

PORTARIA Nº 2.406/GM
Em 5 de novembro de 2004.

Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto no art. 7º da Lei nº 10.778/03, e

Considerando o disposto no Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/03;

Considerando que o Brasil é signatário e está comprometido com a efetivação dos instrumentos internacionais de defesa e proteção dos direitos das mulheres e dos direitos humanos, em especial a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim - 1995 e a Convenção de Belém do Pará - Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, assinada pelo Brasil em 9 de junho de 1994 e ratificada em 27 de novembro de 1995, entrando em vigor no Brasil em 27 de dezembro de 1995;

Considerando que, segundo vários estudos no Brasil e no mundo, a violência contra a mulher é um problema de alta relevância por seu elevado número de casos e, ao mesmo tempo, pouca visibilidade social; e

Considerando que a notificação dos casos de violência contra a mulher ao Sistema Único de Saúde permitirá dimensionar a magnitude do problema, caracterizar as circunstâncias da violência, o perfil das vítimas e dos agressores, contribuindo com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todas as esferas para enfrentamento deste problema,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher.

§ 1º Os serviços de referência serão instalados, inicialmente, em municípios que possuam capacidade de gestão e que preencham critérios epidemiológicos definidos.

§ 2º Os serviços de que trata o caput deste artigo serão monitorados e avaliados pela Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, sendo que, a partir desse processo, será programada sua expansão.

Art. 2º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, Ficha de Notificação compulsória de Violência Contra a Mulher e Outras Violências Interpessoais, que será utilizada em todo o território nacional.

Art. 3º A notificação compulsória de violência contra a mulher seguirá o seguinte fluxo:

- I - o preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima;
- II - a Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio; e
- III - as informações consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS.

Art. 4º Determinar que a Secretaria de Vigilância em Saúde em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, definam, no prazo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria, as diretrizes e os mecanismos de operacionalização dos serviços.

Art. 5º Delegar competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

Publicado no DOU Nº 215 – SEÇÃO I – PÁGS. 25 E 26, DE 09/11/2004.



Anexo



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Ficha de Notificação Computadorizada de Violência Contra a Mulher (a Outras Violências Interpessoais)

