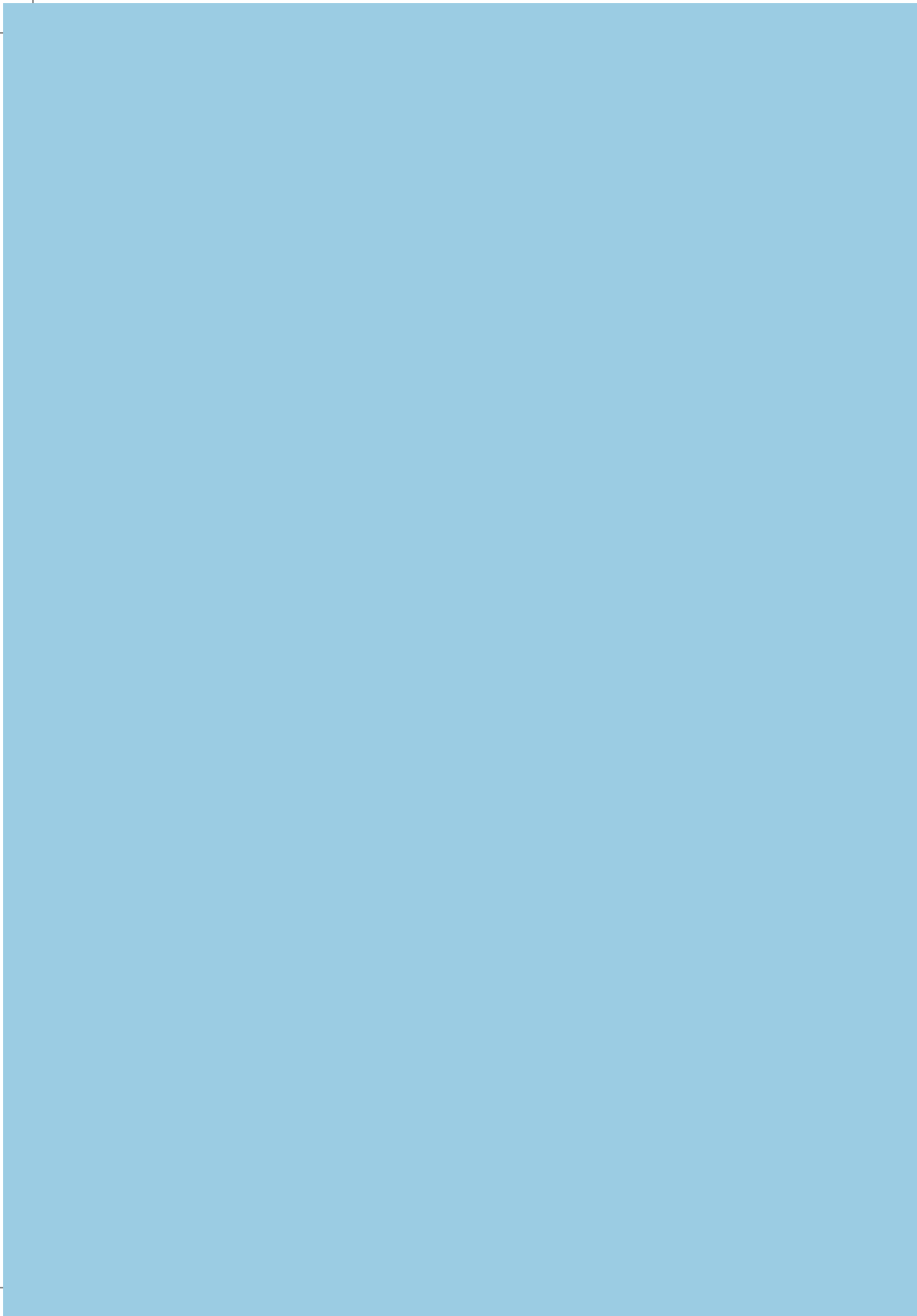


CURITIBA 2018

# PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL





CURITIBA 2018

# PROTOCOLO PARA O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO  
Secretaria da Saúde





Michele Caputo Neto  
**Secretário de Estado da Saúde**

Sezifredo Paulo Alves Paz  
**Diretor Geral**

Juliano Schmidt Gevaerd  
**Superintendente de Atenção à Saúde**

Maria Cristina Fernandes Ferreira  
**Departamento de Promoção da Saúde**



**Equipe de Elaboração:**

Márcia Huçulak  
Maria Cristina Fernandes Ferreira  
Hellem Luciana Damrat Tchaikovski

**Equipe de Revisão:****Universidade Federal do Paraná / Setor de Ciências da Saúde  
/ Departamento de Tocoginecologia**

Rosires Pereira de Andrade  
Cléa Elisa Lopes Ribeiro  
Denis José Nascimento  
Juarez Medeiros  
Maria Cristina Dias de Lima  
Sorau Mattioli

**Departamento de Promoção da Saúde / SAS**

Maria Cristina Fernandes Ferreira  
Bernadete Maria Carraro  
Gerson Luis Schwab

**Centro de Medicamentos do Paraná (CEMEPAR)**

Margely Nunes de Souza  
Frederico Alves Dias

**Coordenação Estadual de DST/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose / SVS**

Francisco Carlos dos Santos  
Mara Carmen Ribeiro Franzaloso

**Laboratório Central do Estado (LACEN)**

Elizabeth El Hajjar Droppa

**Divisão da Vigilância das Doenças Não Transmissíveis / SVS**

Alice Eugênia Tisserant

**Departamento de Suporte Técnico Operacional / SAS**

Igor Jair da Silva

**Projeto Gráfico**

Rafael Orge

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – Brasil.  
Bibliotecário responsável: Tiago Pereira Nocera CRB 9/1878

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência  
de Atenção à Saúde.

