



Governo do Estado de São Paulo
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA - HCFAMEMA

Nº do Processo: 144.00012050/2024-17

Assunto: ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO DO HCFAMEMA DE CRIANÇAS, ADOLESCENTES, GESTANTES, MULHERES, ADULTOS E IDOSOS VÍTIMAS OU COM SUSPEITA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

CÓDIGO: HCF-CCOM-PAS-2

REVISÃO: 1

1. INTRODUÇÃO

Violência segundo os preceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) é definida como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (DAHLBERG & KRUG, 2006).

A violência está presente no contexto sociocultural desde os primórdios da humanidade e se constitui em uma relação de poder entre os mais fortes contra o grupo considerado mais vulnerável, tendo como exemplo, as crianças, as mulheres e os idosos. Segundo Reis *ET al.*(2014), a violência pode ser entendida como uma violação à integridade da vítima seja ela física, sexual, psíquica ou moral.

Este protocolo visa abordar assistência às vítimas de violência sexual que adentrarem ao Pronto Socorro da instituição. Considera-se que, para casos de violência sexual, a Lei nº 12.845/2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, evitando-se assim encaminhamentos e transferências desnecessários.

Sendo assim, é necessário compreender que a Violência Sexual é caracterizada por "qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção" (OMS, 2012).

Portanto, alguns pontos em relação à violência sexual devem ser apontados:

- Estupro dentro de um relacionamento;
- Estupro por pessoas desconhecidas ou até mesmo conhecidas;
- Tentativas sexuais indesejadas ou assédio sexual, que podem acontecer na escola, no local de trabalho e em outros ambientes;
- Tentativas sexuais em menores de 14 anos, que podem acontecer na escola, no local de trabalho e em outros ambientes;
- Violação sistemática e outras formas de violência, particularmente comuns em situações de conflito armado (como a fertilização forçada);
- Abuso de pessoas com incapacidades físicas ou mentais;
- Estupro e abuso sexual de crianças;

- Formas "tradicionais" de violência sexual, como casamento ou coabitação forçada (OMS, 2018);
- A violência sexual é presumida em vítimas menores de 14 anos, pode ocorrer em qualquer faixa etária.

2. APLICAÇÃO

Pacientes admitidos via encaminhamento ou demanda espontânea, com suspeita ou confirmação de violência sexual, pertencentes à Rede Regional de Apoio à Saúde (RRAS-10) do Departamento Regional de Saúde de Marília – DRS-IX, atendidos nas dependências do Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade (DASAC) ou Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil (DASMI).

2.1 DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

Pacientes encaminhados de outros serviços que compõe a Rede de Atenção à Saúde (RAS) deverão estar munidos de relatório de atendimento completo contendo história da moléstia atual e exame físico descrito e, além de registro do número do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) devidamente preenchido, solicitando a continuidade da rede de proteção o que inclui a profilaxia, quando abuso, até 72h e encaminhamentos necessários. É importante que o serviço que suspeitou do abuso notifique imediatamente os órgãos responsáveis para a garantia do atendimento completo e de qualidade, lembrando que o HCFAMEMA é referência para o atendimento dos pacientes encaminhados nos casos agudos (72h) para a profilaxia.

Nos casos suspeitos identificados nos Departamentos do HCFAMEMA, o fluxo do protocolo deverá ser seguido e a articulação horizontal com a RAS e órgãos responsáveis deverão ser priorizados, assim como, com a rede de proteção para confirmação ou descarte do abuso.

3. AUTORIDADES E RESPONSABILIDADE

Diretores de Departamento;
Equipe de Enfermagem da Classificação de Risco;
Equipe Multiprofissional do HCFAMEMA (enfermagem, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e fonoaudiólogos);
Gerências e Núcleos de Atenção à Saúde;
Médicos do Pronto Socorro DASAC e DASMI;
Vigilância Epidemiológica.

4. ELEGIBILIDADE / CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pacientes com suspeita ou comprovação de violência sexual.

5. MARCADORES

Paciente relatando em Anamnese a violência sexual;
Contrarreferência de outra Unidade de Saúde ou Pronto Atendimento relatando a suspeita ou violência sobre o paciente;
História clínica suspeita ou comprovada de violência;
Sinais físicos e/ou psicológicos de violência sexual;
História discordante (quando o relato não explica os achados físicos).

5.1 MARCADORES DE PROCESSO (INDICADORES)

Indicador 1:

Definição: Percentual de casos de violência sexual ou suspeita de violência sexual identificados no atendimento inicial, com base em triagem e anamnese.

Fórmula:

Índice de Identificação = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos identificados como violência sexual ou suspeita}}{\text{Total de atendimento realizado no PS}} \times 100$

Meta: 90% ou mais de identificação durante a triagem.

