



telessaúde ES

Prática de Notificação de Violência: Qualificação da informação

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA SERRA
NÚCLEO DE PREVENÇÃO A VIOLÊNCIA

SISTEMA VIGILÂNCIA DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS - SISTEMA VIVA

Vigilância contínua, compulsória que capta dados de violência interpessoal / autoprovocada.



Por que notificar violências?

- Conhecer o perfil das vítimas e autores/as da agressão
- Dimensionar a demanda por atendimentos de urgência e outros serviços
- Caracterizar as lesões de menor gravidade
- Revelar a violência doméstica, silenciada e “camuflada” nos lares
- Revelar todas as formas de violências (interpessoais e auto-provocadas, tanto urbana ou intra-familiar)

O que notificar?

- Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, 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.

Atenção!

Esta ficha não se aplica à violência extrafamiliar (criminalidade/delinquência) de **adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino**, como brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras.

TIPOS DE VIOLÊNCIA:

Física

Sexual

Psicológica

Negligência / abandono

Autoprovocada – tentativa de suicídio

Tortura

Tráfico de seres humanos

Financeira/econômica

Trabalho infantil

Intervenção legal

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

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

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravo/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10)	3	Data da notificação
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7	Data da ocorrência da violência

8 Nome do paciente	9 Data de nascimento		
10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
14 Escolaridade			
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		

17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	

Dados Complementares

31 Nome Social	32 Ocupação
33 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
34 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)	35 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado
36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	37 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes _____ <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento



Ler o instrutivo do MS

38	UF	39	Município de ocorrência	Código (IBGE)	40	Distrito	
41	Bairro	42	Logradouro (rua, avenida,...)	Código			
43	Número	44	Complemento (apto., casa, ...)	45	Geo campo 3	46	Geo campo 4
47	Ponto de Referência		48	Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	49	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
50	Local de ocorrência			51	Ocorreu outras vezes?		
	01 - Residência	04 - Local de prática esportiva	07 - Comércio/serviços		1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado
	02 - Habitação coletiva	05 - Bar ou similar	08 - Indústrias/construção				
	03 - Escola	06 - Via pública	09 - Outro _____				
			99 - Ignorado				
				52	A lesão foi autoprovocada?		
					1 - Sim	2 - Não	9 - Ignorado

SVS 06.11.2014



Ler o instrutivo do MS

53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/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

Violência	54 Tipo de violência	1- Sim	2- Não	9- Ignorado	55 Meio de agressão	1- Sim	2- Não	9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual Estupro Pomografia infantil Exploração sexual Outros _____

57 Procedimento realizado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Coleta de sêmen Contracepção de emergência
 Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei

Assédio sexual: É o ato de constranger alguém com gestos, palavras, ou com o emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade, ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual;

Estupro: “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (Art 213, Lei nº 12.015/2009). Inclui conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independente da orientação sexual ou sexo da vítima;

Dados do provável autor da agressão

58 Número de envolvidos

1 - Um

2 - Dois ou mais

9 - Ignorado

59 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"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	

60 Sexo do provável autor da agressão

1 - Masculino

2 - Feminino

3 - Ambos os sexos

9 - Ignorado

61 Suspeita de uso de álcool

1- Sim

2 - Não

9- Ignorado

62 Ciclo de vida do provável autor da agressão:

1-Criança (0 a 9 anos)	3-Jovem (20 a 24 anos)	5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)
2-Adolescente (10 a 19 anos)	4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)	9-Ignorado

63 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	

64 Violência Relacionada ao Trabalho
 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado

66 Circunstância da lesão
 CID 10 - Cap XX

67 Data de encerramento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
----------------------	----------------------------	----------------

Observações Adicionais:

Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
-------------------------------------	--	---

Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan

SVS 06.11.2014

A identificação do notificador não é obrigatório

MUITO OBRIGADA!

maisvidas.sesa@serra.es.gov.br

Suellen Machado Sabino

Referência Técnica Municipal do Núcleo de Prevenção
de Acidentes e Violências