P223p Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual /  
SAS ; Autoras: Márcia Huçulak, Maria Cristina Fernandes Ferreira, Hellem Luciana Damrat  
Tchaikovski . – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2017.

35p.: il. color.

ISBN 978-85-66800-17-3

1. Delitos sexuais. 2. Delitos sexuais – Prevenção & controle. I. Huçulak, Márcia.  
II. Ferreira, Maria Cristina Fernandes. III. Tchaikovski, Hellem Luciana Damrat. IV.  
Título.

CDD 362.883

# Sumário

<b>Agradecimentos</b> .....	8
<b>Apresentação</b> .....	9
<b>Justificativa</b> .....	10
<b>A Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência</b> .....	12
Acolhimento .....	12
Atendimento Clínico .....	12
Notificação dos Casos .....	13
Recursos Humanos .....	13
Materiais e Equipamentos .....	13
<b>Solicitação e Coleta de Exames</b> .....	14
Conteúdo Vaginal .....	14
Sangue .....	14
Exames Forenses .....	14
<b>Anticoncepção de Emergência (AE)</b> .....	16
<b>Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e</b>	
<b>Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)</b> .....	16
<b>Infecções Sexualmente Transmissíveis</b> .....	18
Infecções Sexualmente Transmissíveis Não Virais .....	18
Infecções Sexualmente Transmissíveis em Crianças .....	18
<b>Hepatites Virais</b> .....	20
<b>HIV</b> .....	21
<b>Esquemas de Administração</b> .....	23
<b>Esquema Alternativo</b> .....	26
<b>Continuidade do Cuidado</b> .....	27
<b>Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual</b> .....	28
<b>Referências</b> .....	30

---

## **Agradecimentos**

Agradecemos a todos os profissionais que contribuíram para a organização do cuidado às pessoas em situação de violência e, em especial, ao Professor Dr. Rosires Pereira de Andrade e à equipe do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual do Hospital de Clínicas. O Professor Dr. Rosires é precursor deste trabalho no Estado, ao estruturar este serviço e incluir esta discussão no processo de formação dos alunos da Universidade Federal do Paraná.



## **Apresentação:**

A organização de serviços de atenção às vítimas de violência sexual requer o trabalho de equipes multiprofissionais, articuladas a outros serviços das redes de atenção à saúde e de proteção social.

Aos profissionais de saúde cabe a discussão dos procedimentos a serem realizados e o atendimento qualificado. A acolhida, a capacidade de escuta, a garantia de sigilo e o respeito às escolhas são condutas que precisam ser rotineiramente trabalhadas.

Os encaminhamentos de um serviço a outro, obrigando a pessoa que sofreu a violência a repetir a história várias vezes, resultam em demora no atendimento, na realização da contracepção de emergência e na profilaxia das IST e do HIV.

Independente de qual serviço seja a porta de entrada para o atendimento às violências sexuais, os procedimentos devem obedecer a uma mesma lógica, seguir orientações pré-definidas e, mais do que isso, cada serviço é corresponsável pelo atendimento. Encaminhar a outro serviço (outro ponto de atenção das Redes de Saúde) conforme a necessidade apresentada não significa passar o problema adiante e deixar de responsabilizar-se por ele. Ao contrário, é importante discutir com outras equipes e garantir a continuidade do cuidado.

A atenção à violência sexual exige disponibilização de recursos especializados em período integral, o que implica a articulação dos serviços localizados em cada município e nas regiões de saúde. Portanto, a sistematização do processo de trabalho é um instrumento importante para viabilizar o cuidado humanizado, que propomos com as ações descritas neste protocolo.

## Justificativa:

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou uma ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulta ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

A violência sexual resulta em grande impacto na saúde física, psíquica e na vida produtiva das vítimas e demais membros da família, produzindo vulnerabilidades e insegurança. As pessoas agredidas vivenciam situações de medo, pânico, fragilidades emocionais e perda da autonomia.

No Paraná, esse impacto também é evidenciado na análise dos dados epidemiológicos realizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

De janeiro de 2010 a 2016 foi notificado<sup>1</sup> um total de 103.707 casos de violência doméstica, violência sexual e outras formas de violências no Estado. Ao se analisar as notificações ocorridas, segundo sexo, nesse período, observa-se que o maior número de casos notificados diz respeito ao sexo feminino (em quase todas as faixas etárias), num **total de 67.776 casos notificados (65,4%)**.

Em relação ao tipo e natureza da violência notificada e sexo, observa-se que a violência física, a violência psicológica/moral e a violência sexual têm maior ocorrência no sexo feminino, enquanto a negligência/abandono ocorre mais com o sexo masculino e é predominante na infância e na adolescência.