5.2 MARCADORES BIOLÓGICOS

Todas as pacientes vítimas de violência sexual (oral, anal e vaginal) que deram entrada no PS. Seguir este protocolo conforme item 9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO / CONDUTA

6. METAS / INDICADORES DE QUALIDADE

Todo caso suspeito ou confirmado de violência sexual deverá ser notificado aos órgãos competentes por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Indicador 1:

Definição: Percentual de casos de violência sexual ou suspeita de violência sexual identificados no atendimento inicial, com base em triagem e anamnese.

Fórmula:

Índice de Identificação = N° de casos identificados como violência sexual ou suspeita no ano 2024/Total de atendimento realizado no PS no ano 2024 X 100

7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Anamnese e exame clínico completo com atenção aos achados suspeitos ou confirmados de violência.

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS

Exames laboratoriais (Beta HCG e sorologias).

9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO / CONDUTA

9.1 PROFILAXIA PÓS-VIOLÊNCIA/EXPOSIÇÃO SEXUAL

A profilaxia deve ser aplicada preferencialmente nas primeiras 72 horas após a violência. O exame físico normal não descarta a possibilidade de abuso sexual. A presença de doenças sexualmente transmissíveis em crianças pré-púberes é um achado específico de abuso sexual até que seja provado o contrário.

9.2 CONTRACEPÇÃO (MULHERES EM IDADE FÉRTIL)

Realizar o β HCG antes do início da medicação;

Anticoncepcional oral (Levonorgestrel): 2 (dois) Comprimidos de 0,75 mg (dose única), até 5 dias após relação sexual.

9.3 SÍFILIS

Penicilina Benzatina.

Em crianças e adolescentes com < 45 kg: 50.000 UI/kg, via intramuscular (IM), dose única.

Em adultos e adolescentes com > 45 kg: 2.400.000 UI, via IM, sendo 1,2 milhão UI em cada glúteo.

9.4 GONORRÉIA

Ceftriaxona – 125 mg, via IM, dose única em crianças, gestantes e adultos com peso < 45 Kg.

Ceftriaxona – 500mg, via IM, dose única em adultos e adolescentes com peso > 45 Kg.

9.5 CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Azitromicina 500 mg – 2 comprimidos, via oral (VO), dose única, para adultos e adolescentes >45 kg.

Azitromicina 20 mg/kg (máximo 1g), VO, dose única, para crianças e adolescentes < 45 kg.

9.6 TRICOMONÍASE OU VAGINOSE BACTERIANA

Metronidazol 15 mg/kg/dia de 8 em 8 horas, VO por 7 dias, em crianças e adolescentes com peso < 45 Kg (DOSE DIÁRIA MÁXIMA: 2g).

Metronidazol 2 g, VO, dose única, em adultos e adolescentes com peso > 45 Kg.

QUADRO 1- TRATAMENTO PARA PROFILAXIA DAS IST EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

IST	MEDICAÇÃO	POSOLOGIA	
		ADULTOS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45KG	CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 45KG
Sífilis	Penicilina G Benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(a)	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Infecção por N. gonorrhoeae e C. trachomatis	Ceftriaxona MAIS Azitromicina	500mg, 1 ampola, IM, dose única MAIS 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única	Ceftriaxona: 125mg, IM, dose única MAIS Azitromicina: 20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g)
Tricomoniase	Metronidazol ^(b,c)	2g, VO, dose única	15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

Fonte: DCCI/SVS/MS.

(a) Como profilaxia e em casos de sífilis recente, deve ser prescrito em dose única.

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

(c) Deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou antirretrovirais (ARV).

10. HEPATITES

10.1 HEPATITE A

A Hepatite A é uma infecção aguda do fígado, autolimitada, clinicamente indistinguível de outras formas de hepatite viral aguda. O risco de sintomas e de apresentação mais grave aumenta com a idade.

O quadro sintomático caracteriza-se pela presença de astenia, tonturas, náusea e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados (icterícia), urina escurecida e fezes claras. A sintomatologia costuma aparecer em aproximadamente quatro semanas (variando de 15 a 50 dias) após a exposição ao vírus da Hepatite A (HAV).

- Deve-se verificar a susceptibilidade da pessoa exposta por meio da pesquisa de exame sorológico específico (anti-HAVIgG e anti-HAVIgM).
- **A presença de anti-HAVIgM reagente** sugere episódio agudo de infecção por esse vírus.
- Caso seja **não reagente**, deve-se observar a indicação de vacinação da pessoa exposta.
- **A presença de anti-HAVIgG reagente** demonstra imunidade definitiva da pessoa exposta e, portanto, nenhuma medida adicional se faz necessária.

