

PROTOCOLO

HUAB-UFRN/EBSERH

**Atendimento multiprofissional
as crianças, adolescentes até 14
anos e mulheres de todas as
idades em situação de violência
sexual**

Versão: 1 | 2024



1 OBJETIVO

- Garantir uma assistência qualificada e humanizada as crianças, adolescentes até 14 anos e mulheres de todas as idades situação de violência sexual;
- Sistematizar a assistência prestada a esse público, garantindo um atendimento eficiente e acolhedor;
- Orientar profissionais envolvidos na assistência multiprofissional;
- Ofertar apoio psicossocial às pessoas em situação de violência sexual;
- Garantir a notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada em tempo oportuno.

2 VIOLÊNCIA SEXUAL E SAÚDE

A violência é um fenômeno histórico, cultural e multidimensional que atinge todas as classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais, sendo a violência sexual uma de suas expressões e uma questão de saúde pública, segurança e acesso à justiça, que exige do Estado respostas a essa demanda (Brasil, 2015).

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, 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. Exemplos: estupro, assédio sexual, exploração sexual, pedofilia. (Brasil, 2014, p.762)

Assim entendemos que a violência sexual é uma realidade do Brasil e do mundo, cujas expressões e indicadores variam em cada região e Estado, tendo o Rio Grande do Norte suas peculiaridades, tornando-se necessária a construção e organização de fluxos e processos de trabalho para garantir uma assistência integral e equânime às pessoas em situação de violência, bem como apoio aos seus familiares com as devidas orientações e a garantia da realização de procedimentos, prescrições de medicações e solicitações de exames que viabilizem a manutenção da saúde das vítimas, prevenindo assim os agravos.

Ao setor saúde compete ações de promoção, orientação e assistência às pessoas que sofrem com a violência e a participação nas atividades de prevenção da comunidade, visando a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Neste contexto, o Hospital Universitário Ana Bezerra está apto a acolher, identificar, atender, diagnosticar, orientar e dar os devidos encaminhamentos quando detectar pessoas em situação de violência sexual ocorrida: no âmbito da família, unidade doméstica, ou em qualquer relação interpessoal, colaborando para

minimizar os danos provocados a essa mulher ou criança. Vale salientar que desde o ano de 2016 o Huab é credenciado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos Hospitalares – CNES como referência para atendimento as pessoas em situação de violência sexual e para realização do aborto legal.

2.1 Aspectos éticos

A equipe de saúde deve pautar-se pela ética e sua aplicação, bioética, reconhecendo a singularidade da mulher em todos os ciclos de vida no que concerne ao atender e acolher as questões postas por aquela que está em condição de sofrimento biopsicossocial, preservando o sigilo e garantindo a segurança das informações e à vida das pessoas em situação de violência. Os profissionais devem desenvolver uma atitude acolhedora, compreensiva, empática, evitando julgamentos de valor e crítica, reconhecendo as adversidades e diferenças culturais, socioeconômicas na análise da situação, pois desses aspectos serão planejados os encaminhamentos e procedimentos a serem seguidos, sempre respeitando a peculiaridade da pessoa.

Deve também respeitar a autonomia e a decisão da usuária, visto que o serviço de saúde deve se estruturar buscando evitar interrupção durante o atendimento e fazê-lo de forma multiprofissional. Dessa forma evita que a pessoa em situação de violência precise repetir a história várias vezes e seja revitimizada. Cada profissional da equipe cumpre um papel específico no atendimento, no entanto, toda a equipe deve estar sensibilizada para as questões da violência e estar capacitada para acolher e dar suporte às suas demandas, utilizando-se deste protocolo.

Dentro do Acolhimento do HUAB, a equipe de saúde deve viabilizar uma atenção oportuna, eficaz, segura e respeitosa. Na maior parte das vezes, as pessoas em situação de violência encontram-se fragilizadas psicologicamente, necessitando de um atendimento imediato e uma atitude, por parte da equipe, de solidariedade e respeito. Para a implantação e operacionalização deste Protocolo, faz-se necessário a reorganização do processo de trabalho, para a priorização no atendimento do público alvo, eliminando as barreiras burocrático-organizacionais, que dificultem e/ou limitem o acesso ao serviço. Portanto, os profissionais de saúde devem desenvolver uma atitude positiva que possibilite às pessoas usuárias do serviço sentirem-se acolhidas e apoiadas, procurando:

- I- Estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional e avaliar a história da violência, a possibilidade de risco de vida, o nível de motivação para lidar com a situação, as limitações e recursos pessoais de enfrentamento.
- II- Avaliar a rede de apoio social e familiar;
- III- Encaminhar para a rede socioassistencial do território: UBS, CREAS, entre outros que se fizerem necessários. Quando tratar-se de crianças e adolescentes comunicar obrigatoriamente ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais, conforme dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/1990; quando for pessoa idosa é obrigatória a

comunicação a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso, conforme estabelece o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003; e quando se referir a pessoa com deficiência deve ser comunicado à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência, de acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência - Lei nº 13.146/2015.

- IV- Orientar as pessoas em situação de violência sexual a fazer o Boletim de Ocorrência;
- V- Agendar atendimento psicológico de seguimento ambulatorial ofertado pelo HUAB.
- VI- Agendar atendimento ambulatorial com a infectologista;

2.2 Acolhimento

O acolhimento é um relevante elemento para a qualidade e humanização da atenção. Acolher engloba o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos (as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência, bem como, demanda um ambiente humanizado, acolhedor que respeite à diversidade e seja livre de quaisquer julgamentos morais. Isso pressupõe receber e escutar as mulheres e adolescentes, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas (BRASIL, 2012).

O acolhimento da pessoa em situação de violência deve permear todos os locais e momentos do processo de produção do cuidado, diferenciando-se da tradicional triagem. O acolhimento representa a primeira etapa do atendimento e nele são fundamentais: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo. A pessoa deverá ser acolhida em ambiente reservado assim que sinaliza o fato que a levou a procurar atendimento. Neste momento pode-se observar se existe a presença de alguma pessoa que possa coibir o relato (seja familiar ou profissional do serviço) e verificar a possibilidade do atendimento se dar na presença de outro técnico ou sem o familiar, uma vez que a criança ou adolescente podem estar sendo abusados pelos próprios acompanhantes, ou estes serem coniventes.