Quanto à violência sexual, a grande maioria das notificações é no sexo feminino e, destas, a maior ocorrência refere-se ao estupro (87,5%), incluindo aí a categoria de atentado violento ao pudor. A faixa etária de maior ocorrência de estupros é de 10 a 19 anos, seguida da faixa etária de 20 a 29 anos, ou seja, são mais atingidas as faixas que correspondem à infância e à juventude das mulheres.

<sup>1</sup>Fonte: Considerar como dados preliminares do SINAN 2010 – 2016. Consulta a Base de Dados/SINAN em 06/11/2017.

A violência sexual, cuja compreensão remonta a uma trama de raízes profundas, produz consequências traumáticas e indeléveis para quem a sofre. Por atravessar períodos históricos, nações e fronteiras territoriais, e permear as mais diversas culturas, independente de classe social, raça-etnia ou religião, guarda proporções pandêmicas e características universais (Ministério da Saúde, 2012).

Em crianças e adolescentes, este tipo de violência tem frequentemente, como agressores: companheiros das mães, pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, bem como mães, avós, tias e outras pessoas que deveriam desempenhar papel de proteção, afeto ou confiança. Nesta faixa etária, a anamnese e exames (clínico e pericial) podem requerer dos profissionais habilidades de acolhimento próprio à idade para levantamento do histórico e realização do exame. Em muitos casos a criança pode “entender” que a realização do exame pode representar um “castigo” por ter contado uma história de abuso.

É importante determinar prioridades de atendimento, encaminhamento e o preenchimento da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada.



---

## **A Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Compreende as Seguintes Dimensões:**

### **Acolhimento**

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 de entrevista na presença de outro técnico ou sem o familiar – muitas crianças podem estar sendo abusadas pelos próprios acompanhantes, ou estes são coniventes.

O acolhimento poderá ser feito pelo enfermeiro, assistente social ou psicólogo (ou outro técnico capacitado e com habilidades para atendimento à pessoa vítima de abuso sexual). Para fins de prioridade e encaminhamento, o profissional deverá confirmar o tempo decorrido entre a violência sexual e a procura pelo atendimento. 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.

Em posse do breve histórico e dos dados pessoais da pessoa em situação de violência, aciona-se a delegacia de referência para solicitação de exames periciais (Lesões Corporais, Ato Libidinoso, Conjunção Carnal e/ou Toxicológico) e a nomeação como perito ad hoc do médico que irá atender a pessoa.

### **Atendimento Clínico**

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 *uroológico (devendo registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de ISTs, tais como: leucorreias, lesões verrucosas, lesões ulceradas, etc)*.  
Obs: Os registros em itálico foram incluídos pela SESA/SAS/DEPS.
- 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.

## Notificação dos Casos

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**.

## Recursos Humanos

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 define a equipe dos Serviços de Referência para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, sendo: médico clínico ou médico em especialidades cirúrgicas; enfermeiro; técnico em enfermagem; psicólogo; assistente social; e farmacêutico.

## Materiais e Equipamentos

São os mesmos utilizados no atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia (mesa clínica/ginecológica, biombo, foco de luz, lençol, tubos para coleta de sangue e lâminas, espéculo e pinças), podendo ser incluídos colposcópio e aparelho de ultrassonografia. Compõem os materiais para coleta de vestígios e exame de lesões corporais: régua, requisições específicas, rascunhos de laudos, termo de exibição e cessão, swabs, tubos de sangue com e sem anticoagulante, frasco de urina, envelope de papel para armazenamento de vestimentas e/ou objetos (papel higiênico, calcinha, cueca, absorvente íntimo, etc), livro de protocolo e câmera fotográfica (a critério do profissional médico) para registros de lesões e/ou posterior discussão de caso.

Sugere-se livro de anotações próprias para registro dos atendimentos nas situações de Violência Sexual.

## Solicitação e Coleta de Exames

**Conteúdo vaginal:** exame bacterioscópico (Clamídia, Gonococo e Trichomonas). Cultura para gonococo e PCR para Clamídia, se possível descrever se tem presença de espermatozóides no material.

**Sangue:** Anti HIV; Hepatite B (HbsAG e anti Hbs); Hepatite C (anti HCV); Sífilis; Transaminases; Hemograma e  $\beta$  HCG (para mulheres em idade fértil).

Para os exames de HIV, Hepatite B e Sífilis serão realizados testes rápidos. **O teste HIV é confirmatório e os demais – sífilis e hepatite devem ser encaminhadas amostras ao LACEN (Laboratório Central do Estado) para confirmação diagnóstica.** O Hospital de Referência deve estar cadastrado no Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) com profissional responsável por receber e anexar o laudo ao prontuário.

As coletas dos exames não devem retardar o início da profilaxia.

**Exames Forenses:** Os exames laboratoriais de interesse médico legal são realizados pelo médico perito ad hoc e subsidiam a investigação e identificação do(s) agressor(es), assim como a elaboração de laudos periciais. São eles:

- Sangue da pessoa agredida (para possível posterior confronto de DNA, para dosagem alcoólica/toxicológica e  $\beta$  HCG para mulheres em idade fértil).
- Urina para análise toxicológica.
- Swabs para pesquisa de sangue, espermatozóide e PSA (antígeno prostático específico), nas seguintes regiões: vagina, boca, vulva, ânus e pênis (esfregaços de regiões excepcionais podem ser realizados, dependendo do histórico da agressão – ex: swab sub-ungueal, região entre seios, interglútea, ou outras superfícies corporais com relato de ejaculação por parte do agressor).
- Outros Materiais: absorvente, papel higiênico, vestes íntimas (calcinhas, cuecas, soutiens) e roupas em geral.