10.2 HEPATITE B

Recomenda-se realizar testagem para **Hepatite B da pessoa exposta e da pessoa-fonte** (quando presente).

Recomenda-se vacinar todas as pessoas suscetíveis à hepatite B (HBV). Pessoa suscetível é aquela com resultado para HBsAg não reagente e que não possui documentação de vacinação com série completa, ou que, mesmo recebendo esquema adequado, não apresentou soroproteção (anti-Hbs reagente ≥ 10 mUI/mL).

10.2.1 INTERPRETAÇÃO DO STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA EXPOSTA POR MEIO DA PESQUISA DE TESTE RÁPIDO HBV (HBSAG)

- **Se reagente:** a infecção pelo vírus da hepatite B ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para confirmação laboratorial;

- **Se não reagente:** a pessoa exposta não tem, no momento da testagem, evidências de infecção atual pelo HBV; se pessoa-fonte presente avaliar o *status* sorológico quanto à Hepatite B. Caso a pessoa-fonte apresente histórico vacinal incompleto (menos de três doses) ou desconhecido contra HBV, indica-se completar ou iniciar ciclo de vacinação.

10.2.2 VACINAÇÃO PARA HEPATITE B

A primeira dose da vacina deverá ser administrada no momento do primeiro atendimento e preferencialmente dentro de 24 horas da exposição naqueles com indicação.

As demais doses deverão seguir as recomendações vigentes do Programa Nacional de Imunizações (PNI), podendo ser aplicadas na unidade básica de saúde mais próxima ao local de residência da pessoa.

Checar esquema vacinal.

Se completo: conduta encerrada. Se necessário iniciar ou completar o esquema vacinal com as doses necessárias (Zero, 30 e 180 dias).

10.2.3 IMUNOGLOBULINA (IGHAHB)

O conhecimento do status sorológico da pessoa-fonte em relação à hepatite B é importante para a decisão sobre a utilização ou não da IGHAB.

A indicação da IGHAB irá depender do tipo de exposição (vítimas de acidentes com material biológico infectado ou fortemente suspeito de infecção por HBV; comunicantes sexuais de casos agudos de hepatite B; vítimas de violência sexual; imunodeprimidos após exposição de risco, mesmo que previamente vacinados.)

- A IGHAB deve ser administrada em dose única, via IM (0,06ml/Kg), em extremidade diferente da que recebeu a vacina para HBV, com dose máxima de 5 ml.
- Se a dose ultrapassar 5ml realizar a aplicação em áreas corporais diferentes.

Observação: a imunoglobulina hiperimune pode ser administrada, no máximo, até 14 dias após a exposição sexual. Para exposições percutâneas, o benefício é comprovado, no máximo, até sete dias, embora se recomende preferencialmente o uso nas primeiras 48 horas a contar da exposição. A IGHAB está disponível na farmácia.

QUADRO 2 - RECOMENDAÇÕES DE PROFILAXIA DE HEPATITE B PARA INDIVÍDUOS COM HBSAG NÃO REAGENTE APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL MATERIAL BIOLÓGICO

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA - FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAGDESCONHECIDO
Não vacinado	IGHAB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ^(a)
Vacinação incompleta	IGHAB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação ^(a)
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBS maior ou igual 10 UI/ml)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAB + primeira dose da segunda série vacinal para hepatite B ^(b)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ^(a)
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAB (2x) ^(b)	Nenhuma medida específica	IGHAB (2x) ^(b)
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o (a) profissional de saúde Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Testar o (a) profissional de saúde Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Testar o (a) profissional de saúde Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica

	Se resposta vacinal inadequada: IGHAHB + primeira fosse da vacina hepatite B ou IGHAHB (2x) se dois esquemas vacinais prévios	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação ou nenhuma medida específica se dois esquemas vacinais prévios	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação ^(a) ou nenhuma medida específica se dois esquemas vacinais prévios
--	---	---	--

Fonte: BRASIL, 2019.

(a) O uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado em caso de pessoa-fonte com alto risco para infecção pelo HBV, como: usuários de drogas injetáveis; pacientes em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de pessoas HBsAg reagentes; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas; história prévia de IST; pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B; pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

(b) IGHAHB (2x) = duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B, com intervalo de um mês entre as doses. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou que tenham alergia grave à vacina.

A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAHB são seguros e também estão indicados na gestação, em qualquer idade gestacional, ou durante o aleitamento.

10.3 HEPATITE C

Recomenda-se realizar testagem para **Hepatite C na pessoa-fonte e na pessoa exposta.**

- **Se reagente:** a pessoa teve contato com o vírus da hepatite C (HCV) antes da exposição que motivou o atendimento, devendo ser encaminhada para confirmação laboratorial do caso e para acompanhamento clínico.
- **Se não reagente:** A pessoa exposta não tem, no momento da testagem, sinal de contato prévio com o vírus. Quando possível, avaliar o *status* sorológico da pessoa-fonte quanto à hepatite C, devido à janela imunológica.

