



## GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

### SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências

Nota Técnica SEI-GDF n.º 3/2019 - SES/SVS/DIVEP/GVDANT/NEPAV

Brasília-DF, 12 de março de 2019

**ASSUNTO:** Recomendações às equipes de saúde para o desenvolvimento de ações de Atenção Integral à saúde sexual e saúde reprodutiva na adolescência, com foco na prevenção da gravidez.

## I – DOS OBJETIVOS

Apresentar o perfil epidemiológico da gravidez na adolescência como problema de saúde pública, o que justifica a necessidade da adoção de medidas de vigilância, preventivas e educativas a serem objeto de atenção das equipes de saúde, conforme incentivado pelo novo artigo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): “Art. 8º-A. Fica instituída a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a ser realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência.

## II– DOS CONCEITOS

a) Adolescência (**conceito legal**): Para o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA é adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos.

b) Adolescência (**ciclo de vida**): O Ministério da Saúde considera o adolescente de 10 a 19 anos. A classificação adotada por ciclos de vida visa atender as especificidades relacionadas às fases de crescimento e desenvolvimento da criança e o início da puberdade, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

c) Gravidez na Adolescência (10 a 19 anos): A gravidez nesse momento é considerada um risco social, sendo alguns fatores predisponentes (menarca e sexarca precoce, relação parental instável, falta de diálogo com os pais, conflito familiar, dificuldade de acesso ou desconhecimento dos métodos de autoproteção, uso incorreto ou não uso de contracepção efetiva); fatores psíquicos (impulsividade e incapacidade de avaliar as consequências de atitudes tomadas); e determinantes sociais (baixa escolaridade e/ou nível socioeconômico e cultural, falta de projeto de vida, ou ainda falhas nas medidas de proteção diante de situações de risco e/ou de violência sexual).

d) Gravidez não intencional: Quando a gravidez é resultante do não planejamento e da falta do desejo/intenção por este processo. O Ministério da Saúde utiliza esse conceito na perspectiva do Marco Estratégico Regional para a Prevenção e Redução da Gravidez não Intencional na Adolescência pelos países do Cone Sul, do qual o Brasil faz parte.

e) Notificação Compulsória de Violência: É obrigatória em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias) uma vez que não se considera a possibilidade de sexo consentido nesta faixa etária; e no caso de maiores de 14 anos quando houver suspeita ou confirmação de violência. Ambas as notificações podem ser realizadas por qualquer profissional da área de saúde.

### III - DOS DADOS ESTATÍSTICOS E DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Considerando os dados da América Latina, os números no Brasil são alarmantes. De acordo com o IBGE, um em cada cinco bebês nasce de uma mãe com idade entre 10 e 19 anos, dado superior aos índices internacionais. Assim, após análises dos dados estatísticos nacionais e da vigilância epidemiológica do DF (NEPAV/SVS/SES-DF), constatou-se que a gravidez na adolescência é um grave problema de saúde pública, principalmente quando se relaciona a violência sexual e a iniquidade de gênero, visto que esta violência atinge em sua maioria o gênero feminino.

No Brasil no período de 2011 a 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes, concentrando 76,5% dos casos notificados nesses dois cursos de vida. Comparando-se os anos de 2011 e 2017, observa-se um aumento geral de 83,0% nas notificações de violências sexuais e um aumento de 64,6% e 83,2% nas notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes. (Boletim Epidemiológico - Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017).

Segundo pesquisa do Ministério da Saúde (Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e de Promoção da Saúde), o Brasil registrou 4.262 casos de estupro em adolescentes e que resultaram em gestações e nascimentos no período entre 2011 e 2016. Desse total, 1.875 vítimas de estupros repetidos, com idades de 10 a 14 anos, foram parturientes. Outras 2.387 jovens de 15 a 19 anos, também vítimas de estupro reiterado, tiveram filhos após violência sexual.

