

A ESCOLA NO COMBATE A VIOLENCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES



SESMA
Secretaria de
Saúde



BELÉM
PREFEITURA
TAMO JUNTO POR BELÉM

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

PREFEITO DA CIDADE DE BELÉM

Edmilson Brito Rodrigues

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Pedro Ribeiro Anaisse

DIRETORA DO NÚCLEO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Juliana Lavareda Sales

COORDENADORA DE SAÚDE BUCAL

Ceci Baker de Mello

ASSESSORIA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL - SMS

Camila de Araújo Moreira

Mayra Rolla Siqueira

ASSESSORES DE SAÚDE BUCAL

Annanda Pereira Amaral Moraes da Cruz

Conceição Maria Costa Ribeiro

Rafael Costa Araújo

Yohana Sandy Souza Damasceno

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

Patrícia Andrea Godinho Baker

Maisa Moreira Gomes

Aluísio Ferreira Celestino Junior

Juliana de Andrade Moreira Porto

Tamiris Faro Casseb

Izabel Fagury Videira

Yohana Sandy Souza Damasceno

Ceci Baker de Melo

Camila de Araújo Moreira

Mayra Rolla Siqueira

Annanda Pereira Amaral Moraes da Cruz

Ana Rafaela Costa Chene

Viktória Karla Monteiro Cardoso

Larissa Lobato Silva



PROGRAMA
SAÚDE NA
ESCOLA

SESMA
Secretaria de
Saúde



BELÉM
PREFEITURA
TAMO JUNTO POR BELÉM

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES



ATENÇÃO: Faltas sem motivo, machucados, sintomas de depressão, devem acender um alerta para os Professores e toda equipe escolar.

Fluxo de Notificação

Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA SEMANAL

Caso suspeito/confirmado de violência

Notificação obrigatória

Criança/Adolescente

Adultos

Pessoa Idosa

1º VIA
DEVS- Departamento de Vigilância em Saúde do Município de Belém - Av. José Malcher, 2821 - Próximo a José Bonifácio.

2º VIA
Fica no local notificador (unidade ou serço)

Fluxo de Notificação

Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA

Notificação compulsória imediata (deve ser feita em até 24 horas). Casos de violência sexual e tentativas de suicídio.

A notificação deve ser enviada apenas nesses casos para cumprimento de prazo de 24 hrs, via e-mail dant.dve@sesma.pmb.pa.gov.br

1º VIA da ficha física deve ser enviada justamente com o lote semanal para DEVS

2º via fica no local (unidade e/ou serviço)

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal 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, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		3		Data da notificação												
	2	Agravado(a) VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA				Código (CID10)		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																		
Notificação Individual	7	Nome da Unidade Notificadora				Código Unidade		9		Data da ocorrência da violência										
	8	Unidade de Saúde				Código (NES)														
	10	Nome do paciente									11		Data de nascimento							
	12	(ou) Idade		13		SEXO		14		Gestante		15		Raça/Cor						
Dados de Residência	16		Escolaridade		17		Número do Cartão SUS		18		Nome da mãe									
	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		28		Ponto de Referência							
Dados da Pessoa Atribuída	29		CEP		30		(DDD) Telefone		31		Zona		32		Pais (se residente fora do Brasil)					
	33		Nome Social		34		Ocupação		35		Situação conjugal / Estado civil									
	36		Orientação Sexual		37		Identidade de gênero:		38		Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39		Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?					
	40		UF		41		Município de ocorrência		Código (IBGE)		42		Distrito		43		Bairro			
Dados da Ocorrência	44		Logradouro (rua, avenida,...)		45		Número		46		Complemento (apto., casa, ...)		47		Geo campo 3		48		Geo campo 4	
	49		Ponto de Referência		50		Zona		51		Hora da ocorrência		52		Local de ocorrência		53		Ocorreu outras vezes?	
	54		Á lesão foi autoprovocada?		55		Local de prática esportiva		56		Comércio/serviços		57		Indústrias/construção		58		Outro	
	59		Via pública		60		Ignorado		61		Ignorado		62		Ignorado		63		Ignorado	

Violência	55 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		
	56 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		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Obj. pêrfuro-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 _____		
	58 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 _____		
Dados do provável autor da violência	59 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		
	60 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 61 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"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	64 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 (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 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		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____		
69 Data de encerramento _____			

Informações complementares e observações

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

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS
136

TELEFONES ÚTEIS
Central de Atendimento à Mulher
180

Disque Direitos Humanos
100

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

Violência interpessoal/autoprovocada

Sinan

SVS 15.06.2015

**PREENCHIMENTO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO
INDIVIDUAL**

**ACESSE O QR CODE PARA SABER
COMO PREENCHER A FICHA DE
NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL**





TIPOS DE VIOLÊNCIA

Negligência

Quando o responsável pela criança não fornece os cuidados básicos.

Violência física

Uso de força excessiva ou métodos agressivos que podem causar lesões.

Exploração econômica

Imposição de responsabilidades inadequadas à sua fase de desenvolvimento.



Violência psicológica

Uso de palavras e atos que envergonham, diminuem e constrojam.

Abuso Sexual

Quando um adulto pratica qualquer ato de natureza sexual com uma criança ou adolescente

Exploração Sexual

Uso de menores em atividades sexuais para obter lucro.

Locais de atendimento

Saiba onde procurar ajuda:

- **Conselhos tutelares- Belém**

CONSELHO	EMAIL	ENDEREÇO
Conselho Tutelar I	cons.tutelar1belem@yahoo.com.br	Av. Alcindo Cacela- nº 2699 Cremação Fone: 3219-1203 / 98430-2113
Conselho Tutelar II	conselhotutelaricoaraci@gmail.com	R. Carneiro da Rocha- nº 110 Cruzeiro. Icoaraci. Fone: 3297-7001/ 98430-3053
Conselho Tutelar III	cons.tutelar3belem@gmail.com	Av. Tavares Bastos- nº 447- Marambaia. Fone: 98430-3365
Conselho Tutelar IV	conselhotutelar4@yahoo.com.br	Tv. Lomas Valentinas- nº 316 Fone: 3277-4538/ 98430-7623
Conselho Tutelar V	conselhotutelarvdebelem@hotmail.com	Av. Nossa Senhora da Conceição- nº 1001, Água Boa- Outeiro (em frente à Rua das Mangueiras) Fone: 3267-7153/ 98430-8510
Conselho Tutelar VI	ctvimosqueiro@hotmail.com	Av. 16 de Novembro, 1000 (esquina Alameda Morais)- Chapéu Virado- Mosqueiro Fone: 3771-5987/ 98430-8875
Conselho Tutelar VII	ct7belem@yahoo.com.br	Conjunto Catalina, Av. Major Aviador Seda- Nº 72 Fone: 3279-6135/ 98430-8875
Conselho Tutelar VII	cons.tutelar8belempa@yahoo.com.br	Tv. Rui Barbosa, nº 2027- Nazaré Fone: 3219-8210/98430-9407

Locais de atendimento

Saiba onde procurar ajuda:

- **Unidades básicas de saúde;**
- **CREAS;**
- **Núcleo ParáPaz - Santa Casa;**

End: Rua Bernal do Couto, 1.040 -Umarizal. (91) 32231412.

- **Núcleo ParáPaz- Renato Chaves;**

End: Rodovia do Mangueirão, s/n - Bengui. (91) 40096075.

- **Núcleo de atendimento Especializado da Criança e do Adolescente (NAECA).**

Travessa São Francisco, 427 - Campina. (91) 32228818.

DISQUE DENÚNCIA

Ligue



*Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração
Sexual contra Crianças e Adolescentes.*