10.3.1 INTERPRETAÇÃO DO STATUS SOROLÓGICO DA PESSOA-FONTE POR MEIO DA PESQUISA DE ANTI- HCV

- **Se reagente:** acompanhar a pessoa exposta pelo risco de soroconversão e necessidade de tratamento da infecção aguda;
- **Se não reagente:** não há risco de soroconversão para a pessoa exposta. Não é necessário acompanhamento sorológico da pessoa exposta em relação a essa infecção;
- **Se desconhecido ou indeterminado:** avaliar caso a caso, com base na gravidade da exposição e na probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo vírus da hepatite C.

Atenção: é necessário considerar a janela diagnóstica para detecção de anticorpos, que varia de 33 a 129 dias. **Há a possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica.**

Se houver história epidemiológica relacionável à infecção pelo HCV no período de janela, recomenda-se testar a pessoa-fonte mais uma vez ao fim do período de janela e realizar acompanhamento sorológico da pessoa exposta.

11. HIV / AIDS

Deve-se iniciar preferencialmente até 2 horas após a violência, ou **ATÉ NO MÁXIMO 72 HORAS**. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição. (Casos específicos discutir com Vigilância Epidemiológica [VE]/Infectologia).

Nos casos em que o atendimento ocorrer após 72 horas da exposição, não está mais indicada a profilaxia ARV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico.

QUADRO 3. ESQUEMA PROFILÁTICO EM ADULTOS DE ARV POR 28 DIAS

ANTIRRETROVIRAL	POSOLOGIA
Tenofovir 300mg/ Lamivudina 300mg + Dolutegravir 50mg	1 comprimido ao dia por 28 dias 1 comprimido ao dia por 28 dias

Obs: Os dois comprimidos podem ser ingeridos no mesmo momento.

(a) Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda;

(b) O dolutegravir 50 mg está indicado para pessoas com idade maior que 6 anos, com peso maior que 20 kg.

QUADRO 4. ESQUEMA PROFILÁTICO EM GESTANTES DE ARV POR 28 DIAS

ANTIRRETROVIRAL	POSOLOGIA	POSOLOGIA
Tenofovir + Lamivudina (TDF + 3TC)	Comprimido coformulado (TDF + 3TC 300mg) OU Comprimido de Tenofovir 300mg + Comprimido de Lamivudina 150mg	Tomar 1 comprimido VO 1x/dia OU 1 comprimido de Tenofovir 300mg VO 1x/dia + 2 comprimidos de Lamivudina 150mg VO 1x/dia
Dolutegravir (DTG)	Comprimido de 50mg	Tomar 1 comprimido VO 1x/dia

Fonte: DATHI/SVSA/MS

O esquema com Tenofovir 300 mg/Lamivudina 300 mg + Dolutegravir 50 mg é o esquema preferencial para indicação de profilaxia pós-exposição (PEP) para mulheres com intenção de engravidar ou gestantes, independentemente da idade gestacional.

Lactantes e que tenham exposição de risco ao HIV devem ser orientadas sobre os potenciais riscos de transmissão vertical do HIV pelo leite materno.

QUADRO 5. ESQUEMAS PREFERENCIAIS E ALTERNATIVOS PARA PEP AO HIV, COM DURAÇÃO DE 4 SEMANAS

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS
0 A 4 semanas de vida	a. Baixo risco de exposição ao HIV: Zidovudina (em qualquer idade gestacional-IG) b. Alto Risco de exposição ao HIV: Zidovudina+Lamivudina+Raltegravir (IG: 37 semanas ou mais) OU Zidovudina+Lamivudina=Nevirapina (IG: 34 a 37 semanas) OU Zidovudina (IG: menos de 34 semanas)	Zidovudina+Lamivudina+Nevirapina – (IG: 37 semanas ou mais)

Acima de 4 semanas até 6 anos	Zidovudina+Lamivudina+Dolutegravir 5mg ^(a)	Impossibilidade do uso de Dolutegravir: Lopinavir/Ritonavir OU Darunavir ^(d) /Ritonavir
6 a 12 anos	Zidovudina+Lamivudina+Dolutegravir 50 mg ^(a) OU Tenofovir ^(b) +Lamivudina+Dolutegravir 50mg ^(c)	Impossibilidade do uso de Dolutegravir: Darunavir/Ritonavir OU Lopinavir/Ritonavir
12 anos ou mais	Tenofovir ^(b) +Lamivudina+Dolutegravir 50mg ^(c)	Impossibilidade do uso de Dolutegravir: Darunavir/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.

