



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Protocolo de Atendimento as Pessoas em Situação de Violência Sexual

BRUSQUE/2018



LISTA DE SIGLAS

ARV	Antirretrovirais
DPCAMI	Delegacia de Proteção a Criança, Adolescente, Mulher e Idoso.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
HACCR	Hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
IML	Instituto Médico Legal
IGP	Instituto Geral de Perícia
PEP	Profilaxia Pós Exposição
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAVS	Serviço de Atenção Integral as Pessoas em Situação de Violência Sexual
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
CT	Conselho Tutelar
IST	Infecção Sexualmente Transmissível



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo Geral.....	5
2.2 Objetivo Específico.....	5
3 O QUE É VIOLENCIA SEXUAL?.....	6
4 COMO FAZER O ACOLHIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA SEXUAL?.....	7
5 O QUE É E QUANDO REALIZAR UMA BUSCA ATIVA?.....	10
6 QUEM DEVE NOTIFICAR A VIOLENCIA SEXUAL?.....	11
7 QUANDO SOLICITAR O MATRICIAMENTO PARA EQUIPE DO SAVS?.....	11
8 O QUE É VETADO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE?.....	12
9 O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	12
10 O ACOLHIMENTO NOS DIVERSOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	13
11 O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA	16
12 O ATENDIMENTO A CRIANÇA E ADOLESCENTE	18
13 FLUXO DE ATENDIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	19
14 FLUXO DE ATENDIMENTO PARA PESSOAS MAIORES DE 18 ANOS, COM DEFICIÊNCIA E IDOSOS	20
15 PROFILAXIAS E ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA.....	21
15.1 Acompanhamento clínico laboratorial.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXOS.....	25



EQUIPE GESTORA

Humberto Martins Fornari : Secretário Municipal de Saúde
Camila Fernanda Valle Pereira: Diretora Geral de Saúde
Renata Maria da Costa: Diretora das Especialidades
Carmen Sylvia Schnaider Pedrini: Coordenadora NEPSHU

EQUIPE TÉCNICA

Cristiane dos Santos: Assistente Social CRESS 12/4304
Lucimara Zaluski Galinski Pavesi: Psicóloga CRP 12/06931
Patricia Bernardi Sassi: Farmacêutica CRF-SC 5539
Sarah Tiemi Kumoto – Médica Ginecologista CRM-SC 23406

GRUPO DE TRABALHO

Camila Gili – Farmacêutica SAE CRF/SC 10692
Franciele de Lorenzi – Enfermeira Policlínica COREN 225.516
Barbara dos Santos Rezena – Psicóloga NASF CRP 12/08232
Kathllin Weiss – Psicóloga Residente CRP 12/15392
Gabriela Paim – Enfermeira Atenção Básica COREN 352.915
Sheila Neves – Enfermeira Amamenta COREN 337.540
Janete Bittelbrunn – Enfermeira Plantão COREN 145377
Eloisa de Lacerda – Psicóloga Residente CRP 12/15895
Letícia Mafra de Araújo – Fonoaudióloga Residente CRFa3-10831

EQUIPE HOSPITAL ARQUIDIOCESANO CÔNSUL CARLOS RENAUT

Ana Paula Quirino Lucena – Enfermeira COREN 132524
Priscila Gadotti Lihmann – Psicóloga CRP 12/03300
Silvia Aparecida Patrocínio – Assistente Social CRESS 12/6846



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE

Rua Germano Schaefer, 66 - Centro
Brusque - Santa Catarina
88350-170 - fone: 47 33255 6800
www.brusque.sc.gov.br



1. INTRODUÇÃO

A violência sexual é uma questão de saúde pública, de natureza complexa e que exige atenção e cuidados especializados. Sendo assim, é necessário que todas as equipes de saúde estejam capacitadas e aptas para o acolhimento da pessoa em situação de violência sexual. É uma demanda que pela sua magnitude traz junto com o individuo inúmeros comprometimentos para sua saúde física e mental, e requer dos profissionais não apenas o conhecimento técnico sobre o assunto, mas uma sensibilidade empática, capaz de proporcionar um acolhimento digno e humanizado, dando lhes condições de seguir adiante no seu processo de desenvolvimento, no resgate de sua autonomia e na continuidade da sua trajetória de vida.