Além desse cenário, a gravidez na adolescência é uma consequência da combinação de vários fatores como a pobreza, a aceitação do casamento precoce, barreiras de acesso na saúde e educação, desinformação sobre sexualidade e outros. Apesar disso, o Brasil registrou uma queda de 17% no número de gravidezes na adolescência em 2015; no entanto, a faixa etária de 10 a 14 anos permanece inalterada, apresentando o número de 24 mil bebês (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos - SINASC-MS, 2015 e 2016).

No DF, nasceu 4.757 crianças de mães adolescentes, o que corresponde a 11,4% dos partos de mulheres. Destas 85% eram negras, 33% com baixa escolaridade e 74% solteiras. A respeito da gestação, 35% iniciaram o pré-natal tardiamente, 59% realizaram o número preconizado de consultas, 70% realizaram parto normal, 12% foram partos prematuros e 11% dos bebês nasceram pequenos para a idade gestacional (PIG). Ainda, cabe ressaltar que 23% dessas adolescentes já tinham pelo menos uma gestação prévia, quatro (4) entre as grávidas na idade de 10 a 14 anos estavam na segunda gestação e 41, na faixa etária de 15-19 anos, haviam tido quatro ou mais gestações (SINASC, 2017, residentes no DF).

No Distrito Federal (DF) a Secretaria de Estado de Saúde (SES) registrou no período de 2013 a 2018, 18.548 notificações de violência. Os tipos de violência interpessoal mais notificados de 2013 a 2018 foram a física (28,6), sexual (26,4%) e psicológica/moral (14). Em 2018, foram notificadas 4.735 violências no DF em todas as faixas etárias. Desse universo, a violência física e a sexual foram as mais registradas, com 2.191 notificações, predominando o sexo feminino em todos os tipos de violência (75%). Na faixa etária de 10 a 14 anos, evidencia-se uma maior vulnerabilidade, com um total de 671 notificações e na faixa etária de 15 a 19 anos, registrou-se um total de 146 notificações de violência sexual. Das notificações de violência sexual de adolescentes do DF apenas 10% apresentaram casos com registro de gravidez. (Fonte: SINAN-SES/DF. Dados parciais atualizados em 22/01/2019).

Observa-se portanto uma subnotificação das situações de violência sexual entre as adolescentes de 10 a 14 anos que engravidaram no DF nos anos analisados mesmo sendo este fato de notificação compulsória. A notificação de situação de violência sexual em menores de 14 anos

gestantes é uma das etapas do cuidado que deve ser realizada na concepção da atenção integral, uma vez que, permite à adolescente o acesso a Rede de Proteção e as medidas protetivas biopsicossociais tão importantes para o processo de desenvolvimento e maturação dela e do bebê bem como, a responsabilização para as situações de violação de direitos. As adolescentes enfrentam ainda barreiras de acesso nos serviços de saúde como a à imposição da presença do responsável legal, que pode ser ou não o agressor, para acessar os serviços de saúde sexual e reprodutiva, o que dificulta a vigilância epidemiológica da violência e as ações preventivas e os cuidados do pré-natal. Conclui-se que de forma simultânea, a gravidez na adolescência é uma causa e uma consequência de violações de direitos, pois ela é impedida de desfrutar dos direitos básicos e próprios deste ciclo de vida.

#### **IV – DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA ADOLESCENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE GRAVIDEZ**

A Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011, incluiu em seu Anexo I, a notificação compulsória de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Em casos extremos, quando a agressão sexual resulta em gravidez, além do impacto emocional da violência, culpabilização e falta de apoio, ainda pode levar ao limite da fuga, abandono de filho, suicídio ou infanticídio, entre outras situações de risco, o que evidencia a importância dos dados de notificação para fins de vigilância da violência que irão subsidiar as ações de prevenção desse fenômeno.

Nesse sentido, segue as seguintes recomendações:

4.1. Nos casos de adolescentes até 14 anos proceder notificação compulsória em 100% dos casos, independente de suspeita ou confirmação de violência (estupro de vulnerável).

4.2. Nos casos de adolescentes entre 14 anos e 17 anos, proceder notificação compulsória somente nos casos em que houver suspeita ou confirmação de violência sexual.