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

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

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

QUADRO 6. POSOLOGIA DAS MEDICAÇÕES ARV NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

DOLUTEGRAVIR (DTG)
<p>Dolutegravir 50 mg: a partir de 6 anos com peso superior a 20 kg. Dolutegravir 5 mg: a partir do 2º mês de vida e peso > ou = 3 kg;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 a 6 kg: 5 mg (1 comprimido), 1 vez ao dia; • 6 a 10 kg: até 6 meses de idade, 10 mg (2 comprimidos), 1 vez ao dia; acima de 6 meses de idade, 15 mg (3 comprimidos), 1 vez ao dia; • 10 a 14 kg: 20 mg (4 comprimidos), 1 vez ao dia; • 4 a 20 kg: 25 mg (5 comprimidos), 1 vez ao dia; • Acima de 20 kg: 30 mg (6 comprimidos), 1 vez ao dia; • A partir de 6 anos e/ou com peso superior a 20 kg: 50 mg, 1 vez ao dia.
RALTEGRAVIR (RAL) – (GRANULADO 100 MG/SACHE)
<p>Granulado 100mg/sachê:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª semana: 1,5 mg/kg, 1 vez por dia; • A partir da 2ª a 4ª semana: 3 mg/kg/dose, 2 vezes por dia; • A partir da 4ª semana: 6 mg/kg/dose, 2 vezes por dia.
ZIDOVUDINA (AZT)
<p>Recém nascido (RN) com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2 mg/kg/dose, de 12 em 12h. RN com 30 a 35 semanas de idade gestacional: 2 mg/kg/dose, de 12 em 12h, por 14 dias e 3 mg/kg/kg;</p> <ul style="list-style-type: none"> • de 12 em 12h a partir do 15º dia. <p>RN com 35 de semanas de idade gestacional ou mais (até 4 kg): 4 mg/kg/dose;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 kg a 9 kg: 12 mg/kg/dose, de 12 em 12h; • 9 kg a 30 kg: 9 mg/kg/dose, de 12 em 12h;

- ≥ 30 kg: 300 mg, de 12 em 12h.

LAMIVUDINA (3TC)

- RN com 34 semanas de idade gestacional ou mais e < 30 dias de vida: 2 mg/kg/dose, de 12 em 12h;
- >30 dias: 4 mg/kg/dose, de 12 em 12h (dose máxima 300 mg/dia);
 - ≥ 12 anos: 150 mg, de 12 em 12h.

LOPINA VIR/RITONAVIR (LPV/r)

Solução oral: 80/20mg/mL

- ≥ 14 dias a 28 dias: 300 mg/75 mg/m², de 12 em 12h;
 - 1 mês a 6 meses: 1 mL, de 12 em 12h;
 - 6 a 12 meses: 1,5 mL, de 12 em 12h;
 - 1 a 3 anos: 2 mL, de 12 em 12h;
 - 3 a 6 anos: 2,5 mL, de 12 em 12h;
 - 6 a 9 anos: 3 mL, de 12 em 12h;
 - 9 a 14 anos: 4 mL, de 12 em 12h.
- Comprimido infantil: 100 mg/25 mg
- 10 kg a 13,9 kg: 2 comprimidos de manhã e 1 à noite;
 - 14 kg a 19,9 kg: 2 comprimidos de manhã e 2 à noite;
 - 20 kg a 24,5 kg: 3 comprimidos de manhã e 2 à noite;
 - 25 kg a 29,5 kg: 3 comprimidos de manhã e 3 à noite;
 - >35 kg: 400 mg/100 mg de 12/12h.

NEVIRAPINA (NVP) – (SOLUÇÃO ORAL 10 MG/ML):

Solução oral:

Recém nascido com idade gestacional igual ou maior que 34 e menor que 37 semanas:

- 1ª semana: 4 mg/kg/dose, de 12 em 12h.
- A partir da 2ª até 4ª semana: 6 mg/kg/ dose, de 12 em 12h.

Fonte: U.S. Department of Health & Human Services (2020) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2021).

QUADRO 7. POSOLOGIA DO DOLUTEGRAVIR NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE DOLUTEGRAVIR 5MG COMPRIMIDO DISPERSÍVEL			
PESO		DOSE	QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS
3 kg a 6 kg		5 mg	1 comprimido 1 vez ao dia
6 kg a 10 kg	Até 6 meses de idade	10 mg	2 comprimidos 1 vez ao dia
	Acima de 6 meses	15 mg	3 comprimidos 1 vez ao dia
10 a 14 kg		20 mg	4 comprimidos 1 vez ao dia
14 a 20 kg		25 mg	5 comprimidos 1 vez ao dia
Acima de 20 kg		30 mg	6 comprimidos 1 vez ao dia

Fonte: GLAXOSMITHKLINE BRASIL LTDA. Bula do medicamento Tivicay PD.