O atendimento será feito pela equipe multiprofissional (enfermeiro, médico ginecologista e/ou pediatra, assistente social, psicólogo) com acolhida, escuta qualificada, tratamento digno e respeitoso para evitar a revitimização. Para fins de prioridade, agilidade nos exames, profilaxias e encaminhamentos, o profissional deverá confirmar o tempo decorrido entre a violência sexual e a procura pelo serviço de saúde. Dados como uso de preservativo pelo agressor, tipo de agressão (com contato de fluidos ou não), meio empregado (para verificação de uso de substância química que impossibilitasse a pessoa de resistir) e, caso mulher em idade fértil, se usa algum método contraceptivo, deverão ser questionados garantindo agilidade para profilaxias. Estas informações preliminares deverão ser registradas em prontuário para que a pessoa não necessite repetir várias vezes o fato ocorrido. Cabe aos profissionais informar sobre os procedimentos e medidas que serão realizadas e a importância de cada uma delas, respeitando a autonomia da pessoa e seu poder de decisão, acatando a recusa de algum procedimento se ela

assim o quiser.

A mulher que engravidar em decorrência de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais possíveis quanto a gestação (do direito a interrupção legal da gestação, de manterem a gravidez até o término e escolher entre permanecer com a futura criança e inseri-la na família, ou proceder com a entrega legal para a doação), devendo os serviços de saúde, nesse último caso, providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo legal de adoção.

Para uma atenção humanizada “é importante garantir, com qualidade e respeito, a escolha das mulheres que sofreram violência sexual pelo abortamento assegurado pela legislação brasileira” (Brasil, 2015, p.19). Vale salientar que, conforme dispõe o Ministério da Saúde (2012), na situação de interrupção legal da gestação, além dos documentos preenchidos no atendimento as pessoas em situação de violência sexual, alguns termos específicos precisam ser obrigatoriamente preenchidos, sendo eles: Termo de Relato Circunstanciado; Parecer Técnico assinado pelo médico; Termo de Aprovação de Procedimento da Interrupção da Gravidez; Termo de Responsabilidade; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Além disso, os estabelecimentos de saúde precisam contar com instalações e área física adequada para atendimento; equipamentos e instrumentais suficientes e recursos humanos qualificados para a atenção (Brasil, 2015).

Contribuir para a reestruturação emocional e social da pessoa em situação de violência é um componente importante que deve ser observado por todos os membros da equipe de saúde, em todas as fases do atendimento. O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta e mantido pelo tempo que for necessário. Todos os profissionais de saúde têm responsabilidade na atenção às pessoas que se encontram nessa situação.

3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

3.1 Critérios de Inclusão

Crianças e adolescentes de ambos os sexos até 14 anos de idade e mulheres em todos os ciclos de vida em situação de violência sexual.

3.2 Critérios de Exclusão

Homens em situação de violência sexual a partir dos 15 anos.

4 ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

O Serviço de Referência de Atenção Integral a Crianças, Adolescentes e Mulheres Vítimas de Violência Sexual - AMAE terão suas ações desenvolvidas em conformidade com a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, realizando:

- I - Acolhimento;
- II - Atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;
- III - Escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;
- IV - Informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- V - Atendimento clínico;
- VI - Atendimento psicológico;
- VII - realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações:
 - a) data e hora do atendimento;
 - b) história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida;
 - c) exame físico completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário;
 - d) descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e
 - e) identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;
- VIII - dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;
- IX - Exames laboratoriais necessários;
- X - Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;
- XI - Orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e
- XII - Orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

A Portaria GM/MS nº 485 de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do Serviço

de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu art. 7º diz que:

A equipe dos Serviços de Referência para Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes, Crianças, Homens e Pessoas Idosas em Situação de Violência Sexual e do Serviço de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei possuirá a seguinte composição de referência:

- I - 1 (um) médico clínico ou 1 (um) médico em especialidades cirúrgicas;
- II- 1 (um) enfermeiro;
- III - 1 (um) técnico em enfermagem;
- IV - 1 (um) psicólogo;
- V - 1 (um) assistente social; e
- VI - 1 (um) farmacêutico.

Entende-se assim que o ideal é que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos nas unidades de saúde.

Ainda que cada um (a) desses (as) profissionais cumpra papel específico no atendimento às mulheres e aos adolescentes, todos (as) devem estar sensibilizados para as questões de violências de gênero. A capacitação nessa área requer a disponibilidade do (a) profissional em perceber essa problemática como um fenômeno social capaz de produzir sérios agravos à saúde das mulheres e dos adolescentes.

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES
Técnico/a de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">• Realizar o acolhimento;• Priorizar o atendimento de enfermagem em caso de suspeita de violência e/ou risco;• Encaminhar o/a paciente para a Classificação de Risco;• Administrar medicamentos conforme prescrição médica.• Apoiar a notificação no Vigihosp e preencher ficha de notificação do SINAN;

Enfermeiro/a do Acolhimento/ Enfermeiro/a do Ambulatório	<ul style="list-style-type: none">• Realizar o acolhimento humanizado e a classificação de risco;• Acionar a equipe multiprofissional para atendimento (médico/a ginecologista e/ou
---	--

	<p>pediatra, assistente social e psicólogo/a). Posteriormente, se necessário, aciona-se o farmacêutico.</p> <ul style="list-style-type: none">• Participar do primeiro atendimento multiprofissional;• Encaminhar para realização de exames;• Realizar a notificação no Vigihosp e preencher ficha de notificação do SINAN e as demais fichas de atendimento AMAE em conjunto com aequipe multiprofissional;• Agendar retorno ambulatorial, orientando sobre a importância do seguimento com equipe multidisciplinar;• Realizar orientações e sanar possíveis dúvidas quanto ao atendimento juntamente com os demais profissionais da equipe multiprofissional.• Fazer registro do atendimento no prontuário no AGHU na agenda AMAE.
Médico/a	<ul style="list-style-type: none">• Participar do primeiro atendimento multiprofissional;• Realizar atendimento médico (exame físico, solicitação de exames e prescrição de medicamentos);• Realizar orientações pertinentes ao quadro clínico do/a paciente;• Preencher ficha de notificação do SINAN e as demais fichas de atendimento AMAE em conjunto com aequipe multiprofissional;• Fazer registro do atendimento no prontuário no AGHU na agenda AMAE.• Orientar quanto ao seguimento ambulatorial.

Assistente Social	<ul style="list-style-type: none">• Participar do primeiro atendimento multiprofissional quando possível*.• Propiciar atendimento acolhedor com escuta qualificada;• Identificar a rede de apoio familiar e social e os fatores de risco e de proteção relacionados à pessoa/família em situação de violência, realizando orientação sobre direitos sociais e os direitos sexuais e reprodutivos;• Encaminhamento à rede de atendimento de serviços especializados;
-------------------	--

	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar as questões relativas a seguridade social;• Orientar sobre a importância de se realizar o Boletim de Ocorrência;• Orientar acerca dos serviços da rede atendimento (assistência social, saúde, segurança pública e justiça) e fazer os devidos encaminhamentos à rede intersetorial na perspectiva da viabilização de direitos;• Fazer registro do atendimento no prontuário no AGHU na agenda AMAE;• Comunicar a ocorrência da violência aos órgãos competentes (quando criança ou adolescente ao Conselho Tutelar; quando idoso ao Conselho Municipal do Idoso ou Ministério Público; quando pessoa com deficiência ao Ministério Público).
Psicólogo/a	<ul style="list-style-type: none">• Participar do primeiro atendimento multiprofissional quando possível*. Propiciar atendimento acolhedor com escuta qualificada e suporte psicológico;• Avaliar a rede de apoio familiar e social e os recursos de enfrentamento diante do ocorrido;• Avaliar estado mental e, se necessário, encaminhar para especialista;• Fazer registro do atendimento no prontuário no AGHU na agenda AMAE;• Realizar o seguimento ambulatorial.
Farmacêutico/a	<ul style="list-style-type: none">• Dispensar as medicações profiláticas prescritas pelo/a médico/a;• Orientar quanto ao uso das medicações e esclarecer possíveis dúvidas;

5 HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Considerando o momento de medo e ansiedade e o histórico de saúde, o levantamento de dados do abuso deverá ser o mais breve e pontual possível. Não cabe aos profissionais emitir opiniões próprias ou levantar “curiosidades pessoais” sem interesse clínico. A Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012) e o Decreto Presidencial nº 7958, de 13 de março de 2013, dispõem sobre os registros que devem constar em prontuário:

- Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no Hospital de Referência.
- História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida
- Tipo(s) de violência sexual sofrida(s).
- Forma(s) de constrangimento empregada(s).
- Tipificação e número de agressores.
- Exame físico completo, inclusive os exames ginecológico e urológico (devendo registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de ISTs, tais como: leucorreias, lesões verrucosas, lesões ulceradas, etc).
- Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica.
- Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame.
- Identificação dos profissionais que atenderam a vítima, com letra legível e assinatura.
- Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências

5.1 Notificação

A Portaria GM/MS nº 1.271, 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. Nesta, a violência sexual e a tentativa de suicídio passam a ter notificação imediata (24 horas) para a Secretaria Municipal de Saúde. A notificação deverá ser realizada o mais rápido possível e podendo ser preenchida por qualquer profissional de saúde.

6 EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

6.1 Exames Laboratoriais

Tabela 1 – Exames Laboratoriais

	Admissão	2 Semanas	6 Semanas	3 Meses	6 Meses
Conteúdo Vaginal	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Sífilis					
Anti-HIV					

6.2 Esquema Terapêutico

Tabela 2 - Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal

Método	Dose	Via	Posologia
Levonorgestrel (Primeira escolha)	0,75mg de levonorgestrel	Oral	02 comp. em dose única
	1,5mg de levonorgestrel		01 comp. em dose única
Anticoncepcionais hormonais orais combinados (segunda escolha)	0,05mg de etinilestradiol + 0,25mg de levonorgestrel/comp.	Oral	02 comp. 12/12 hs (total de 04 comp.)
	0,03mg de etinilestradiol + 0,15mg de levonorgestrel/comp.		04 comp. 12/12 hs (total de 08 comp.)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica, 2012.

Tabela 3 - Profilaxia das ISTs Não Virais em Vítimas de Violência Sexual

IST	POSOLOGIA	POSOLOGIA	
		ADULTOS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45KG, INCLUINDO GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 45KG
SÍFILIS	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo)	50 mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
GONORREIA	Ceftriaxona	500mg, 1 ampola, IM, dose única	125mg, IM, dose única
INFECÇÃO POR CLAMÍDIA	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20mg/kg peso, VO, dose única (dose máxima total 1 g)
TRICOMONÍASE	Metronidazol	1g, 2 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)	15mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis Relatório de Recomendação, 2015.

Tabela 4 - Hepatites Virais

	IMUNOPROFILAXIA	IMUNOGLOBULINA
Vítimas de violência com exposição a sêmen e outros fluidos e com esquema de vacinação completo.	não	não

Nos casos em que não hajacontato com fluidos, o agressor seja vacinado ou use preservativo durante todo o ato de violência sexual ou nos casos de violência crônica (geralmente intrafamiliar)	não	não
Vítimas com exposição a fluidos e dúvida, desconhecimento do estado vacinal ou esquema vacinal incompleto.	Sim – administrar primeiradose, e completar o esquema posteriormente, independente de exames laboratoriais.	Sim –deve ser administradoaté 14 dias da ocorrência, mas preferencialmente deverá ser administrado até 48h do ocorrido.
<u>Imunização Ativa</u>		

VACINA ANTI-HEPATITE B - Aplicar IM em deltóide 0, 1 e 6 meses após a violência sexual.

Imunização Passiva

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B- 0,06 ml/Kg, Aplicar IM em glúteo dose única.

OBS: Desse modo, a administração de IGHAHB está indicada para todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas, com esquema vacinal incompleto ou que desconhecem seu status vacinal.

A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAHB. Em gestantes que sofrerem violência sexual, na hipótese de transmissão da hepatite B ou C deve-se considerar a possibilidade de transmissão vertical. O risco de transmissão da mãe para o filho é baixo para hepatite C exceto se existe coinfeção com o HIV e não existem medidas profiláticas específicas. O aleitamento não está contraindicado, mas devem ser ponderados riscos e benefícios.

Por outro lado, o risco de transmissão vertical do vírus B é elevado, cerca de 90%. Nestes casos, deve-se proceder com a vacinação imediata (1a dose) da criança associada a IGHAHB administradas em grupos musculares separados, ambas devem ser realizadas o mais precocemente possível, nas primeiras 12 a 24 horas de vida. Nessas condições, a proteção conferida contra transmissão no momento do parto é de praticamente 100%.

