

# 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](mailto: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)		
Notificação Individual	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 <input type="checkbox"/>			7 Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade
	8 Unidade de Saúde	Código (NES)		9 Data da ocorrência da violência	
	10 Nome do paciente	11 Data de nascimento			
Dados de Residência	12 (ou) idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor	
	16 Escolaridade	17 Número do Cartão SUS			
	18 Nome da mãe		19 UF		
Dados Complementares	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	
Dados da Pessoa Agravada	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		
	29 CEP		30 (DDD) Telefone		
	31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)		
Dados da Ocorrência	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		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	
51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?	
54 À lesão foi autoprovocada?		01 - Residência		01 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
02 - Habitação coletiva		02 - Comércio/serviços		02 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
03 - Escola		03 - Indústrias/construção		03 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
04 - Local de prática esportiva		04 - Outro		04 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
05 - Bar ou similar		05 - Ignorado		05 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
06 - Via pública				06 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

Violência	<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		
	<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		
Violência Sexual	<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Obj. perverso/corante <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>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 _____		
Dados do provável autor da violência	<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>60</b> Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <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"/> 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	<b>62</b> 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 <b>63</b> Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 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 (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	<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 _____		
<b>69</b> 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**

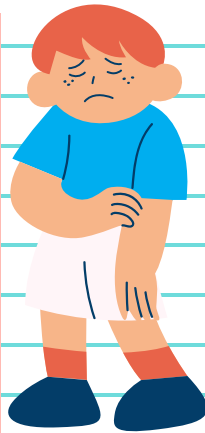
Quando o responsável pela criança não fornece os cuidados básicos.

## **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 constrangem.

## **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.*