12. VACINA HPV

Trata-se da inclusão de vítimas de violência sexual como grupo prioritário para vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV), para pessoas de **nove a 45 anos de idade**, ainda não vacinados contra HPV. A vacina HPV quadrivalente disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) previne contra as principais complicações do HPV, pois confere proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18.

12.1 PÚBLICO ALVO – ESQUEMA VACINAL PARA VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

- Pessoas de **9 a 14 anos** de idade, do sexo biológico **feminino e masculino**, imunocompetentes vítimas de violência sexual: **esquema de 2 doses** conforme Calendário Nacional de Vacinação de rotina. **Administrar 2 (duas) doses da vacina com intervalo de 6 (seis) meses entre a primeira e a segunda dose (0 e 6 meses);**
- Pessoas de **15 a 45 anos de idade**, do sexo biológico **feminino e masculino**, imunocompetentes vítimas de violência sexual – **esquema de 3 doses, administrar 2 (duas) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e terceira dose 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses);**
- Pessoas de **9 a 45 anos de idade**, do sexo biológico **feminino e masculino** nas indicações especiais (**vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, imunossuprimidos por doenças e/ou tratamento com drogas imunossupressoras**) vítimas de violência sexual - **esquema de 3 doses, administrar 2 (duas) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e terceira dose 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).**

Atenção: para solicitar o medicamento é obrigatório o preenchimento do Formulário de Solicitação de Medicamentos – Profilaxia (Anexo I), disponível no Famema Sistemas para impressão.

13. FICHA DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS – PROFILAXIA (ANEXO I) E SINAN - FICHA DE NOTIFICAÇÃO – VIOLÊNCIA SEXUAL (ANEXO II)

14. MEDIDAS PROFILÁTICAS / MEDIDAS DE CONTINGÊNCIA

Vide item 9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO / CONDUTA

15. CONSENTIMENTO INFORMADO

Não se aplica.

16. ORIENTAÇÕES PARA ALTA

Todos os pacientes atendidos deverão ter a alta médica da instituição com relatório em mãos para acompanhamento geral e Infectologia e providências para seguimento na referência da origem, e garantia da rede de proteção.

17. FLUXOGRAMA (OPCIONAL)



18. ANEXOS

18.1 ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS - PROFILAXIA

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia

1 - Nome Social do usuário

2 - Nome Civil do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)

3 - CPF

4 - Data de Nascimento

5 - Órgão genital de nascimento
 Vagina Pênis Vagina e Pênis

6 - Orientação Sexual
 Heterossexual
 Homossexual/Gay/Lésbica
 Bissexual

7 - Identidade de Gênero
 Homem
 Mulher
 Mulher Transexual
 Travesti/Mulher Travesti
 Homem Transexual

8 - Circunstância de exposição
 Acidente com material biológico
 Exposição Sexual Consentida
 Violência Sexual
 Transmissão Vertical:
 Parturiente
 RN de mãe infectada pelo HIV

9 - Pessoa-fonte multiexperimental
 Sim
 Não
 Desconhecido

10 - Gestante
 SIM NÃO

11 - Contraindicação ao esquema preferencial:
 SIM NÃO

12 - Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses:
 Sim Não

13 - Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo?
 Sim Não

14 - Data da exposição

15 - Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais

Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Dolutegravir (DTG) 50mg (1 comp. coformulado/dia)

16 - Esquemas Preferencial para PEP em Gestantes

Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Raltegravir (RAL) 400mg (1 comp. de 12/12h)

17 - Esquemas Preferencial para menores de 12 anos
 A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso. Preenchê-la no item 13

0 - 14 dias - Zidovudina (AZT) Sol. Oral + Lamivudina (3TC) Sol. Oral + Nevirapina (NVP) Sol. Oral
 14 dias - 2 anos - Zidovudina (AZT) Sol. Oral + Lamivudina (3TC) Sol. Oral + Lopinavir/r (LPV/r) Sol. Oral
 2 anos - 12 anos - Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL)

18 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)

Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)

Tenofovir / Lamivudina comp. de 300mg / 300mg/dia

Zidovudina / Lamivudina comp. de 300mg / 150mg/dia

Lamivudina - 3TC comp. de 150mg/dia mL de sol. oral 10mg/mL/dia

Tenofovir - TDF comp. de 300 mg/dia

Zidovudina - AZT caps. de 100mg/dia Solução injetável 10 mg/mL/dia mL de Xarope 10mg/mL/dia

Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)

