



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

NOTA TÉCNICA Nº 21/2024-.DATHI/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Aborda a exposição sexual consentida e a violência sexual no contexto da resposta à Calamidade Pública no Estado do Rio Grande do Sul (RS).

2. **CONTEXTUALIZAÇÃO**

2.1. Considerando a situação de calamidade pública no Estado do Rio Grande do Sul (RS), instituída pela Portaria nº 1.377, de 5 de maio de 2024, alterada pela Portaria nº 1.587, de 13 de maio, o Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi) e o Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent), da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde, vêm, por meio desta Nota Técnica: a) orientar sobre a Profilaxia Pós Exposição (PEP) sexual ao HIV, às hepatites virais, à sífilis e a outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); e b) orientar a realização da comunicação à autoridade de saúde sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de violência sexual, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 2.010, de 27 de novembro de 2023, **durante a vigência da Portaria nº 1.587/24.**

2.2. A PEP consiste no uso de medicamentos, assim que possível e no máximo até 72 horas, após alguma exposição sexual de risco, com o objetivo de evitar a transmissão da infecção pelo HIV, da hepatite B e de outras ISTs. A abordagem também considera, para a definição da conduta, o resultado da testagem rápida para HIV, sífilis, *Chlamydia trachomatis* (CT), *Neisseria gonorrhoeae* (NG), hepatite B e hepatite C, sempre que disponível.

3. **ORIENTAÇÕES**

3.1. Situações de desastres e catástrofes climáticas intensificam a vulnerabilidade e as desigualdades sociais. Uma das consequências é o aumento do risco de violência sexual.

3.2. Nesse sentido, é importante proporcionar atendimento e acolhimento psicológico e social para os casos de violência sexual, incluindo adolescentes e adultos, bem como o acesso às estratégias de prevenção ao HIV e às ISTs e anticoncepção de emergência para pessoas em idade fértil.

4. **ORIENTAÇÃO PARA INDICAÇÃO DE PEP AO HIV EM CASOS DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL OU DE EXPOSIÇÃO SEXUAL CONSENTIDA COM RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV**

4.1. O risco de transmissão conforme o tipo de exposição está sumarizado no Anexo I desta Nota Técnica. A testagem rápida é recomendada na avaliação inicial da presença prévia da infecção pelo HIV. Caso o teste rápido esteja indisponível ou não existam condições para executá-lo, a triagem pode ser realizada com autoteste de HIV, quando factível, conforme fluxograma para indicação de PEP, disponível no Anexo II.

4.2. **O acesso à PEP deverá ser garantido mesmo na impossibilidade de ambas as estratégias de testagem, devendo ser simplificado, com priorização da dispensação de antirretrovirais mesmo que a testagem para HIV não tenha sido realizada na avaliação inicial.** Após o início da PEP, o usuário deverá ser informado sobre a necessidade de testagem para HIV na 4ª e 12ª semanas.

4.3. O esquema antirretroviral preferencial de escolha para a PEP ao HIV para pessoas com idade ≥ 12 anos e peso ≥ 35 kg é a dose fixa combinada de tenofovir 300 mg/lamivudina 300 mg (1 comprimido), associado a dolutegravir 50 mg (1 comprimido). A duração da profilaxia é de 28 dias. Outros esquemas de PEP ao HIV estão listados no Anexo III.

- Orienta-se verificar a possibilidade de fornecimento de contato (telefone e/ou e-mail) para eventual busca ativa pela equipe de saúde para oferta de testagem.

5. **ORIENTAÇÃO PARA EXPOSIÇÃO COM RISCO DE TRANSMISSÃO DA SÍFILIS E DEMAIS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

5.1. A presença de uma IST está associada à infecção e à transmissão do HIV e, por essa razão, toda exposição de risco ao HIV também deve ser considerada como risco potencial de transmissão de outras ISTs.

5.2. O Anexo IV desta Nota Técnica traz orientações sobre testagem e tratamento de ISTs. Devido à situação atual de catástrofe, recomenda-se **início imediato do tratamento de ISTs em casos de violência sexual** (Anexo V). Nas demais condições de exposição, orienta-se testagem das ISTs, principalmente teste rápido para sífilis (quando disponível), e proceder ao tratamento conforme o resultado.