Estes exames de interesse Médico Legal somente poderão ser analisados pela Divisão de Laboratórios do IML/Curitiba ou Seções deste Instituto autorizadas. As normas de coleta, identificação, preservação/acondicionamento e encaminhamentos serão as adotadas pela Divisão de Laboratórios do IML/PR – Manual de Procedimento Operacional (DL/IML/Curitiba).

## Exames Laboratoriais

	Admissão	2 Semanas	6 Semanas	3 Meses	6 Meses
Conteúdo Vaginal					
Sífilis					
Anti-HIV					
Hepatite B (HbsAg)					
Hepatite C					
Hemograma, glicose, ureia, creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas diretas e indiretas	Se uso profilático de medicação antirretroviral	Se uso profilático de medicação antirretroviral			
β HCG		Repetir Obs: poderá ser realizado nas unidades de atenção primária de saúde.			

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

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV: Versão para divulgação; 2015.

---

## **Anticoncepção de Emergência (AE) e Profilaxia das ISTs e HIV**

### **Anticoncepção de Emergência (AE):**

A AE está indicada para todas as mulheres e/ou adolescentes (que já apresentem sinais de puberdade e não estejam na menopausa) que tenham sofrido violência sexual, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem. É desnecessária a AE quando há o relato de uso prévio de método contraceptivo de elevada eficácia (contraceptivo hormonal oral – CHO, implante, adesivo, anel vaginal ou injetável, DIU, laqueadura), porém deve-se considerar o estado de orientação e concentração da pessoa, em função do trauma causado pelo abuso.

Nos casos de prática de ato libidinoso em que não haja possibilidade de contato de sêmen com a região genital da mulher, a AE poderá ser desnecessária. Porém, em relatos confusos de agressão, rebaixamento de nível de consciência, cognição prejudicada, história de intoxicação exógena no momento da agressão ou dúvidas com relação ao tipo de prática sexual aplicada, deve-se considerar o uso da AE.

### **A AE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso**

Se a mulher buscar primeiro a Unidade de Atenção Primária à Saúde, a AE poderá ser administrada, devendo ser informado ao Hospital de Referência.

Anti eméticos poderão ser utilizados. Repetir a dose se o vômito acontecer nas primeiras 2 horas após a administração. Se persistir vômito ou inconsciência, a via vaginal está recomendada.



## Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal

Método	Dose	Vias	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 etinil-estradiol + 0,25mg de levonorgestrel/comp.	Oral	02 comp. 12/12 hs (total de 04 comp.)
	0,03mg de etinil-estradiol + 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.

A pessoa vítima de abuso sexual deve ser orientada quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais subsequentes à violência até que sejam descartadas possíveis contaminações. No momento do atendimento emergencial a pessoa pode não dispor de interesse em ouvir sobre atividade sexual futura, desta forma, poderá receber apoio e informação nos atendimentos posteriores nas Unidades de Atenção Primária à Saúde ou no Hospital de Referência.



## **Infecções Sexualmente Transmissíveis**

Durante a violência sexual a pessoa experimenta a sensação de ameaça à vida; logo após, pode sentir-se culpada por não ter reagido, envergonhada e angustiada em relação às consequências do ato sexual. Grande parte das pessoas dispõe de acesso à informação sobre HIV e outras ISTs, gerando um estado de ansiedade e temor por poder ter risco de adquirir alguma “doença venérea”, sendo a infecção pelo HIV cercada de grande estigma. Considerando a ampla gama de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a profilaxia pós-violência sexual contemplará os agravos mais prevalentes, de repercussão clínica de relevância e está indicada em situações de exposição com risco de transmissão, mesmo não sendo observadas lesões.

Para avaliação do risco de infecção deve-se considerar:

- Tipo de material biológico envolvido.
- Tipo de prática sofrida (penetração anal, oral, vaginal).
- Número de agressores.
- Tempo de exposição (cárcere privado/sequestro/abuso crônico).
- Condição himenal: hímen íntegro ou com rotura (cicatrizada ou recente, única ou múltiplas).
- Presença de traumatismos genitais.
- Idade.
- Suscetibilidade.
- Lesões prévias em mucosas.
- Presença de ISTs.

### **Infecções Sexualmente Transmissíveis Não Virais**

Nos casos de abuso crônico ou quando houver uso de preservativo durante todo o crime sexual, a profilaxia de ISTs não virais não está recomendada, porém, a avaliação deverá ser individualizada. O acompanhamento da pessoa em situação de violência deve ser realizado nas Redes de Atenção à Saúde (Atenção Primária à Saúde - APS, Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) e de Proteção Social (Conselhos de Direitos, CREAS, entre outros).

### **Infecções Sexualmente Transmissíveis em Crianças**

Na maioria dos casos de abuso crônico em crianças, estas são submetidas a práticas diferentes da penetração vaginal, anal ou oral, não as expondo ao contato contaminante com o agressor. Nestes casos, a profilaxia não está indicada, porém o ciclo de violência deve ser interrompido e o contexto ser avaliado e individualizado.