Tenofovir / Lamivudina comp. de 300mg / 300mg/dia

Zidovudina / Lamivudina comp. de 300mg / 150mg/dia

Lamivudina - 3TC comp. de 150mg/dia mL de sol. oral 10mg/mL/dia

Tenofovir - TDF comp. de 300 mg/dia

Zidovudina - AZT caps. de 100mg/dia Solução injetável 10 mg/mL/dia mL de Xarope 10mg/mL/dia

Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)

Nevirapina - NVP mL de suspensão oral 10mg/mL/dia

Inibidores de Protease (IP)

Atazanavir - ATV caps. de 200mg/dia caps. de 300 mg/dia

Darunavir - DRV comp. de 150mg/dia comp. de 75mg/dia comp. de 600mg/dia

Lopinavir / ritonavir - LPV/r comp. de 100mg / 25mg/dia mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL/dia

Ritonavir - RTV comp. de 100mg/dia mL de sol. oral 80mg/mL/dia

Inibidores da Integrase (INI)

Raltegravir - RAL comp. de 400 mg/dia comp. de 100 mg/dia

Dolutegravir - DTG comp. de 50 mg/dia

ARV de Uso Restrito

Darunavir - DRV comp. de 150mg/dia comp. de 75mg/dia comp. de 600mg/dia

Dolutegravir - DTG comp. de 50 mg/dia

Enfuvirtida - T-20 frascos-amp. de 90 mg/mL/dia

Etravirina - ETR comp. de 100mg/dia comp. de 200mg/dia

Maraviroque - MVQ comp. de 150mg/dia

Raltegravir - RAL comp. de 400 mg/dia comp. de 100 mg/dia

Tipranavir - TPV caps. de 250mg/dia mL de sol. oral 100mg/mL/dia

19 - Médico
 Data ____/____/____ CRM: _____
 (carimbo e assinatura)

20 - Farmacêutico responsável
 Data ____/____/____ CRF: _____
 (carimbo e assinatura)

21 - Recebi em ____/____/____
 (assinatura do usuário)

ORIENTAÇÕES GERAIS

Preencher o formulário à caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U. de 19 de maio de 1998.

DETALHAMENTO DOS CAMPOS

- 01- Nome Social do usuário:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 02- Nome Civil do usuário:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.
- 03- CPF:** Número do CPF do Usuário SUS.
- 04- Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém-nascido ou da pessoa exposta.
- 05- Órgão genital de nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.
- 06- Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).
- 07- Identidade de Gênero:** é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).
- 08- Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. **Se a PEP for de transmissão vertical (Parturiente ou RN da mãe infectada pelo HIV) não preencher os campos 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 13. Preencher somente os campos Nome Civil, CPF e Data de Nascimento.**
- 09- Pessoa-fonte multiexperimentada:** Pessoa-fonte com múltiplas falhas aos ARV.
- 10- Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não.
- 11- Informar se existe contraindicação ao esquema preferencial.**
- 12- Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses.**
- 13- Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.**
- 14- Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.
- 15- Esquema Preferencial para PEP para maiores de 12 anos:** Tenofovir/Lamivudina(TDF/3TC)300/300mg + Dolutegravir(DTG)50mg 1 comprimido de cada ao dia.
- 16- Esquema Preferencial para PEP para Gestantes de 12 anos:** Tenofovir/Lamivudina(TDF/3TC)300/300mg 1 comp/dia + Raltegravir(RAL)400mg, 1 comprimido de 12/12h.
- 17- Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária e peso:**
 0 – 14 dias: Zidovudina(AZT)Sol. Oral + Lamivudina(3TC)Sol. Oral + Nevirapina(NVP)Sol. Oral
 14 dias – 2 anos: Zidovudina(AZT)Sol. Oral + Lamivudina(3TC)Sol. Oral + Lopinavir/r(LPVR)Sol. Oral
 2 anos – 12 anos: Zidovudina(AZT) + Lamivudina(3TC) + Raltegravir(RAL) 1 comprimido 12/12h.

Esquemas Preferenciais

10. Esquema Preferencial para PEP para maiores de 12 anos	TDF/3TC + DTG
11. Esquema Preferencial para PEP para Gestantes	TDF/3TC + RAL
12. Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária:	
0 – 14 dias	AZT Sol. Oral + 3TC Sol. Oral + NVP Sol. Oral
14 dias – 2 anos	AZT Sol. Oral + 3TC Sol. Oral + LPV/r Sol. Oral
2 anos – 12 anos	AZT + 3TC + RAL
"Para mais informações consultar PCDT de PEP no endereço: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco ."	

- 18- Medicamentos ARV:** Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contraindicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multiexperimentados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de ARV de terceira linha necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde).
- 19- Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.
- 20- Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.
- 21- Dispensação:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.