4.3 A notificação compulsória deve ser imediata a ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente em até 24 horas, pelo meio mais rápido disponível.

4.4. Agilizar o atendimento e seu acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas de infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais em até 72 horas da agressão sexual.

4.5 No acolhimento, adotar atitude positiva e de proteção ao adolescente, procedendo adequadamente à responsabilização do agressor, quando previsto em lei, encaminhando comunicação por escrito aos órgãos competentes (Conselho Tutelar, Delegacia de Proteção à Criança e o Adolescente e Ministério Público).

4.6 Qualificar o preenchimento da ficha das variáveis referentes à mãe (dados de notificação individual - campos 10 a 18), gestação (campo 14) e, principalmente, a idade do pai da criança (Campos do bloco dos dados do autor da violência - campo: 61 e 64), assim como qualificar a informação sobre “local de ocorrência” e “violência de repetição” no SINAN, visto o elevado número de Ignorado.

4.7. Vincular a adolescente gestante à Equipe de Saúde da Família - ESF e proceder encaminhamento responsável para suporte biopsicossocial do pré-natal à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF- AB e para o Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância às Assistências - PAV de referência da região de saúde para cuidado compartilhado caso necessário (**fluxo disponível no sítio [www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br)**).

4.8 Observar os principais fatores para avaliar a gravidade da suspeita ou confirmação da violência: Características da agressão; estado geral da vítima (físico e emocional); perfil do autor da violência (faixa etária, vínculo afetivo, etc.) e perfil da família (postura diante da violência,

possíveis riscos na convivência, etc.).

4.9 Considerar, quando do preenchimento da ficha de notificação, a atualização da legislação pertinente às violências relacionadas à ocorrência de gravidez na adolescência, especialmente das leis N° 13.715 (20/9/2018), Lei N° 13.718/2018 e N°8.069/1990 (ECA), para melhor caracterização das violências tipificadas recentemente.

- É considerado Violência sexual ( campo 56) e campo 57:

a) Estupro (de 15 a 19 anos): “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”;

b) Estupro de vulnerável (menores de 14 anos): É crime “independentemente do consentimento da vítima ou do fato de ela ter mantido relações sexuais anteriormente ao crime”;

c) Estupro coletivo (cometido por dois ou mais agentes) e Estupro Corretivo, caracterizado como tendo um intuito "punitivo”;

d) Exploração Sexual Comercial: Relações de caráter comercial e/ou lucrativa, utilizando menor de idade como mão-de-obra nas diversas atividades sexuais (em bordéis, turismo sexual, shows eróticos, call girls, entre outros);

4.10 Divulgar em local visível para os profissionais de saúde de sua unidade a seguinte informação: Notificação Compulsória de Violência Sexual - “A não comunicação à autoridade competente pelo profissional e/ou instituição responsável, dos casos de que tenha conhecimento. Infração esta sujeita à multa de três a vinte salários de referência” (Infração Administrativa - Artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente).

## **V – DAS RECOMENDAÇÕES PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

5.1 Busca ativa: Identificar no território as adolescentes que estão em situação de maior vulnerabilidade (situação de rua, em cumprimento de medidas socioeducativas, ou em uso abusivo de álcool e outras drogas) para que sejam acolhidas e recebam cuidados diferenciados, de acordo com as suas necessidades e demandas de saúde.

5.2 Fatores de risco: Identificar os riscos para a gravidez não intencional no contexto familiar e psicossocial por meio de visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).

5.3 Programa Saúde na Escola: Intensificar as ações de educação em saúde com a participação dos jovens e famílias, motivando-os para dialogar sobre saúde sexual e reprodutiva e comportamento sexual responsável (igualdade e equidade de gênero, proteção da gravidez inoportuna, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, autoconhecimento do corpo, defesa contra violência sexual incestuosa e outras violências).

5.4 Planejamento Participativo: Incluir os (as) adolescentes nas discussões e planejamento de ações de saúde.

5.5 Adaptação dos conteúdos: Adaptar os cuidados voltados para violência, drogas, ISTs, contracepção/preservativos, inclusão escolar, outros, na temática gravidez na adolescência.