Uma cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar.

<b>Profilaxia das ISTs Não Virais em Vítimas de Violência Sexual</b>			
IST	Medicação	Posologia	
		<b>Adultos e adolescentes com mais de 45Kg, incluindo gestantes</b>	<b>Crianças e adolescentes com menos de 45Kg</b>
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)
Tricomoniase	<b>Secnidazol*</b>	1g, 2 comprimidos VO, dose única (dose total 2g)	15mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)

**Notas:**

Em indivíduos com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos acima, deve-se utilizar drogas alternativas. Para maiores informações, consulte o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis”, disponível no link: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio\\_PCDT\\_IST\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf)

A administração profilática do metronidazol e das alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver prescrição de contracepção de emergência e de profilaxia antirretroviral.

**\*Não poderá ser utilizado no primeiro trimestre de gestação.**

## Hepatites Virais

A imunoprofilaxia contra a hepatite B deve ser considerada nos casos em que haja suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluidos corpóreos do agressor; pois pessoas com esquema vacinal completo não necessitam de reforço ou uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Nos casos em que não haja contato com fluidos, o agressor seja vacinado ou use preservativo durante todo o ato de violência sexual ou nos casos de violência crônica (geralmente intrafamiliar), a imunoprofilaxia contra hepatite B não está recomendada. O início da profilaxia está indicado nos casos de dúvida, desconhecimento do estado vacinal ou esquema vacinal incompleto e não deve estar condicionada a coleta e análise de exames. A primeira dose da vacina contra hepatite B deve ser administrada na ocasião do atendimento e as doses posteriores realizadas nas unidades de atenção primária à saúde, após análise dos exames de primeira consulta.

A IGHAHB poderá ser administrada em até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, mas recomenda-se aplicação nas primeiras 48 horas após a violência nos casos de não imunização, esquema vacinal desconhecido ou incompleto das vítimas. A gestação não contraindica a imunização com vacina ou soro, em qualquer idade gestacional.

A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para imunobiológicos especiais - CRIEs.

Vacina anti-Hepatite B: aplicar IM em deltóide - 0, 1 e 6 meses após a violência sexual.

**Nos casos de violência sexual em gestantes:** vacinar o recém-nascido (RN) o mais precocemente possível (nas primeiras 12 a 24 horas de vida) associar IGHAHB em grupos musculares separados - esquema 0, 1 e 6 meses. Prematuros com idade gestacional menor que 33 semanas ou 2000 g deverão receber dose vacinal extra com dois meses de idade: esquema 0, 1, 2 e 6 meses.

O risco de transmissão vertical é baixo para hepatite C, exceto se existe coinfeção com HIV, porém não existem medidas profiláticas específicas.

## HIV

Os fatores de risco para contaminação pelo HIV nas situações de violência sexual, além das condições já descritas nas infecções sexualmente transmissíveis não virais, dependem da carga viral em que se encontra o agressor, do início precoce da profilaxia ARV (antirretroviral) quando indicada, das condições de saúde da vítima, presença ou não de outras infecções sexualmente transmissíveis, idade da vítima (adolescentes e idosos são mais vulneráveis).

A profilaxia ARV do HIV é considerada abordagem protocolar de emergência nos casos de violência sexual com contato de fluidos do agressor e deve ser iniciada idealmente nas primeiras 02 horas, ou, no máximo em 72 horas (após este intervalo não existem evidências para a indicação) e o esquema terapêutico deve ser mantido por quatro semanas consecutivas. Caso seja possível a identificação sorológica do agressor e este seja negativo para HIV, a quimioprofilaxia poderá ser interrompida ou não iniciada. Nos casos de estupro por pessoa desconhecida, deve-se considerar como soropositivo o agressor. Porém, resultados falso-negativos devem ser analisados dentro da condição clínica e contexto epidemiológico do agressor. O esquema medicamentoso nos casos em que o agressor é sabidamente soropositivo e está em tratamento deverá ser indicado por especialista, porém, até o atendimento deste profissional, a profilaxia deve ser iniciada considerando o esquema recomendado.

Nos casos de abuso crônico, com exposição repetida ao mesmo agressor, a profilaxia não está indicada, devido às possibilidades de contaminação já terem ocorrido. Porém, o ciclo de violência deve ser interrompido e o contexto ser avaliado e individualizado.

### Recomendações de Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual

Recomendada	Violência sexual ocorrida em menos de 72 horas, sem uso de preservativo, via anal e/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 agressão sexual.	
Não recomendada	Agressor sabidamente HIV negativo.	Ver Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV/MS, 2015.
Não recomendada	Abuso sexual sofrido há mais de 72 horas.	Avaliação para acompanhamento clínico e laboratorial 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.

## Esquemas de Administração

Devem ser apoiados no uso de medicação antirretroviral com elevada potência de supressão viral, baixo potencial de toxicidade, baixo custo e posologia cômoda, facilitando a adesão. Assim como a pessoa deve ser orientada quanto aos efeitos adversos esperados. A medicação sintomática poderá ser utilizada para controle dos sintomas e adequações ao padrão alimentar podem ser necessárias.