18.2 ANEXO 2 - SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação					
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09					
	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							
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência			
8 Unidade de Saúde					Código (CNEIS)			
Notificação Individual	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento					
	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"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <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 <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica							
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe					
Dados de Residência	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito	
	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							
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		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado						
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/>		1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado				
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"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <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			

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado				
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Sexual				
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro				
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pomografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros				
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei				
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado				
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 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				
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente				
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 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: _____ _____ _____					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align:center;">Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136</td> <td style="width:33%; text-align:center;">TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180</td> <td style="width:33%; text-align:center;">Disque Direitos Humanos 100</td> </tr> </table>			Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100			
Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____			
Nome _____	Função _____	Assinatura _____			
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015					

19. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/>
Acesso em: Novembro, 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – CGPCDT. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes Módulo 2: Diagnóstico, manejo e tratamento de crianças e adolescentes vivendo com HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e-adolescentes-modulo-2-diagnostico-manejo-e-tratamento-de-criancas-e-adolescentes-vivendo-com-hiv/view>. Acesso em 31/10/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV(atualizado em 27/09/2017). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Inovação do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção Pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2024/pcdt-profilaxia-pos-exposicao-de-risco-pep-a-infeccao-pelo-hiv-ist>. Acesso 31/10/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção por HIV, ISTs e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/copy3_of_PCDT_PEP_interativo.pdf. Acesso em 31/10/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes: Módulo 2: Diagnóstico, manejo e tratamento de crianças e adolescentes vivendo com HIV [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/PCDT_HIV_Crianas_Modulo_II_2024_e.pdf. Acesso em 31/10/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS - Atualização das recomendações da vacinação contra o HPV no Brasil. Brasília, 02 de abril de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-63-2023-cgici-dpni-svsa-ms.pdf>

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013 - Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível no endereço eletrônico: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. Ciência&Saúde Coletiva , v. 11, p. 1163-1178, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jGnr6ZsLtwkhvdkrdhpcdw/?lang=pt>

GLAXOSMITHKLINE BRASIL LTDA. Bula do medicamento Tivicay PD ® (ANVISA). Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=tivicay%20PD>

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. Aids Info. Drugs. Disponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/drugs>; Antiretroviral / HIV Drug Dosing for Children and Adolescents 2020-21 - Imperial College Healthcare NHS Trust. Disponível em: <https://www.childrens.health.qld.gov.au/wp-content/uploads/PDF/ams/2020-BHIVA-dosingguidelines.pdf>

REIS, L.A.; GOMES, N.P.; MENEZES, T.M.O.; CARNEIRO, J.B. Expressão da violência intrafamiliar contra idosos. Acta Paulista de Enfermagem. [Internet]. 2014 Oct [cited 2017 Oct 10] ; 27(5): 434-439. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194ape-027-005-0434.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION.WORLD. Report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2012 e 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>

20. CONTROLE DE QUALIDADE

20.1 REVISÃO

Nº DA REVISÃO	DATA	ITEM	MOTIVO
0	06/09/2024	-	Elaboração
1	11/12/2024	Quadro 4 e 7	Adequação de nomenclatura

21. ELABORAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Comitê de Combate e Prevenção às Violências	Ana Paula Fakhouri
Comitê de Combate e Prevenção às Violências	Evelyn Gracielle Vieira Correa
Comitê de Combate e Prevenção às Violências	Luciana Meneguim Pereira de Queiroz
Comitê de Combate e Prevenção às Violências	Maria Fernanda Gomes Fernandes Nardi
Comitê de Combate e Prevenção às Violências	Miriam Rosa Ferraz José
Comitê de Combate e Prevenção às Violências	Tereza Raquel Schorr Calixto
Comitê de Combate e Prevenção às Violências	Vanessa Naffitali de Souza Martins
Núcleo de Controle e Infecção Hospitalar	Rafaella Meza Bonfietti Candido Dias

22. CONFERÊNCIA

DEPARTAMENTO	NOME
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade	Amanda Sabatine dos Santos
Núcleo de Gestão de Segurança e Risco do Paciente	Letícia Camargo Teles
Gerência de Avaliação de Tecnologias em Saúde e Qualidade	Lourdes Inez Fleitas Cano

23. APROVAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil	Zildomar Deucher Junior
Departamento de Atenção à Saúde em Alta Complexidade	Luciano Roberto de Freitas Visentin



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Sabatine dos Santos, Diretor Técnico I**, em 11/12/2024, às 09:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciano Roberto de Freitas Visentin, Diretor Técnico de Saúde III**, em 11/12/2024, às 09:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



Documento assinado eletronicamente por **Zildomar Deucher Júnior, Diretor Técnico de Saúde III**, em 12/12/2024, às 14:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no [Decreto Estadual nº 67.641, de 10 de abril de 2023](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.sp.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0049408224** e o código CRC **E10FC8A2**.