5.6 Estratégias: Planejar a utilização dos diversos espaços físicos existentes nas unidades, como as salas de espera, para executar as ações educativas em grupo, entre outras oportunidades de atendimento dos adolescentes que estão na UBS.

5.7 Unidade Básica de Saúde (UBS): Proporcionar consulta informada e esclarecida com médico/enfermeiro, para a escolha do método contraceptivo pela adolescente e sua parceria, reduzindo a burocratização, como a exigência de comprovante de residência nas localidades do serviço ou de estarem inscritos em programas, assim como, da presença do responsável legal junto ao adolescente para acessar os serviços de saúde.

5.8 Projetos de Vida: Facilitar informações para auxiliar nas escolhas e decisões saudáveis sobre iniciar ou não relações sexuais, e o acesso ao exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, considerando no atendimento as diferentes formas de vivência da sexualidade, incluindo as experimentações iniciais eróticas e autoeróticas.

5.9 Acesso livre aos programas e métodos de contracepção: Respeitar as concepções religiosas do adolescente, assim como desburocratizar a anticoncepção de emergência, principalmente como medida preventiva de aborto inseguro, seguida de agendamento de consulta imediata para o planejamento reprodutivo.

5.10 Dupla proteção (preservativo associado a outro método contraceptivo eficaz): Ressaltar a necessidade do uso, ao mesmo tempo, do preservativo masculino ou feminino, principalmente quando há possível interação com o uso de drogas lícitas e ilícitas, considerando a seguinte ordem para escolha: a) DIU (cobre), dependendo da aceitação da adolescente e de suas condições clínicas; b) Hormonal oral combinado, se não lactante; c) Hormonal oral nas lactantes: oral com desogestrel (DSG 75mcg), oral com levonorgestrel (LVN 30mcg); d) Hormonal injetável trimestral (AMP 150ml), como método de exceção, na impossibilidade do uso dos anteriores.

5.11 Uso do DIU: Esclarecer e orientar sobre os efeitos iniciais do uso e ressaltar a importância do acompanhamento e da avaliação periódica da posição do DIU, além de sinais de infecção que podem levar à doença inflamatória pélvica.

5.12 Teste e aconselhamento sobre HIV/Aids: Oferecer o teste como oportunidades de reforçar a prevenção entre adolescentes em geral e facilitar o atendimento preventivo, o tratamento e os cuidados para aqueles e aquelas que se descubram com alguma IST ou vivendo com HIV.

5.13 Autocuidado e respeito pelo outro: Orientar para a construção de relações afetivas e sexuais mais solidárias incluindo a abordagem da orientação sexual, identidade sexual e de gênero, assim como as questões culturais construídas nas relações de gênero.

5.14 Diversidade: Observar se as informações no espaço da consulta e nos grupos estão adequadas à faixa etária (10-14 e 15-19), escolaridade, diversidade regional, cultural, religiosa, racial e étnica, à orientação sexual, identidade sexual e de gênero.

5.15 Adolescentes de 10 a 14 anos: Orientar sobre os cuidados específicos ao seu desenvolvimento, com a proteção integral necessária, buscando identificar se já têm atividade sexual e se as circunstâncias apontam para violência ou para o exercício dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

5.16 Caderneta de Saúde de Adolescentes (CSA): Distribuir e monitorar o seu uso a partir dos 10 anos de idade (versões masculina e feminina). A caderneta contém subsídios que orientam o atendimento integral dos jovens.

5.17 Campanhas: Promover campanhas para sensibilizar a população no desenvolvimento de atitudes favoráveis à igualdade de gênero e direitos sexuais e reprodutivos durante a adolescência, bem como, prevenção da gravidez não intencional.

5.18 Rede de atenção do adolescente: Divulgar a rede e como acessar os serviços para a comunidade.

## **VI – DA ATENÇÃO À ADOLESCENTE COM SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE GRAVIDEZ**

6.1 Acompanhamento da equipe multiprofissional: Realizar o planejamento reprodutivo enfatizando ações educativas para decisões esclarecidas e informadas para a postergação da gravidez, importância de projetos de vida e atual modo de vida do adolescente.