6. **ORIENTAÇÃO PARA EXPOSIÇÃO COM RISCO DE TRANSMISSÃO DA HEPATITE B**

6.1. **Comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B:** tentar identificar a situação do exposto quanto à hepatite B. Caso a pessoa exposta seja suscetível, estão indicadas a vacina contra a hepatite B e a imunoglobulina (IGHAHB), aplicadas o mais precocemente possível, no máximo até 14 dias após a exposição. Quando não for possível identificar a situação da pessoa exposta, considerar o indivíduo previamente vacinado como protegido.

6.2. **Vítimas de violência sexual ou pessoas que se expuseram a relação sexual consentida sem preservativos: caso a vítima ou pessoa exposta não tenha sido vacinada** ou estiver com **vacinação incompleta contra hepatite B, vacinar ou completar a vacinação.** Não se recomenda o uso rotineiro de IGHAHB, **exceto se a vítima ou pessoa exposta for suscetível** e a fonte potencial da transmissão (responsável pela violência, ou parceria sexual no caso de exposição consentida) tiver resultado de HBsAg positivo ou pertencer a populações com maior risco de exposição ao vírus da hepatite B. Quando indicada, a IGHAHB deve ser aplicada o mais precocemente possível, no máximo até 14 dias após a exposição¹.

6.3. **Pessoa suscetível** é aquela que apresenta **HBsAg (em teste rápido ou imunoensaio laboratorial) não reagente** e que **não possui registro de esquema vacinal completo com três doses aplicadas adequadamente** ou, caso tenha avaliação de soroconversão, não apresente soroconversão para anti-HBs após dois esquemas vacinais completos (não respondedores)².

7. **ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA PARA OS CASOS SUSPEITOS E CONFIRMADOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.**

7.1. A notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência sexual é obrigatória para os profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços de saúde e deve ser imediata para mulheres e homens em todos os ciclos de vida³, conforme a Portaria GM/MS nº 2.010, de 2023. Deve-se acionar a rede de cuidado e de proteção, bem como atender aos fluxos de comunicação locais.

7.2. Em casos de dúvidas no preenchimento da ficha de notificação, é possível acessar o Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada no endereço eletrônico https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. A ficha

individual de notificação de violência interpessoal/autoprovocada consta no Anexo VI e está disponível no endereço eletrônico https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf

8. CONCLUSÃO

8.1. Adolescentes, mulheres cisgênero, homens que se relacionam com outros homens e população trans, são reconhecidamente segmentos populacionais com maior vulnerabilidade à violência sexual. Promover acesso às ações de prevenção da transmissão das doenças abordadas no presente documento é uma estratégia ancorada nos direitos humanos.

8.2. Esta Nota Técnica se propõe a apoiar a resposta emergencial no Estado do Rio Grande do Sul, tem caráter excepcional e deve ser observada ao longo da vigência da Portaria Nº 1.587, de 13 de maio de 2024.

9. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais_6a-edicao_2023.pdf. Acesso em: 22 maio 2024

2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-de-hepatite-b-e-coinfecoes-2023_.pdf/view. Acesso em: 22 maio 2024.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