O esquema preconizado consiste em três doses, com intervalo de 1 mês entre a primeira e a segunda doses; e seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses). Prematuros menores de 33 semanas ou 2000 g deverão receber uma dose extra com dois meses de idade (0,1,

2 e 6).

O HBsAg pode ser detectado no leite materno de mães HBsAg positivas; no entanto a amamentação não traz riscos adicionais para os recém-nascidos dessas mães, desde que os mesmos tenham recebido a primeira dose da vacina e imunoglobulina humana anti-hepatite B, nas primeiras 12 horas de vida.

Tabela 5 – HIV – Recomendações de Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual

Recomendações de Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual		
Recomendada	Violência sexual ocorrida em menos de 72 horas, sem uso de preservativo, via anal/ou vaginal, com ejaculação.	A falta de médico infectologista no momento do atendimento emergencial à vítima de abuso sexual não deve protelar o início da quimioprofilaxia.
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação.	Avaliar presença de lesões em mucosa oral, conhecimento do status sorológico do agressor e desejo da vítima em receber a profilaxia.
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação.	
Não recomendada	Uso de preservativo durante toda a agressão sexual.	
Não recomendada	Agressor sabidamente HIV negativo.	Ver Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Anti-retroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV/MS, 2015.

Não recomendada	Abuso sexual sofrido há mais de 72 horas.	Avaliação para acompanhamento clínico elaboratorial e prevenção de outros agravos.
Não recomendada	Abuso crônico pelo mesmo agressor.	Mas é necessário interromper o ciclo de agressão, avaliar o contexto e individualizar a indicação da profilaxia.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica; 2012. MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, julho de 2015. Adaptado por SESA/SAS/DEPS, agosto de 2015.

7 TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

7.1 Atendimento da vítima em situação de violência sexual com menos de 72 horas da agressão

Realizar a contracepção de emergência (de acordo com a tabela 12.1- Tabela 2) nas usuárias que não estejam usando um contraceptivo eficaz ou na impossibilidade de avaliar o método contraceptivo em uso;

- A pessoa deve ser orientada a não realizar a higienização e não trocar de roupa;
- A pessoa em situação de violência não deve ser obrigada a repetir o relato da agressão mais de uma vez e os profissionais não devem ser inquisitivos e curiosos, deixando que a pessoa relate o que ela julgar importante;
- Manejo clínico de acordo com Procedimento descrito neste protocolo.

7.2 Com mais de 72 horas da agressão casos de violência crônica

Nas situações em que as mulheres procurem o serviço após 72 horas do evento, a profilaxia da IST/AIDS e a prevenção da gravidez não serem mais indicadas, sendo de fundamental importância o atendimento e o acompanhamento dessas pessoas para a investigação de uma possível infecção por IST/AIDS ou gravidez decorrente da agressão sofrida, como também a realização dos encaminhamentos e das orientações necessárias.

Neste sentido, as pessoas que chegarem ao HUAB depois de 72 horas do momento da agressão, como também as que sofrem violência sexual repetitiva, independente da época da última agressão, devem ser atendidas e acompanhadas pelo serviço.

Tabela 7 - Esquema Preferencial para PEP

Esquema Preferencial para PEP*
TDF + 3TC + DTG A duração da PEP é de 28 dias.

*Profilaxia Pós-Exposição Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Tabela 8 - Apresentações e Posologias de Antirretrovirais Preferenciais para PEP

Apresentações e Posologias de Antirretrovirais Preferenciais para PEP		
Medicamento	Apresentação	Posologia
TDF(a) + 3TC	Comprimido coformulado(TDF 300mg + 3TC 300mg) Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x/dia Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia +2 comprimidos VO 1x/dia
DTG	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: DIAHV/SVS/MS.(a)Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

Tabela 9 - Esquema para PEP em Crianças e Adolescentes de Acordo com a Faixa Etária

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
0 – 14 dias	AZT + 3TC + RAL ^(a)	AZT + 3TC + NVP
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/R
2 – 6 anos	AZT+ 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r
6 – 12 anos	TDF ^(b) + 3TC + DTG	Impossibilidade do uso de DTG: ATZ/r ^(c)
Acima de 12 anos: seguir as recomendações para adultos.		

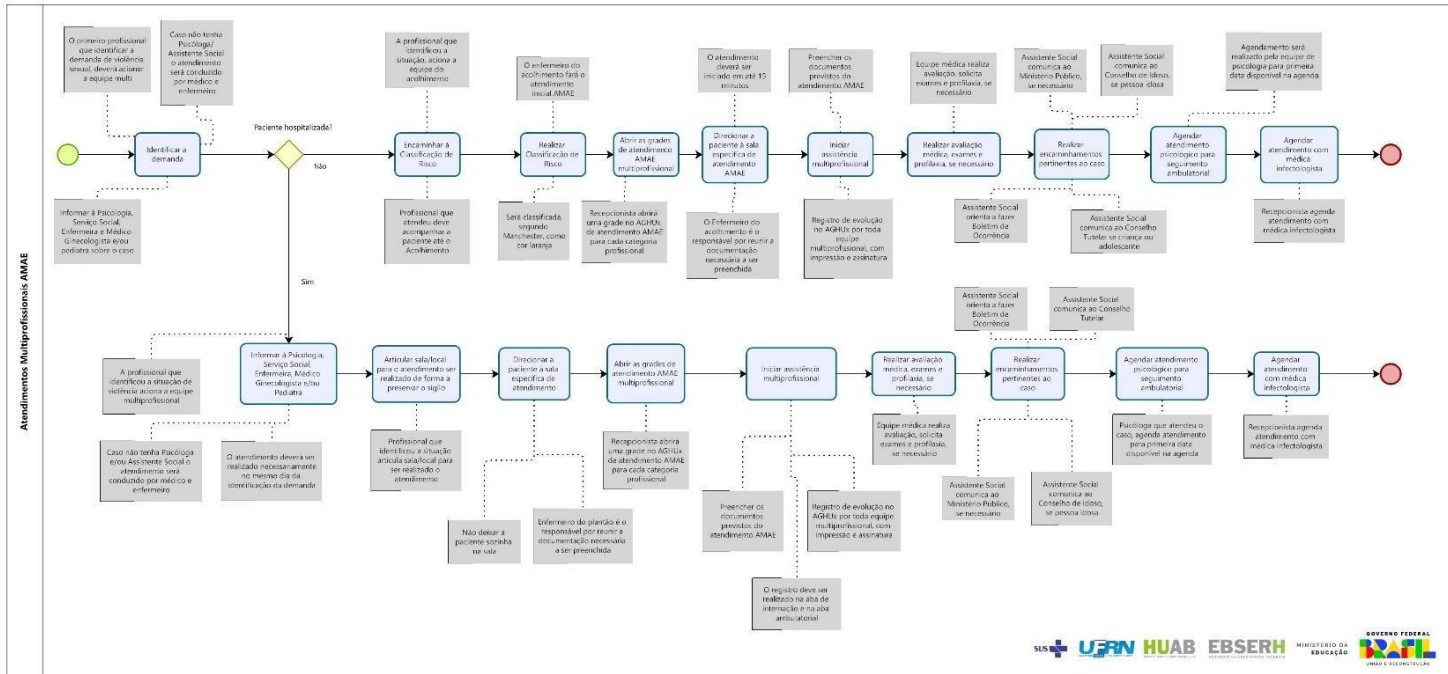
Fonte: DCCI/SVS/MS.