6.2 Adolescente com suspeita de gestação: As equipes de saúde devem facilitar o acesso ao teste rápido de gravidez, sem constrangimento e garantindo sua privacidade, sigilo e confidencialidade (**fluxo disponível no sítio [www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br)**).

6.3 Abordagem antes da realização do teste e na entrega dos resultados: São oportunidades especiais para conversar com os adolescentes e orientá-las (os), ajudando-as (os) a diminuir a ansiedade, insegurança e o medo.

6.4 Teste da Urina: informar que esse teste pode dar falso negativo na fase inicial da gravidez. Orientar a adolescente e parceria que, até sair o resultado de outro exame subsequente, deve-se orientar o uso do preservativo em todas as relações sexuais.

6.5 Resultado negativo de gravidez: Após o teste rápido é fundamental que, no caso das adolescentes que receberam um resultado negativo, elas e suas parcerias sejam imediatamente encaminhadas (os) para uma consulta de planejamento reprodutivo, evitando-se a possibilidade de uma gravidez não planejada, por meio das orientações para contracepção eficaz contidas no item 7.2 b) desta Nota Técnica.

6.6 Resultado positivo de gravidez: O atendimento deve ser presencial e respeitar as singularidades da adolescente atendida, porque a revelação do resultado pode suscitar medos, rejeição, inseguranças e muitas dúvidas. Caso se detecte dificuldade emocional ao receber o teste positivo, o profissional deve oferecer apoio e marcar um retorno o mais breve possível, buscando manter um vínculo, negociando com ela a vinda de sua parceria, responsável legal ou pessoa de sua confiança para apoiá-la nesse processo.

6.7 Procedimento para todos os casos: Verificar a data da última relação sexual para avaliar a possibilidade do uso da anticoncepção de emergência e a necessidade da realização do exame.

6.8 Abortamento espontâneo: Analisar no planejamento reprodutivo, em conjunto com a (o) adolescente e parceiro (a), seus projetos de vida na perspectiva de ter ou não ter filhos naquele momento e informar sobre a necessidade de intervalo intergestacional para a recuperação da saúde e a detecção e tratamento da causa do abortamento.

6.9 Divulgação em local visível da previsão da lei para o abortamento: Reconhecer e difundir os marcos legais como meios de se resguardar a ação profissional nos casos de abortamento legal.

6.10 Gravidez em decorrência da violência sexual: Orientar sobre seus direitos para interrupção legal da gravidez conforme o prazo de até 20 semanas; os trâmites legais dependentes da idade e da sua relação com a família; a possibilidade de ter a criança e de criá-la ou de encaminhá-la para adoção (ECA, Art. 8º, inciso V cc. Lei 12.010/2009). É necessário negociar com ela o apoio de alguém da sua família ou outro adulto de referência que possa ajudá-la, assim como o encaminhamento para apoio psicológico. No DF esse serviço está disponível no Hospital Materno Infantil.

## **VII – DA CONCLUSÃO**

Tem-se que a gravidez na adolescência pode ocorrer de diversas formas: atividade sexual precoce e desprotegida; violência sexual; entre outros. Estudos comprovam que quanto mais jovens as mães adolescentes maiores os riscos para o binômio mãe-bebê, além de se tornar um fator de perpetuação dos ciclos de pobreza e exclusão já que muitas interrompem a continuidade

da educação formal e resulta em menor qualificação e obstáculo nos projetos de vida podendo, assim, aumentar a vulnerabilidade às violências na vida adulta.

Para mudar esse quadro, é preciso entender que adolescentes têm direitos sexuais e reprodutivos que precisam ser respeitados, com orientações de saúde para decisões responsáveis, gerando pessoas esclarecidas e saudáveis visando outra trajetória de vida. Diante desse cenário, deve-se implantar e implementar ações que permitam às equipes de saúde, promover uma assistência qualificada e ações de prevenção eficaz da gravidez precoce para a proteção e garantia de direitos dos adolescentes.

## VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências – Orientações para Gestores e Profissionais de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidando de adolescentes: Orientações Básicas para a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva. Brasília, 2016. Brasília, Secretaria de Saúde do DF. Manual para Atendimento às vítimas de violência na Rede de Saúde Pública do DF, 2008.

BRASIL. Boletim Epidemiológico - Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017).

Delzivo C R, Bolsoni C, Nazário N O, Coelho E B S C. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificadas pelos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2017; 33(6):e00002716.

Joffily S M L C, Costa L F. É possível prevenir gravidez na adolescência?  
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0231.pdf>. Acesso em 05 de fevereiro de 2019.

Garbin C A S, Dias I A, Rovida T A S, Garbin A J I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2015 June [cited 2019 Feb 07]; 20(6):1879-1890. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601879&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601879&script=sci_abstract&lng=pt)

Guia Prático de Atualização - Prevenção da Gravidez na Adolescência. Departamento Científico de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, N° 11, janeiro de 2019.

Melo J S, Lima J S, Almeida T G, Trindade R F C, Comassetto I, Vasconcelos E L. Tendência da gravidez na adolescência no Brasil. Revista de Enfermagem UFPE Online. Recife, 11(5):1985-62.

Souto R M C V et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações para a saúde gestacional, parto e nascimento. Ciência & Saúde Coletiva, 22(9): 2909-2918, 2017.

Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil, 2017 (Ministério da Saúde).  
<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidezna-adolescencia-temqueda-de-17-no-brasil>. Acesso em 04 de fevereiro de 2019.

## ELABORADORES:

Andrea Simoni de Zappa Passeto - NEPAV/GVDANTPS/DIVEP/SVS, Médica.

Daniela Mendes dos Santos Magalhães - NEPAV/GVDANTPS/DIVEP/SVS, Enfermeira.

Denise Leite O. Campos – GASPVP/DAEAP/COAPS/SAIS, Médica de Família e Comunidade.

Hellen Duar Altoé – GASF/DESF/COAPS/SAIS, Nutricionista.

Lívia Vasco Mota - NEPAV/GVDANTPS/DIVEP/SVS, Assistente Social.

Viviane Albuquerque – GASF/DESF/COAPS/SAIS, Fisioterapeuta.

## REVISÃO:

Fernanda F. Falcomer Meneses - GVDANTPS/DIVEP/SVS, Gerente das DANTPS, Psicóloga.

Marina Prado – GASF/DESF/COAPS/SAIS, Gerente de Apoio à Saúde da Família, Psicóloga.

Renata de Souza Alves - NEPAV/GVDANTPS/DIVEP/SVS, Chefe.



Documento assinado eletronicamente por **DANIELA MENDES DOS SANTOS MAGALHAES - Matr.0156496-X, Enfermeiro(a)**, em 26/03/2019, às 11:57, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LIVIA VASCO MOTA - Matr.0196574-3, Assistente Social**, em 26/03/2019, às 11:59, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **DENISE LEITE OCAMPOS - Matr.0157745-X, Médico(a) da Família e Comunidade**, em 26/03/2019, às 17:46, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA FIGUEIREDO FALCOMER MENESES - Matr.0158955-5, Gerente de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**, em 29/03/2019, às 12:22, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **VIVIANE TOBIAS ALBUQUERQUE - Matr.0198911-1, Técnico(a) Administrativo(a)**, em 29/03/2019, às 13:09, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARINA FERNANDES DO PRADO - Matr.1681887-3, Gerente de Apoio à Saúde da Família**, em 29/03/2019, às 13:20, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **HELEN ALTOE DUAR BASTOS - Matr.0196413-5, Nutricionista**, em 29/03/2019, às 15:37, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **RENATA DE SOUZA ALVES - Matr.1434317-7, Chefe do Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências**, em 01/04/2019, às 14:06, conforme





art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ANDREA SIMONI DE ZAPPA PASSETO - Matr.0159447-8, Médico(a) Pediatra**, em 01/04/2019, às 17:29, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=19430390)  
verificador= **19430390** código CRC= **FC734A56**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF