parece haver confusão no preenchimento de informações para as lesões auto provocadas, especialmente nos Campos 56 e 57 do Bloco "Violência". Esta nota visa esclarecer e padronizar este preenchimento. Para melhor entendimento, aconselhamos acompanhar o resto deste texto com a ficha de notificação em mãos.

O campo 56 se refere ao tipo de violência e a maioria de suas alternativas está direcionada às agressões por terceiros. Já o Campo 57 se refere ao meio de agressão e está direcionado tanto às agressões por terceiros, como às agressões autoaprovocadas.

Não é correto, por exemplo, colocar no Campo 56, "Tipo de Violência" para lesão autoaprovocada (marcada como "1 - Sim" no Campo 54), a alternativa "Física". Para todas as lesões autoaprovocadas o "Tipo de violência" deverá ser classificado como "Outros" no Campo 56 e, em seguida, no campo 57 especificar o meio de agressão.

Alguns exemplos:

- Indivíduo que tentou se enforcar:
  - Campo 54: preencher "1 - Sim";
  - Campo 56, "Tipo de Violência": preencher "1 - Sim" em "Outros" e nas demais alternativas "2 - Não";
  - Campo 57, "Meio de agressão": preencher "1 - Sim" em "Enforcamento" e nas demais alternativas "2 - Não".
  
- Indivíduo que se cortou:
  - Campo 54: preencher "1 - Sim";
  - Campo 56, "Tipo de Violência": preencher "1 - Sim" em "Outros" e nas demais alternativas "2 - Não";
  - Campo 57, "Meio de agressão": preencher "1 - Sim" em "Obj péfuro-cortante" e nas demais alternativas "2 - Não".

Ressaltamos que em qualquer situação o "Tipo de violência" para lesão autoprovocada" deverá ser assinalado como "Outros" no Campo 56. Neste mesmo campo há um espaço em branco para alguma especificação; **caso a violência autoprovocada seja também uma tentativa de suicídio, neste espaço deverá ser escrito o código "777"**, conforme combinado em oficinas anteriores. O código 777 é exclusivo para tentativa de suicídio e independe daquilo que for assinalado em seguida no Campo 57, "Meio de agressão". Deve-se neste caso, evitar outras palavras e expressões além do 777, como *"tentou se matar"*, *"queria morrer"*, etc.

Assim uma lesão autoprovocada tendo como meio de agressão "Obj péfuro-cortante" poderá ser ou não uma tentativa de suicídio, recebendo ou não o código 777 na alternativa "Outros" do Campo 56, "Tipo de violência". No entanto, com ou sem o código 777, deverá sempre ser assinalada como "Outros" e nunca como "Física", "Tortura" etc, dentro deste campo.

EQUIPE DANT

## NOTA TÉCNICA

### INDICADOR DE VIOLÊNCIA SEXUAL - ESTUPRO

A violência sexual tem sido foco da Vigilância de Violências e necessita de indicadores específicos para seu monitoramento. Uma das formas mais comuns de violência sexual é o estupro, mais comum em mulheres, mas que pode atingir vítimas de todos os sexos, orientações sexuais, identidades de gênero e idades. O estupro não termina com o evento violento, podendo ter diversas conseqüências posteriores para a vítima, como a gestação indesejada, passando por problemas psicológicos, podendo levar à lesão autoprovocada/suicídio, além de doenças de diferentes gravidades, algumas incapacitantes ou letais.

Assim, devem ser sempre oferecidas pelo serviço de entrada:

- 1) A contracepção de emergência, conhecida popularmente como "pílula do dia seguinte" para mulheres de 10 a 55 anos incompletos;
- 2) As profilaxias DST, HIV e Hepatite B. Idealmente estas profilaxias serão dadas para vítimas de ambos os sexos e de todas faixas etárias.

O atual indicador coloca a soma dos casos com profilaxias realizadas para HIV, DST e Hepatite B como numerador e o número total de casos de estupro como denominador. No entanto, fazemos algumas considerações quanto a mensuração do que é, pode ou deve ser oferecido em termos de profilaxia de Hepatite B e de sua mensuração como indicador:

- A) Segundo informações colhidas nos Núcleos de Imunizações e de Hepatite, nos últimos três anos aumentou muito o número de vacinados para hepatite B na população geral. Quase metade dos paulistanos adultos entre 20 e 59 anos teriam tomado 3 doses da vacina. A imunização em outras faixas etárias também vem crescendo. Assim seria natural que o indivíduo já imunizado comprovadamente se recusasse a tomar a profilaxia, ou que o serviço não a desse, já que ela seria desnecessária.
- B) Não existe na ficha de notificação SINAN e no manual de preenchimento a alternativa "não se aplica" destinada ao indivíduo vítima de violência sexual já vacinado comprovadamente, que não precisasse da profilaxia de

Hepatite B. Esta informação, quando é dada, fica no campo informações complementares e observações, de difícil tabulação.

- C) Por outro lado, não existe vacina para HIV ou DST, cujas profilaxias devem ser dadas a todas as vítimas de estupro.
- D) A colocação de algo de difícil mensuração (como a necessidade de profilaxia de Hepatite B) no mesmo cálculo onde entram fatores de fácil mensuração (profilaxia de HIV e DST), torna o indicador impreciso, diminuindo seu poder discriminativo.
- E) Assim retiramos a profilaxia de Hepatite B do cálculo do indicador, mantendo as profilaxias de HIV e DST no numerador. Oportunamente será desenhado um indicador específico para a profilaxia de Hepatite B pós estupro.

Núcleo DANT

Área Técnica de Violências e Acidentes

## **Automutilação e suicídio - Saúde e Conselho Tutelar devem ser informados**

DATA DE INCLUSÃO: 10/05/2019 11:09

Desde o dia 26 de abril está em vigência no país a Lei nº 13.819, assinada pelo presidente a República, e que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Objetivamente, esta lei determina que o hospital deverá comunicar a Secretaria Municipal de Saúde nos casos previstos de violência autoprovocada, que são suicídio consumado, tentativa de suicídio e ato de automutilação, com ou sem ideação suicida.

Já quando estas situações envolverem crianças ou adolescentes, a Secretaria de Saúde deverá de imediato comunicar o Conselho Tutelar.

E quando as situações de violência autoprovocada forem identificadas por profissionais nas escolas, as unidades de ensino deverão então comunicar o Conselho Tutelar.

A lei trata também de diversas questões como a instituição da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, que deverá ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e com a participação da sociedade civil e de instituições privadas.

Também estabelece que o poder público deverá manter serviço telefônico para recebimento de ligações, destinado ao atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico.

A lei está disponível através do link [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm)

### **Suicídio**

Os sinais de alerta em crianças e adolescentes são o isolamento (ficar por muito tempo em seu quarto e não ter amigos na escola), tristeza (chorar por qualquer motivo e se mostrar desinteressado), automutilação e mudanças repentinas de comportamento. Ao perceber estes sinais procure conversar com seu filho, dê amor e carinho, e procure a escola de seu filho, CRAS de seu bairro, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde de seu bairro, CAPS ou hospital.