### Esquema Preferencial para PEP\*

TDF + 3TC + DTG  
A duração da PEP é de 28 dias.

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

### Apresentações e Posologias de Antirretrovirais Preferenciais para PEP

Medicamento	Apresentação	Posologia
TDF <sup>(a)</sup> + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b>  Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b>  1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
<b>DTG</b>	<b>Comprimido DTG 50mg</b>	<b>1 comprimido VO 1x/dia</b>

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

<sup>(a)</sup>Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

### Esquema para PEP em Crianças e Adolescentes de acordo com a Faixa Etária

Faixa Etária	Esquema Preferencial	Medicações Alternativas
0 - 14 dias	AZT + 3TC + NVP <sup>(a)</sup>	-
14 dias - 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r	Impossibilidade de uso de LPV/r: NVP
2 anos - 12 anos	AZT + 3TC + RAL	Impossibilidade de uso RAL: LPV/r
Acima de 12 anos seguir as recomendações para adultos.		

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

<sup>(a)</sup>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](http://www.aids.gov.br/pcdt)

## Posologia das Medicações ARV na População Pediátrica

### Raltegravir (RAL)

10kg a < 14kg: 75mg 12/12h  
14kg a < 20kg: 100mg 12/12h  
20kg a < 28kg: 150mg 12/12h  
28kg a < 40kg: 200mg 12/12h  
≤ 40kg: 300mg 12/12h

### Zidovudina (AZT)

até 4kg: 4mg/kg/dose 12/12h  
4kg a 9kg: 12mg/kg 12/12h  
9kg a 30kg: 9mg/kg 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)  
≥ 30kg: 300mg 12/12h

### Lamivudina (3TC)

RN: 2mg/kg 12/12h  
4mg/kg de 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)

### Lopinavir / ritonavir (LPV/r)

#### Solução oral: 80/20mg/ml

≥ 14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m<sup>2</sup> 12/12h  
1 mês a 6 meses: 1ml 12/12h  
6 a 12 meses: 1,5ml 12/12h  
1 a 3 anos: 2ml 12/12h  
3 a 6 anos: 2,5ml 12/12h  
6 a 9 anos: 3ml 12/12h  
9 a 14 anos: 4ml 12/12h

#### Comprimido Infantil: 100mg/25mg

10kg a 13,9kg: 2cp de manhã e 1 à noite  
14kg a 19,9 kg: 2cp de manhã e 2 à noite  
20kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 2 à noite  
25kg a 29,5kg: 3cp de manhã e 3 à noite  
> 35kg: 400mg/100mg de 12/12h

### Nevirapina (NVP) - uso neonatal

Peso de nascimento 1,5 a 2kg: 8mg (0,8ml)/dose 12/12h  
Peso de nascimento > 2kg: 12mg (1,2ml)/dose 12/12h  
Peso de nascimento < 1,5kg: não usar NVP  
14 dias a 8 anos: 200mg/m<sup>2</sup> 1x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m<sup>2</sup> 12/12h

Fonte: DIAHV/SVS/MS.



Esquema Preferencial de ARV e Medicções Alternativas para PEP em Gestantes	
Esquema Preferencial	Medicções Alternativas
TDF + 3TC + RAL <sup>(a)</sup>	impossibilidade de TDF: AZT impossibilidade de RAL <sup>(b)</sup> : AVT/r impossibilidade de RAL e ATV/r: DRV/r

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

<sup>(a)</sup>O RAL está indicado a partir de 14ª semana de gestação

<sup>(b)</sup>Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso do ATV/r.

Apresentações e Posologias de ARV Preferenciais para PEP em Gestantes		
Medicamento	Apresentação	Posologia
TDF + 3TC	Comprimido formulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b>	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b>
	Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
RAL	Comprimido RAL 400mg	1 Comprimido VO 2x/dia

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Nas situações de necessidade de ajuste da dose ou modificação do esquema medicamentoso, recomenda-se que seja feita por médico com experiência em manejo antirretroviral.

A pessoa que inicia o uso de antirretrovirais para fins profiláticos deve receber informação sobre a importância do uso correto das medicções até o término do tratamento e que os efeitos colaterais esperados, tais como a possibilidade de icterícia, de curso benigno, não devem interromper o prosseguimento da PEP. É importante também informar a pessoa que o uso do antirretroviral no esquema de PEP (que representa um curto período de tempo), pode implicar menor risco da ocorrência de efeitos adversos, comparado com o uso prolongado dos medicamentos na terapia antirretroviral.

## Esquema Alternativo

Nos casos em que o TDF não é tolerado ou contraindicado, a combinação de AZT + 3TC está recomendada.