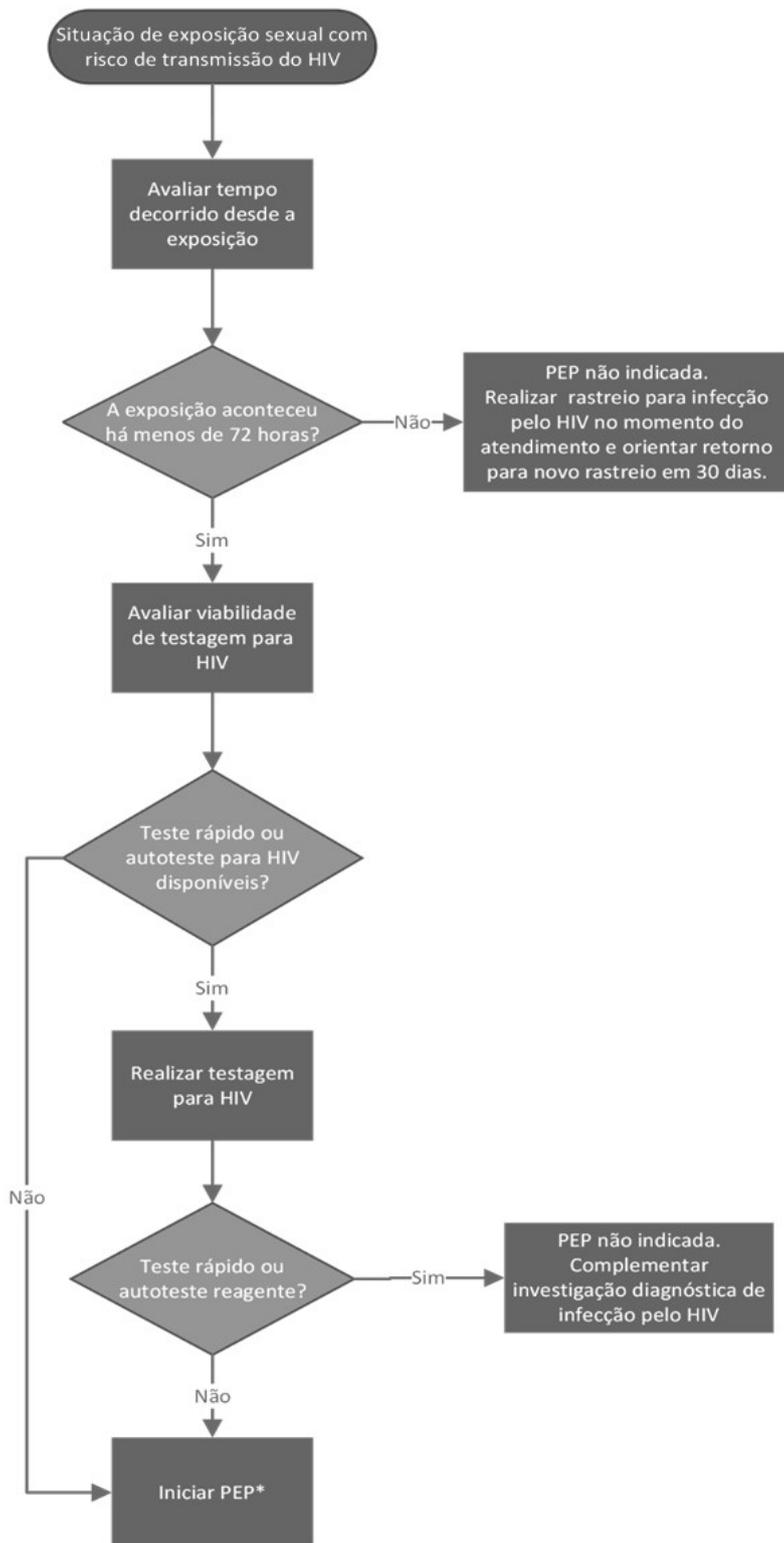
10. ANEXOS

10.1. ANEXO I – Risco de transmissão do HIV conforme tipo de exposição

Exposição COM risco de transmissão do HIV e/ou ISTs	Exposição SEM risco de transmissão do HIV e/ou ISTs
Percutânea	Cutânea em pele íntegra
Membranas mucosas	Mordedura sem presença de sangue
Exposição sexual desprotegida	
Cutâneas em pele não íntegra	
Mordedura com presença de sangue	

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

10.2. ANEXO II – Fluxograma para avaliação de indicação de PEP ao HIV



Fonte: Dathi/SVSA/MS.

* Independentemente da realização da testagem no momento da dispensação de PEP, deve-se orientar o usuário a retornar na 4ª e na 12ª semanas após o início da PEP, ou realizar busca ativa com o objetivo de realizar a testagem. Alternativamente, poderão ser disponibilizados autotestes de HIV para que o usuário realize a testagem sem comparecimento ao serviço de saúde na 4ª e na 12ª semanas após o início da PEP.