(a) Consultar também o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes", disponível em www.aids.gov.br/pcdt.

(b) Acima de 35kg.

(c) Acima de 40kg.

8 FLUXO DE PROCESSO



9 MONITORAMENTO

A pessoa agredida sexualmente, após ser atendida em situação emergencial no hospital, deverá ser encaminhada para continuidade do cuidado em uma unidade de atenção primária à saúde, ou outro serviço da rede de atenção à saúde conforme a necessidade apresentada. Neste contexto é importante o atendimento individual e familiar.

Entre os atributos da APS estão a longitudinalidade e integralidade do cuidado, a focalização na família e a orientação comunitária. As equipes possuem espaço privilegiado para a identificação dos casos de violência pela abrangência de ações na Unidade de Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família, no domicílio e na comunidade, ou seja, pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva desenvolvidas no território. Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das ISTs **não virais** em situações de violência sexual, ao contrário da **profilaxia para infecção pelo HIV, que é 72 horas**. Estas situações devem ser clínica e individualmente avaliadas. A pessoa que procura atendimento após as 72 horas do abuso deverá ser atendida pela Unidade de Atenção Primária em Saúde e realizar os exames de investigação de ISTs/HIV e atualização do estado vacinal no primeiro atendimento, independentemente do tempo decorrido.

10 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. (Série Manuais, n.18).

BRASIL. Ministério da Saúde. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria de Políticas de Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série Manuais, n. 46).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Norma Técnica. **Atenção Humanizada às Pessoas Em Situação de Violência Sexual Com Registro de Informações e Coleta de Vestígios**. 1ª ed. Brasília: MS; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.282, de 27 de agosto de 2020. Brasília, 2020.

RIO GRANDE DO NORTE. **Nota Técnica nº03/2024/SESAP. Acolhimento e Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Interpessoal**. Natal, 2024.

11 HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	04/11/2024	Versão inicial.

12 RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração	
------------	--

Diego Pereira Gabriel dos Santos Farmacêutico, UFCD	Data: 04/11/2024
Edinara Lina de Oliveira Assistente Social, UMULTI/DCDT	
Glauca Pinto Parente Médica Ginecologista, DM/GAS	
Iarah Daniel Dantas Silva, Farmacêutica, UFCD	
Lana Rose Cortez de Farias, Enfermeira, STCOR/SUP	
Leilane de Melo Oliveira Médica, Ginecologista, DM/GAS	
Liliane de Macedo Azevedo, Assistente Social, UMULTI/DCDT	
Mayra Shamara Silva Batista, Psicóloga, UMULTI/DCDT	
Maria Diane Braga Dantas Monteiro, Enfermeira, UMUL/GAS	
Mylady Silva Bezerra Cavalcanti, Técnica de enfermagem, UMUL/GAS	
Natália Alves de Queiroz Assistente Social, UMULTI/DCDT	
Rita Berenice da Silva Costa, Enfermeira, UBCME/GAS	
Rosiane de Lima Macedo Pires, Técnica de enfermagem, UMUL/GAS	
Análise Hercilla Nara Confessor Ferreira de Faria,s Enfermeira, UMUL/GAS	Data: 04/11/2024
José Ferreira Lima, Chefe, UMULTI/DCDT	
Validação Vanessa Freires Maia, enfermeira – STGQ/SUP	Data: 30/11/2024
Aprovação José Ferreira Lima, Chefe, UMULTI/DCDT	Data: 30/11/2024

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. ©2024, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Dados Atendimento AMAE

Código do procedimento: 030104005-2 CID: _____ Data: ____/____/____

Nome da/o usuária/o: _____

CNS: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Profissional de Saúde responsável pelo atendimento



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, 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					
	2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09					
	3	Data da notificação							
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)				
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 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							
	7	Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade	9	Data da ocorrência da violência				
Notificação Individual	8	Unidade de Saúde	Código (CNES)						
	10	Nome do paciente		11	Data de nascimento				
	12	(ou) Idade	13	Sexo	14	Gestante	15	Raça/Cor	
	16		Escolaridade			17		Número do Cartão SUS	
	17		18			19		20	
	19		20			21		22	
Dados de Residência	21		22		23		24		
	22		23		24		25		
	23		24		25		26		
	24		25		26		27		
	25		26		27		28		
	26		27		28		29		
Dados Complementares									
Dados da Pessoa Atendida	33		34		35		36		
	34		35		36		37		
	35		36		37		38		
	36		37		38		39		
Dados da Ocorrência	39		40		41		42		
	40		41		42		43		
	41		42		43		44		
	42		43		44		45		
	43		44		45		46		
	44		45		46		47		
45		46		47		48			
46		47		48		49			
47		48		49		50			
48		49		50		51			
49		50		51		52			
50		51		52		53			
51		52		53		54			
52		53		54		55			

SVS 15.06.2015

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 <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	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <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"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____
Violência Sexual	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 _____	
	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	
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	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"/> 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)
	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 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"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado 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 _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
	Nome _____	Assinatura _____
Violença interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015		

ORIENTAÇÕES GERAIS																	
Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.																	
DETALHAMENTO DOS CAMPOS																	
<p>01. CPF: O preenchimento do CPF corretamente é obrigatório, salvo situações como: estrangeiros, pessoa em situação de rua no momento, pessoa privada de liberdade no momento, indígena.</p> <p>02. CNS - Cartão Nacional de Saúde: Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).</p> <p>03. Prontuário: Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS.</p> <p>04. Identificação Preferencial do Usuário: Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).</p> <p>05. Nome Completo do Usuário - Civil: Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p>06. Nome Social: Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p>07. Nome Completo da Mãe: Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.</p> <p>08. Data de Nascimento: Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.</p> <p>09. UF: Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS.</p> <p>10. Cidade de Nascimento: Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.</p> <p>11. País de Nascimento: Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS.</p> <p>12. Nacionalidade: Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS</p> <p>13. Situação do estrangeiro: Informar se o paciente estrangeiro é residente, habitante de fronteira ou não residente.</p> <p>14. UF: Unidade da Federação da residência do usuário SUS.</p> <p>15. Cidade de Residência: Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia.</p> <p>16. Raça/cor: Pedir ao(à) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida.</p> <p>17. Escolaridade: Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos"</p> <p>18. Órgão Genital de Nascimento: Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.</p> <p>19. Orientação Sexual: É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).</p> <p>20. Identidade de Gênero: é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).</p> <p>21. Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?": Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.</p> <p>22. Nos últimos 3 meses você usou álcool e outras drogas?": Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses</p> <p>23. Gestante: Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas.</p> <p>24. Pessoa em situação de rua no momento: Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não.</p> <p>25. Pessoa privada de liberdade no momento: Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade</p> <p>26. Data da Exposição: Informar a data que ocorreu a exposição de risco.</p> <p>27. Circunstância da Exposição: Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, favor usar formulário específico "Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical"</p> <p>28. Origem do acompanhamento médico: Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.</p> <p>29. Serviço de Atendimento: Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência e CTA.</p> <p>30. CNES do Estabelecimento de Saúde: Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.</p> <p>31. Nome do Estabelecimento de Saúde: Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.</p> <p>32. Pessoa fonte multiexperimentada e/ou esquemas alternativos?": Se sim informar no campo específico a prescrição legível</p> <p>33. Esquemas preferenciais para PEP e posologias: Lista dos Esquemas antiretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescritor deverá assinalar um "X" no esquema preferencial.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FAIXA ETÁRIA</th> <th>ESQUEMA PREFERENCIAL</th> <th>ESQUEMA ALTERNATIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Acima de 6 anos/Adultos</td> <td>TDF** + 3TC + DTG 50mg***</td> <td>Impossibilidade do uso de DTG 50mg: ATV/r ou DRV/r</td> </tr> <tr> <td>0-14 dias</td> <td>AZT + 3TC + RAL</td> <td>AZT + 3TC + NVP</td> </tr> <tr> <td>14 dias a 4 semanas</td> <td>AZT + 3TC + RAL</td> <td>Impossibilidade do uso de RAL: LPV/R</td> </tr> <tr> <td>Acima de 4 semanas a 6 anos</td> <td>AZT + 3TC+DTG 5mg</td> <td>Impossibilidade do uso de DTG 5mg: LPV/R</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Acima de 12 anos: Seguir as recomendações para adultos. * Peso ≥ 3kg - ** Peso ≥ 35kg *** Peso ≥ 20kg</p>			FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	ESQUEMA ALTERNATIVO	Acima de 6 anos/Adultos	TDF** + 3TC + DTG 50mg***	Impossibilidade do uso de DTG 50mg: ATV/r ou DRV/r	0-14 dias	AZT + 3TC + RAL	AZT + 3TC + NVP	14 dias a 4 semanas	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/R	Acima de 4 semanas a 6 anos	AZT + 3TC+DTG 5mg	Impossibilidade do uso de DTG 5mg: LPV/R
FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	ESQUEMA ALTERNATIVO															
Acima de 6 anos/Adultos	TDF** + 3TC + DTG 50mg***	Impossibilidade do uso de DTG 50mg: ATV/r ou DRV/r															
0-14 dias	AZT + 3TC + RAL	AZT + 3TC + NVP															
14 dias a 4 semanas	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/R															
Acima de 4 semanas a 6 anos	AZT + 3TC+DTG 5mg	Impossibilidade do uso de DTG 5mg: LPV/R															
<p>34. Prescritor: Assinatura e carimbo do prescritor responsável.</p> <p>35. Técnico responsável: Assinatura do técnico responsável pela dispensação.</p> <p>36. Recebi em: Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.</p>																	



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS**

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Prontuário: _____
Responsável: _____ Parentesco: _____

O abaixo assinado _____, ou pessoa responsável pelo(a) paciente _____, declara ter recebido informações do(a) profissional de saúde a respeito dos seguintes procedimentos e seus possíveis efeitos colaterais:

Contraceção de Emergência

Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro – se a vítima for mulher em idade fértil:

Aceitou Não aceitou

Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Medicamentos utilizados para prevenir doenças que podem ser adquiridas pelo contato sexual.

Sífilis	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou
Gonorréia	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou
Infecção por Clamídia	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou
Infecção por Tricomonas	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou
Hepatite B	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



Prevenção da Infecção pelo HIV

Medicamentos usados para diminuir a possibilidade de contrair o HIV após o contato sexual.

Aceitou Não aceitou

Realização de Exames

Sorologia para sífilis Aceitou Não aceitou

Sorologia para hepatite B e C Aceitou Não aceitou

Sorologia anti-HIV Aceitou Não aceitou

Teste de Gravidez Aceitou Não aceitou

Não se aplica (crianças e homens)

Coleta

Secreção Vaginal Aceitou Não aceitou

Secreção Oral Aceitou Não aceitou

Secreção Anal Aceitou Não aceitou

Material Subungueal Aceitou Não aceitou

Declara que foi devidamente orientada sobre a importância de registrar a ocorrência policial ou caso já tenha registrado ou venha registrar ocorrência, estar ciente que a presente documentação e o material coletado serão encaminhados à autoridade policial, se requisitados.

Assinatura da pessoa em situação de violência ou responsável

1ª _____

2ª _____

Testemunhas

Assinatura profissional de saúde

Santa Cruz/RN: ____/____/____



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA

FICHA DE ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____ CNES: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

* Ver detalhamento no prontuário ou ficha de notificação de violência

Data do Atendimento: ____/____/____ Hora do Atendimento: _____:

Cartão Nacional da Saúde (CNS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome completo _____

Data de Nascimento ____/____/____ Idade ____anos Sexo: Masculino () Feminino ()

Raça/Cor (autodeclarada): branca () preta () amarela () parda () indígena () ignorado ()

Orientação sexual (autodeclarada): Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Não se aplica ()

Identidade de Gênero: Travesti () Homem Transexual () Mulher Transexual () Não se aplica ()

Pessoa com deficiência ou transtorno? Não () Sim () Especifique: _____

Município de Residência: _____ Telefone () _____

Representante Legal (apenas para ocorrências com crianças, adolescentes ou incapazes)

Vínculo: _____

Nome: _____ Telefone () _____

2. DADOS SOBRE A OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Data da Ocorrência: ____/____/____ Hora da Ocorrência: _____:

Município da Ocorrência: _____ UF: _____

Local da Ocorrência: _____

Violência de Repetição? Não () Sim () Se sim, início há ____anos ____meses

Houve ameaças? Não () Sim () Especifique: _____





Houve violência física? Não () Sim ()

Qual o Tipo de Agressão? Informar tipo de agressão, uso de arma ou meio utilizado pelo agressor: _____

Relata ter sofrido violência sexual? Não () Sim () Ignorado ()

Se houve penetração, qual tipo? vaginal () anal () oral () Outra () _____

Houve ejaculação? Não () Sim () Não sabe ()

Local do corpo (especificar): _____

O agressor usou preservativo? Não () Sim () Não sabe ()

Houve contato do agressor com alguma parte do corpo que não os órgãos genitais? Não () Sim () Local do corpo: seios (

) Nádegas () Coxas () Pescoço () Outros () Especificar: _____

Após a agressão e antes deste exame:

Tomou Banho? Não () Sim () Fez uso de ducha vaginal? Não () Sim () Trocou de roupa?

Não () Sim () Trouxe a roupa ou objeto? Não () Sim ()

Qual? _____

Utilizou () ou foi forçada(o) () a utilizar na últimas 24 horas algum tipo de:

() álcool, que tipo de bebida? _____

() drogas, lembra qual substância? _____

() medicamento que acha que possa afetar o comportamento, consciência ou sono - Qual (is)? _____

Durante a violência sexual estava: Consciente () Inconsciente () Sonolenta () Em coma ()

Relação com a pessoa que cometeu a violência sexual:

Desconhecido () Nº de envolvidos () 1 () 2 ou mais

Conhecido do ciclo de relacionamento: Não () Sim () _____

Conhecido, mas não do ciclo de relacionamento Não () Sim () _____





Descrição da Ocorrência da violência sexual relatada pela pessoa agredida

É importante que o registro da fala da pessoa que sofreu violência sexual seja anotado de forma completa e textual, com todos os dados referidos, em especial se ela recorda o que aconteceu antes, durante e depois da violência sexual, tendo cuidado para não prejudicar, interpretar ou substituir palavras:

3. HISTÓRIA GINECOLÓGICA PREGRESSA

Menarca: Não () Sim () ____ anos Data da última menstruação: / /

Nunca manteve relações sexuais antes da violência sexual ()

Gestante Não () Sim () Período Gestacional: _____

Usa algum método Contraceptivo? Não () Sim () Qual: _____

Teve relação sexual consentida (marido, noivo, namorado, amigo, outro) em data próxima da violência sexual? Não () Sim ()

Data da última relação sexual consentida: / / Hora: ____: ____

4. EXAME FÍSICO

Anotar achados do exame físico geral, sinais vitais, situação vacinal. Descrever com detalhes as lesões encontradas (tipo, aspecto, tamanho, localização, etc). Utilizar o mapa de lesões (anexo).

Peso: ____Kg Pressão arterial: ____mmHg Pulso: ____ Temp.: ____°C

Estado clínico geral: _____

Situação Vacinal: Tétano () não () sim Hepatite B () não () sim

Lesões na cabeça e pescoço: Não () Sim () _____

Lesões na mama D() mama E() _

Lesões no tórax e abdome Não () Sim () _____

Lesões em membros superiores Não () Sim () _____



Lesões em membros inferiores: Não () Sim () _____

Lesões genitais ou extragenitais: Não () Sim () _____

Registrar outros achados do exame físico:

5. EXAMES SOLICITADOS

Hemograma () Transaminases () Anti-HIV () HBsAg () Anti-HCV () VDRL ou RPR ()

Conteúdo Vaginal: bacterioscopia () cultura () biologia molecular ()

Investigação endocervical para gonococo () clamídia () HPV ()

Rx () Partes do corpo _____ Ultrassom () Partes do corpo _____

Tomografia Computadorizada () Partes do corpo _____ Outros exames () _____

6. FÁRMACOS/IMUNOBIOLOGICOS ADMINISTRADOS

Contraceção de Emergência Não () Sim ()

Profilaxia HIV Não () Sim ()

Imunoprofilaxia Hepatite B Não () Sim ()

Profilaxia do Tétano: Não () Sim ()

Profilaxia IST Não () Sim ()

Detalhar _____

7. COLETA DE MATERIAL/VESTÍGIOS

Coleta de material/vestígios de interesse pericial: Não () Sim ()

Swab vaginal: Não () Sim ()

Swab anal: Não () Sim ()

Swab oral: Não () Sim ()

Swab outros locais: Não () Sim () Especificar: _____

Armazenado em Papel Filtro: Não () Sim ()

Outro suporte: Não () Sim () Especificar: _____



8. ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

*Durante o primeiro atendimento () ou no seguimento ambulatorial ()

9. ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

*Durante o primeiro atendimento () ou no seguimento ambulatorial ()

10. ATENDIMENTOS REALIZADOS EM OUTROS SERVIÇOS

Registrou Boletim de Ocorrência? Não () Sim () Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___ : ___

BO nº _____

Caso não, deseja realizar o registro? Não () Sim ()

Realizado atendimento no IML? Não () Sim () Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___ : ___

Comunicação ao Conselho tutelar: Não () Sim () Não se aplica ()

Comunicação ao Conselho do Idoso / Ministério Público / Defensoria Pública / Delegacia:
Não () Sim () Não se aplica ()

Oferecimento proteção/abrigo: Não () Sim () Não se aplica () Especifique: _____

Atendimento em outro serviço: Não () Sim () Especifique: _____





11. ENCAMINHAMENTOS, CONDUTAS E OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

CID 10 – Cap. XX _____

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

Assinatura e carimbo do(a) Enfermeiro(a)

Assinatura e carimbo do(a) Psicólogo(a)

Assinatura e carimbo do(a) Assistente Social

Santa Cruz/RN: ____ / ____ / ____





MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO (Agressor desconhecido)

Eu, _____, brasileira, _____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de _____, às _____, no endereço _____ (ou proximidades - indicar ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de estupro, nas seguintes circunstâncias: _____.

Declaro, ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ homem (ns) de aproximadamente _____ anos, raça/cor _____, cabelos _____, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcoolizado, drogado, condutor do veículo tipo _____ etc.).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____.

É o que tenho/temos a relatar.

Santa Cruz/RN: ____/____/____

Nome, identificação e assinatura

Testemunha

Profissional de saúde – Registro profissional

Profissional de saúde – Registro profissional



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO





MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO (Agressor conhecido)

Eu, _____, brasileira, _____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de _____, às _____, no endereço _____ (ou proximidades - indicar ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de estupro, nas seguintes circunstâncias: _____.

Declaro, ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ (informação opcional), meu _____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____ anos de idade, e que no momento do crime encontrava-se/ou não (alcoolizado, drogado).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____.

É o que tenho/temos a relatar.

Santa Cruz/RN: ____/____/____

Nome, identificação e assinatura

Testemunha

Profissional de saúde – Registro profissional

Profissional de saúde – Registro profissional



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA**

PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultrassonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da paciente _____ portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a data da violência sexual alegada.

Santa Cruz/RN: ____/____/____

Médico

(Assinatura e carimbo)





**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA**

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____ do Hospital _____ avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de estupro apresentada pela paciente _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____, com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128, inciso II, do Código Penal Brasileiro, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Santa Cruz/RN: ____/____/____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, ou legalmente representada por _____, portador(a) do documento de identificação tipo _____, nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital _____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Santa Cruz/RN: ____/____/____

Nome, identificação e assinatura.



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO





**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO

Por meio deste instrumento, eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____, documento de identificação tipo _____, nº _____, em conformidade com o artigo 128, inciso II, do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação, de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de Entrega Legal.

Declaro estar esclarecida dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis.

Faz-se necessário trazer o detalhamento dos riscos da realização da intervenção por abortamento previsto em lei:

a) Abortamento medicamentoso, antes das 14 semanas de gravidez, os principais riscos do aborto medicamentoso são:

- Necessidade de outro procedimento para remover partes da gravidez que permaneceram no útero;
- Complicações graves, como sangramento intenso, danos ao útero ou sepse;

b) A partir das 14 semanas de gravidez, os principais riscos do aborto medicamentoso são:

- Necessidade de outro procedimento para remover partes da gravidez que permaneceram no útero;
- Infecção ou lesão no útero;

c) Aborto cirúrgico - Antes das 14 semanas de gravidez, os principais riscos do aborto cirúrgico são:



- Necessidade de outro procedimento para remover partes da gravidez que permaneceram no útero;

- Complicações graves, como sangramento intenso, danos ao útero ou sepse;

d) após 14 semanas de gravidez, os principais riscos de aborto cirúrgico são:

- Necessidade de outro procedimento para remover partes da gravidez que permaneceram no útero;

- Sangramento muito intenso;

- Infecção;

- Lesão no útero ou entrada no útero (colo do útero);

Declaro estar esclarecida acerca do risco de morte conforme a idade gestacional em que me encontro.

Declaro que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, passíveis de compartilhamento em caso de requisição judicial.

Declaro também que, após ter sido convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de estupro, e autorizo a equipe do Hospital _____ aos procedimentos necessários.

Santa Cruz/RN: ____/____/____

Nome, identificação e assinatura

Testemunha

Testemunha

Certidão

Processo nº 23527.001812/2023-33

Interessado: Setor de Gestão da Qualidade

PRT.UMULTI.003 - ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AS CRIANÇAS, ADOLESCENTES ATÉ 14 ANOS E MULHERES DE TODAS AS IDADES EM

SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

<p>Elaboração</p> <p>Diego Pereira Gabriel dos Santos Farmacêutico</p> <p>Edinara Lina de Oliveira Assistente Social</p> <p>Glauca Pinto Parente Médica Ginecologista</p> <p>Iarah Daniel Dantas Silva Farmacêutica</p> <p>Lana Rose Cortez de Farias Enfermeira</p> <p>Leilane de Melo Oliveira Médica Ginecologista</p> <p>Liliane de Macedo Azevedo Assistente Social</p> <p>Mayra Shamara Silva Batista Psicóloga</p> <p>Maria Diane Braga Dantas Monteiro</p>	<p>Data: 05/11/2024</p>
---	-------------------------

Enfermeira	
Mylady Silva Bezerra Cavalcanti	
Técnica de enfermagem	
Natália Alves de Queiroz	
Assistente Social	
Rita Berenice da Silva Costa	
Enfermeira	
Rosiane de Lima Macedo Pires	
Técnica de Enfermagem	
Revisão	
Hercilla Nara Confessor Ferreira de Farias	
Enfermeira	Data: 05/11/2024
José Ferreira Lima	
Chefe da unidade multiprofissional	
Validação	
Vanessa Freires Maia	Data: 05/11/2024
Enfermeira do Setor de Gestão da Qualidade	
Aprovação	
Flávia Andréia Pereira dos Santos	Data: 05/11/2024
Gerente de Atenção de Saúde	



Documento assinado eletronicamente por **Mayra Shamara Silva Batista, Psicólogo(a)**, em 05/11/2024, às 17:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Natália Alves de Queiroz, Assistente Social**, em 05/11/2024, às 17:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Liliane de Macedo Azevedo, Assistente Social**, em 05/11/2024, às 17:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edinara Lina de Oliveira, Assistente Social**, em 07/11/2024, às 08:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Diego Pereira Gabriel dos Santos, Farmacêutico(a)**, em 07/11/2024, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lana Rose Cortez de Farias, Enfermeiro(a)**, em 11/11/2024, às 14:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Diane Braga Dantas Monteiro, Enfermeiro(a)**, em 13/11/2024, às 15:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rita Berenice da Silva Costa, Chefe de Unidade**, em 13/11/2024, às 15:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Iarah Daniela Dantas Silva, Farmacêutico(a)**, em 13/11/2024, às 15:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 25/11/2024, às 11:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vanessa Freires Maia, Enfermeiro(a)**, em 26/11/2024, às 10:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leilane de Melo Oliveira, Médico(a)**, em 16/12/2024, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gláucia Pinto Parente, Médico(a)**, em 17/12/2024, às 09:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosiane de Lima Macedo Pires, Técnico(a) em Enfermagem**, em 17/12/2024, às 18:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mylady Silva Bezerra Cavalcanti, Técnico(a) em Enfermagem**, em 19/12/2024, às 15:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **43974200** e o código CRC **4E9D5FE5**.