Esquemas alternativos para PEP
Impossibilidade de TDF: AZT + 3TC + DTG
Impossibilidade de DTG: TDF + 3TC + ATV/r
Impossibilidade de ATV/r: TDF + 3TC + DRV/r
<b>A duração da PEP é de 28 dias.</b>

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Apresentações e Posologias de Antirretrovirais Alternativos para PEP		
Medicamentos	Apresentação	Posologia
AZT + 3TC	Comprimido coformulado (AZT 300mg + 3TC 150mg)	1 comprimido VO 2x/dia
TDF	Comprimido 300mg	1 comprimido VO 1x/dia
ATV/r	ATV: Comprimido 300mg RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 1x/dia 1 comprimido VO 1x/dia
DRV/r	DRV: Comprimido 600mg RTV: Comprimido 100mg	1 comprimido VO 2x/dia 1 comprimido VO 2x/dia

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Pessoas que utilizam medicações que interfiram com a acidez gástrica e farão uso da PEP devem ser questionadas quanto ao uso de: inibidor de bomba de próton (por exemplo, o omeprazol), situação em que o uso do atazanavir está contra indicado ou uso de antagonista de receptores de H2 (a ranitidina, por exemplo), devendo a administração entre a dose de receptores de H2 e o ATV/r ter intervalo o maior possível, preferencialmente 12 horas.

**Contra-indicações ou recomendações de outros esquemas** poderão ser encontradas nos documentos: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV 2015 disponível no Link:

[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58167/\\_p\\_pcdt\\_peg\\_hiv\\_versao\\_para\\_divulgacao\\_23julho201\\_30887.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58167/_p_pcdt_peg_hiv_versao_para_divulgacao_23julho201_30887.pdf)

e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes disponível no Link:

[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/08\\_05\\_2014\\_protocolo\\_pediatico\\_pdf\\_36225.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/55939/08_05_2014_protocolo_pediatico_pdf_36225.pdf)

## Continuidade do Cuidado

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.

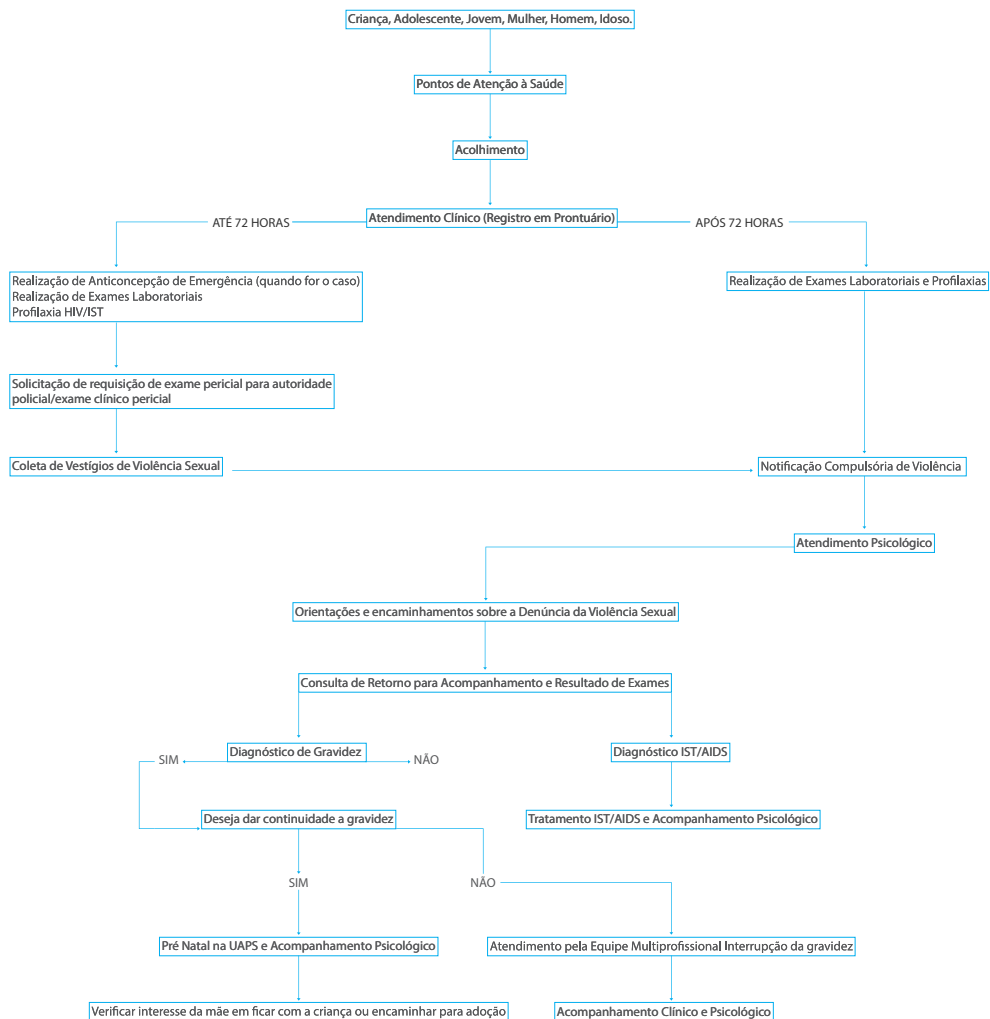
Entre os atributos da APS estão a longitudinalidade e integralidade do cuidado, a focalização na família e a orientação comunitária.

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.