10.3. ANEXO III – Esquemas antirretrovirais para PEP em crianças e adolescentes conforme faixa etária, no contexto de violência sexual

Faixa etária	Esquema preferencial	Medicamentos alternativos
Acima de 4 semanas até 6 anos	Zidovudina + lamivudina + dolutegravir 5 mg ^(a)	Impossibilidade do uso de dolutegravir: lopinavir/ritonavir OU darunavir ^(d) /ritonavir

6 a 12 anos	Zidovudina + lamivudina + dolutegravir 50 mg ^(c) OU tenofovir ^(b) + lamivudina + dolutegravir 50 mg ^(c)	Impossibilidade do uso de dolutegravir: darunavir/ritonavir OU lopinavir/ritonavir
12 anos ou mais	Tenofovir ^(b) + lamivudina + dolutegravir 50 mg ^(c) OU Zidovudina + lamivudina + dolutegravir 50 mg ^(c)	Impossibilidade do uso de dolutegravir: darunavir/ritonavir, atazanavir/ritonavir

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^(a) Peso igual ou superior a 3 kg.

^(b) Peso igual ou superior a 35 kg.

^(c) Peso igual ou superior a 20 kg.

^(d) Peso igual ou superior a 15 kg.

Observações:

1) Dolutegravir 5 mg comprimido dispersível indicado para crianças a partir do 2º mês de vida, com peso igual ou superior a 3 kg. Dolutegravir 50 mg comprimidos indicado para crianças acima de 6 anos e acima de 20 kg.

2) Darunavir indicado para crianças acima 3 anos e peso igual ou superior a 15 kg, que consigam deglutir o comprimido.

3) Tenofovir indicado para crianças com peso a partir de 35 kg.

4) Na definição do esquema para a faixa etária de 0 a 4 semanas, considerar a classificação de risco de exposição ao HIV conforme o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes", Módulo 1: Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV, seção 4.2 – Profilaxia antirretroviral no recém-nascido exposto ao HIV.

10.4. ANEXO IV – Testes diagnósticos para ISTs em 1º atendimento (quando possível realizar) e em seguimento pós-exposição de risco

IST	Pessoa-fonte	Pessoa exposta	
	1º atendimento (quando possível realizar testagem)	1º atendimento (quando possível realizar testagem)	4 a 6 semanas após a exposição ^(b)
Teste treponêmico para sífilis (teste rápido) ^(a)	Sim	Sim	Sim
Testagem para <i>N. gonorrhoeae</i> ^(a)	Sim	Sim	Sim
Testagem para <i>C. trachomatis</i> ^(a)	Sim	Sim	Sim

Atenção: em todas as consultas, investigar presença de sinais e sintomas de IST.

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^(a) A testagem para sífilis, *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* deve ocorrer nessas ocasiões, exceto nos casos de acidente com material biológico. Caso a testagem rápida para sífilis seja reagente, recomenda-se realização de teste não treponêmico complementar, quando disponível.

^(b) Realiza-se testagem para sífilis, *N. gonorrhoeae* e *C. trachomatis* em 4 a 6 semanas se o resultado da testagem no primeiro atendimento for negativo.

10.5. ANEXO V – Esquemas antimicrobianos para profilaxia das ISTs em situação de violência sexual

IST*	Medicamento	Posologia		Tricomoníase	Metronidazol ^(b,c)	400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g) OU 250 mg, 8 comprimidos VO, dose única (dose total: 2g)	15 mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias (dose diária máxima: 2 g)
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg				
Sífilis	Penicilina benzatina G	2,4 milhões UI, intramuscular – IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(a)	50.000 UI/kg, IM (dose máxima total: 2,4 milhões UI) ^(a)				
Infecção por <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i>	Ceftriaxona + Azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, 1 frasco-ampola, IM, dose única MAIS azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, via oral (VO), dose única (dose total: 1 g)	Ceftriaxona 125 mg, IM, dose única MAIS azitromicina 20 mg/kg, VO, dose única (dose máxima total: 1 g)				

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

^(a) Como profilaxia e em caso de sífilis recente, deve ser prescrita em dose única.