Ficha N.º

I	<input type="checkbox"/> Agressão contra mulher <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não	<input type="checkbox"/> Caracteres de ocorrência de violência <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> 1 - Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 2 - Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 3 - Adulto (20 a 64 anos) <input type="checkbox"/> 4 - Idoso (65 anos e mais)	
	<input type="checkbox"/> Relatório <input type="checkbox"/> 1 - Física <input type="checkbox"/> 2 - Mental <input type="checkbox"/> 3 - Físico e mental <input type="checkbox"/> 4 - Sem especificação de modalidade <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Município de Notificação _____		
	<input type="checkbox"/> Código ICD-10 _____	<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde (ou outra localidade notificador) _____	<input type="checkbox"/> Código _____	
II	<input type="checkbox"/> Nome do Paciente _____		<input type="checkbox"/> RG / CPF _____	
	<input type="checkbox"/> Data de Nascimento _____	<input type="checkbox"/> (su) Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> 1 - Amazonas <input type="checkbox"/> 2 - Amapá <input type="checkbox"/> 3 - Bahia <input type="checkbox"/> 4 - Ceará <input type="checkbox"/> 5 - DF <input type="checkbox"/> 6 - Espírito Santo <input type="checkbox"/> 7 - Goiás <input type="checkbox"/> 8 - Maranhão <input type="checkbox"/> 9 - Mato Grosso <input type="checkbox"/> 10 - Mato Grosso do Sul <input type="checkbox"/> 11 - Minas Gerais <input type="checkbox"/> 12 - Pará <input type="checkbox"/> 13 - Paraíba <input type="checkbox"/> 14 - Paraná <input type="checkbox"/> 15 - Pernambuco <input type="checkbox"/> 16 - Piauí <input type="checkbox"/> 17 - Rio de Janeiro <input type="checkbox"/> 18 - Rio Grande do Norte <input type="checkbox"/> 19 - Rio Grande do Sul <input type="checkbox"/> 20 - Rondônia <input type="checkbox"/> 21 - Roraima <input type="checkbox"/> 22 - Sergipe <input type="checkbox"/> 23 - Tocantins	
	<input type="checkbox"/> Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 5 - Outros	<input type="checkbox"/> Escolaridade (em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - Até 4 anos <input type="checkbox"/> 3 - De 5 a 8 anos <input type="checkbox"/> 4 - De 9 a 11 anos <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais	<input type="checkbox"/> Religião <input type="checkbox"/> 1 - Católica <input type="checkbox"/> 2 - Evangélica <input type="checkbox"/> 3 - Espiritista <input type="checkbox"/> 4 - Outras	
	<input type="checkbox"/> Ocupação _____		<input type="checkbox"/> C.N.S. _____	
	<input type="checkbox"/> Nome do médico responsável _____		<input type="checkbox"/> Código CRM _____	
	<input type="checkbox"/> Endereço completo _____		<input type="checkbox"/> CPF _____	
	<input type="checkbox"/> Município de residência _____		<input type="checkbox"/> UF _____ <input type="checkbox"/> Código ICD-10 _____	
	<input type="checkbox"/> Nome _____		<input type="checkbox"/> Telefone _____	
	<input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Urbana/periurbana <input type="checkbox"/> 3 - Rural <input type="checkbox"/> 4 - Indefinido			
	III	<input type="checkbox"/> Violência relatada ao médico <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Local, data e hora _____	<input type="checkbox"/> Motivo da ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Ameaça <input type="checkbox"/> 2 - Outros
<input type="checkbox"/> Violência declarada pelo(a) paciente <input type="checkbox"/> 1 - Esporádica casual de momento <input type="checkbox"/> 2 - Abuso/crimes psicológicos ou morais <input type="checkbox"/> 3 - Tráfico de mulheres em menores <input type="checkbox"/> 4 - Prostituição forçada <input type="checkbox"/> 5 - Violência institucional <input type="checkbox"/> 6 - Trabalho forçado <input type="checkbox"/> 7 - Abuso sexual <input type="checkbox"/> 8 - Outros		<input type="checkbox"/> Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Residência <input type="checkbox"/> 2 - Residência temporária <input type="checkbox"/> 3 - Via pública <input type="checkbox"/> 4 - Ambiente de trabalho <input type="checkbox"/> 5 - Espaço <input type="checkbox"/> 6 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 7 - Outra localização pública/privada <input type="checkbox"/> 8 - Outros		
<input type="checkbox"/> Tipos de ocorrência (pelo(a) paciente) <input type="checkbox"/> 1 - Física <input type="checkbox"/> 2 - Psicológica <input type="checkbox"/> 3 - Sexual <input type="checkbox"/> 4 - Outras				
IV	<input type="checkbox"/> Idade de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não ou não se aplica <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Relação com o(a) vítima <input type="checkbox"/> 1 - Conjuges parceiros <input type="checkbox"/> 2 - Pai <input type="checkbox"/> 3 - Mãe <input type="checkbox"/> 4 - Padrasto <input type="checkbox"/> 5 - Madrinha <input type="checkbox"/> 6 - Filho(a) <input type="checkbox"/> 7 - Outros familiares <input type="checkbox"/> 8 - Amigo/amigada <input type="checkbox"/> 9 - Relação trabalho <input type="checkbox"/> 10 - Outros		
	<input type="checkbox"/> Idade do autor <input type="checkbox"/> 1 - Adulto <input type="checkbox"/> 2 - Adolescente/criança para obter hospital <input type="checkbox"/> 3 - Criança <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Estabelecimento <input type="checkbox"/> 1 - Próprio ICB/UB/UP/PS <input type="checkbox"/> 2 - Contratação de emergência <input type="checkbox"/> 3 - Posto de saúde <input type="checkbox"/> 4 - Atendimento legal (BO/ML) <input type="checkbox"/> 5 - Atendimento Tóxico <input type="checkbox"/> 6 - Acompanhamento psicológico <input type="checkbox"/> 7 - Varas de família/crianças <input type="checkbox"/> 8 - Conselho de saúde, trabalho <input type="checkbox"/> 9 - Outros <input type="checkbox"/> 10 - Outros <input type="checkbox"/> 11 - Outros		
VI	<input type="checkbox"/> Dados ocorridos devido ou como consequência de violência/agressão.			
	<input type="checkbox"/> Tratamento gerido <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Outros tratamentos realizados <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Atendimento em nível hospitalar <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Atendimento <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado
VII	<input type="checkbox"/> Exame complementar ICB/UB/UP/PS <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Tratamento de saúde <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado
	<input type="checkbox"/> Responsável pelo preenchimento <input type="checkbox"/> Nome _____			
VIII	<input type="checkbox"/> Data de preenchimento _____		<input type="checkbox"/> Local de preenchimento _____	

(*) N. da COEDE: Republicada por ter sido com incorreção no DOU nº 214, de 8-11-2004, Seção 1, pág. 84.