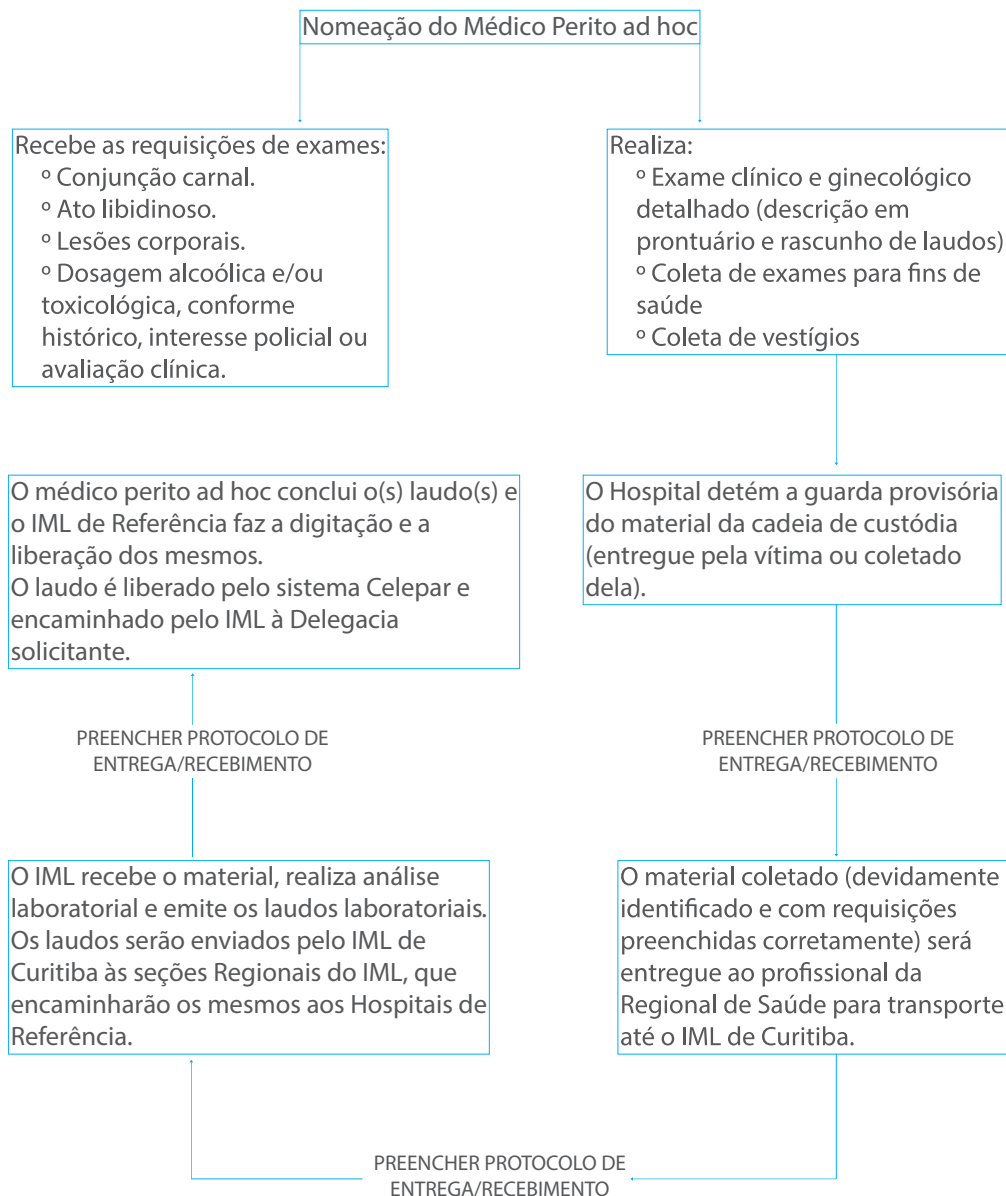
# Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual



## Observações:

- Pontos de Atenção à Saúde: UAP/USF, UPA/24 horas, Centro de Especialidades, Hospitais.
- A interrupção da gravidez será realizada nos hospitais de referência das Macrorregiões de Saúde conforme pactuações estabelecidas.
- O tratamento dos casos de HIV positivo será realizado nos SAEs, conforme Protocolo do Ministério da Saúde.
- O acompanhamento psicossocial será realizado nas UAPS – com apoio do NASF e/ou nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Fonte: SESA/SAS/DEPS – agosto de 2015



---

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2006. (Série Manuais, n. 68).

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008 Suplemento III - Tratamento e prevenção**. Brasília, 2010.

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. Decreto Presidencial nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 14 mar. 2013. Seção I, nº 50. p 1 - 2.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 02 ago. 2013. Seção I, nº 148. p 1.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 02 abr. 2014. Seção I, nº 63. p 53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília, 2014.

BRASIL. Portaria Ministerial 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 e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 9 jun. 2014. Seção I, nº 108. p 67 - 69.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 2.415, de 7 de novembro de 2014. Inclui o procedimento atendimento multiprofissional para atenção integral às pessoas em situação de violência e todos os seus atributos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses/próteses e materiais especiais do SUS. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 10 nov. 2014. Seção I, nº 217. p 55.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 26 mar. 2015. Seção I, nº 58. p 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis:** Relatório de Recomendação. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids, e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV.** Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.** 1. ed. Brasília, DF, 2017.

PARANÁ. Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Pública. **Resolução Conjunta SESA/SESP nº 03 de 13 de agosto de 2014.** Define parceria entre as Secretarias de Saúde e Segurança para atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial Executivo [Poder Executivo Estadual].** Curitiba, PR, 18 ago. 2014. Ed. 9271. p 132-133.