^(b) Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação.

^(c) Seu uso deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou antirretrovirais.

*Quando disponível no território, indica-se a vacina de HPV para vítimas de violência sexual (de 9 a 45 anos, que ainda não tenham sido vacinadas).

10.6. **ANEXO VI – Ficha de notificação individual no Sinan**

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 VIOLÊNCIA 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 <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		9 Data da ocorrência da violência		
	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)				
	10 Nome do paciente							11 Data de nascimento	
Notificação Individual	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1 - Hora <input type="checkbox"/> 2 - Dia <input type="checkbox"/> 3 - Mês <input type="checkbox"/> 4 - Ano <input type="checkbox"/>		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1ºTrimestre <input type="checkbox"/> 2-2ºTrimestre <input type="checkbox"/> 3-3ºTrimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica								
	17 Número do Cartão SUS				18 Nome da mãe				
	19 UF		20 Município de Residência			Código (IBGE)		21 Distrito	
Dados de Residência	22 Bairro			23 Logradouro (rua, avenida,...)			Código		
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)			26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2			28 Ponto de Referência			29 CEP		
	30 (DDD) Telefone				31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares								
	33 Nome Social					34 Ocupação			
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>								
36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/>			3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual <input type="checkbox"/>				
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>			39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento						
Dados da Ocorrência	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 <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado					53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			
								54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	

Violência

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Física Tráfico de seres humanos Intervenção legal

Psicológica/Moral Financeira/Econômica Outros

Tortura Negligência/Abandono Trabalho infantil

Sexual

57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Força corporal/espâncamento Obj. perfuro-cortante Arma de fogo

Enforcamento Substância/Obj. quente Ameaça

Obj. contundente Envenenamento, Intoxicação Outro

Violência Sexual

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

Assédio sexual Estupro Pornografia infantil Exploração sexual Outros

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

Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Coleta de sêmen Contracepção de emergência

Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei

Dados do provável autor da violência

60 Número de envolvidos

1 - Um

2 - Dois ou mais

9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Pai Ex-Cônjuge Amigos/conhecidos Policial/agente da lei

Mãe Namorado(a) Desconhecido(a) Própria pessoa

Padrasto Ex-Namorado(a) Cuidador(a) Outros

Madrasta Filho(a) Patrão/chefe Pessoa com relação institucional

Cônjuge Irmão(ã)

62 Sexo do provável autor da violência

1 - Masculino

2 - Feminino

3 - Ambos os sexos

9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool

1- Sim

2 - Não

9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:

1-Criança (0 a 9 anos)

2-Adolescente (10 a 19 anos)

3-Jovem (20 a 24 anos)

4-Pessoa adulta (25 a 59 anos)

5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)

9-Ignorado

Encaminhamento

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) Conselho do Idoso Delegacia de Atendimento à Mulher

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Delegacia de Atendimento ao Idoso Outras delegacias

Rede da Educação (Creche, escola, outras) Centro de Referência dos Direitos Humanos Justiça da Infância e da Juventude

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) Ministério Público Defensoria Pública

Conselho Tutelar Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

Dados finais

66 Violência Relacionada ao Trabalho

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)

1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão

CID 10 - Cap XX

69 Data de encerramento

Informações complementares e observações

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

Observações Adicionais:

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136

TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180

Disque Direitos Humanos 100

Notificador

Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

ETHEL MACIEL
Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente



Documento assinado eletronicamente por **Draurio Barreira Cravo Neto, Diretor(a) do Depart. de HIV/AIDS, Tuberc., Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 28/05/2024, às 07:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 28/05/2024, às 19:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0040962432** e o código CRC **60CB068D**.

Referência: Processo nº 25000.067126/2024-71

SEI nº 0040962432

Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis - .DATHI
SRTVN 701, Via W5 Norte Edifício PO700, 7º andar - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70719-040
Site - <http://www.aids.gov.br/>