Neste sentido e observando a necessidade de um documento norteador para a prática dos profissionais da saúde no atendimento as pessoas em situação de violência sexual, a Secretaria Municipal de Saúde, através de um Grupo de Trabalho, elaborou o presente protocolo. Esse tem a função de orientar e subsidiar o trabalho dos profissionais de saúde sobre essa temática, objetivando principalmente o cuidado integral em saúde das pessoas que passaram ou passam por esse agravo, garantindo-lhes os devidos encaminhamentos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Unificar os serviços de saúde para qualificar e padronizar os procedimentos de atenção integral as pessoas em situação de violência sexual no município.

2.2 Objetivos Específicos

- Mobilizar os serviços de saúde do município a fim de discutir e pensar em estratégias de enfrentamento à violência sexual;
- Evitar que as vítimas tenham o atendimento fragmentado e sejam expostas em busca da rede de cuidado;
- Disponibilizar às pessoas em situação de violência sexual, acolhimento, escuta qualificada, atendimento humanizado propiciando ambientes de confiança e respeito;



- Capacitar e estimular os serviços de saúde para notificar a violência sexual produzindo dados estatísticos que possam contribuir no planejamento de políticas públicas para sua prevenção e erradicação;
- Minimizar os impactos causados pela violência sofrida.

3 O QUE É VIOLÊNCIA SEXUAL?

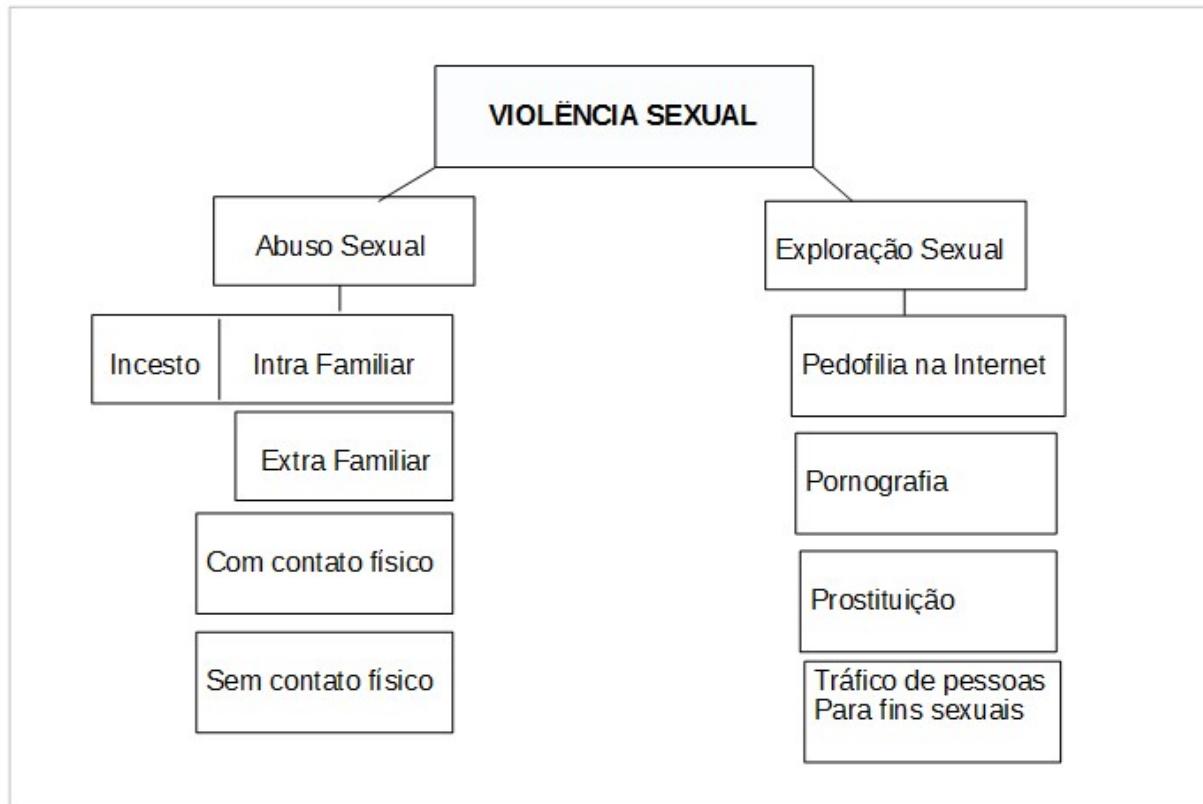
É toda relação de natureza sexual em que a pessoa é obrigada a se submeter, contra sua vontade, por meio de força física, coerção, sedução, ameaça ou influência psicológica, mesmo quando praticada por um familiar. Também é considerado violência quando o agressor obriga a vítima a realizar esses atos com terceiros. É importante ressaltar que a violência sexual não é caracterizada única e exclusivamente pela conjunção carnal, mas por tudo que envolve o “jogo sexual”. Portanto podemos classificar a violência sexual em duas modalidades: o abuso sexual e a exploração sexual.

Abuso sexual: Trata-se de uma situação em que a pessoa é invadido em sua sexualidade e usado para suprir o desejo sexual do outro.

Exploração sexual: É caracterizada pela utilização sexual, principalmente de crianças e adolescentes, com fins comerciais e lucrativos.

IMPORTANTE: Perante o Código Penal quando tratar-se de crianças e adolescentes até 14 anos, mesmo que “consentido” o ato sexual, caracteriza-se como estupro de vulnerável.

No quadro a seguir é possível visualizar segundo alguns autores como se distingue o abuso sexual da exploração sexual.



4 COMO FAZER O ACOLHIMENTO AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA SEXUAL?

O acolhimento da pessoa em situação de violência sexual é um fator fundamental para humanização da assistência à saúde e essencial para que se estabeleça uma relação de confiabilidade entre o profissional e o usuário (a). O acolhimento qualificado deve ser ofertado por toda a rede de saúde, assim como pelas demais redes que fazem parte do processo de cuidado destes usuários (a). No SUS o acolhimento:

“é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica na responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário. (Brasil, 2008, P. 51).



Neste sentido comprehende-se que o acolhimento é a etapa inicial do processo de atendimento e deve ser realizado de forma imediata por profissional capacitado para acolher a demanda. Nesta etapa, o profissional deverá pautar-se no atendimento humanizado, sem preconceitos e juízos de valor, utilizando-se da ética profissional, privacidade, confidencialidade e sigilo, em espaço adequado e reservado assim que o usuário (a) sinalizar o fato que a levou a procurar o serviço. No momento do acolhimento, o profissional deve manter a discrição, observando se existe a presença de alguma pessoa que possa prejudicar o relato do usuário, (seja familiar ou profissional do serviço), pois muitas crianças e adolescentes podem estar sendo vítimas dos próprios acompanhantes, ou estes sendo coniventes. Para tanto, e na intenção de oferecer um acolhimento qualificado e resolutivo é necessário que o profissional acolhedor se paute sobre estas premissas do acolhimento, proporcionando ao usuário bem-estar no momento da acolhida, com o objetivo de realizar o melhor encaminhamento para a segmentação do atendimento no SAVS.

O olhar diferenciado, o atendimento humanizado e principalmente uma escuta qualificada para os usuários da rede de serviços públicos de saúde, sem dúvidas, oportuniza ao profissional elementos facilitadores para identificação de uma violência sexual. Entretanto, é relevante mencionar que nos casos em que a violência sexual de repetição ou crônica não for revelada, esta não deverá ser levantada como primeira hipótese, mas sim como última.

Exemplo: Durante o atendimento de uma criança a família relata a queixa de sangramento vaginal. Conduta: Dentre as possíveis causas mais comuns podemos citar a presença de corpo estranho na vagina, vulvovaginites, traumas penetrantes dentre outras. O profissional deverá obter um relato cuidadoso da história assim como realizar um exame físico minucioso, na ausência de correlação entre a história e o exame físico o profissional deve avaliar a possibilidade de uma violência, em caso de suspeita ou confirmação a rede de proteção a criança deverá ser acionada para os devidos encaminhamentos.

O quadro a seguir, expõe alguns elementos importantes que podem surgir durante os atendimentos de rotina e levar o profissional envolvido a suspeitar de uma violência sexual, no entanto precisamos descartar a existência de uma patologia como no exemplo acima e se nada for identificado fisiologicamente ai sim se cogitar uma violência. Mesmo



assim, é provável que você apenas consiga suspeitar da violência e não preocupe-se em ter certeza do fato.

Questões que deverão ser observadas durante os atendimentos/acolhimentos de rotina

- **Transtornos na sexualidade;**
- **Distúrbio do sono e terror noturno e do comportamento alimentar;**
- **Enurese e Encoprese;**
- **Automutilação, escarificações, tentativa ou ideações de suicídio;**
- **Complicações em gestações anteriores;**
- **Depressão e quadros de ansiedade;**
- **Baixa Auto Estima**
- **Lesões físicas bastante específica com contradição de fala do ocorrido;**
- **Dor crônica em qualquer parte do corpo ou mesmo sem localização precisa**
- **Transtornos crônicos;**
- **Entrada tardia no pré-natal;**
- **Companheiro muito controlador** (reage quando separado da mulher);
- **Infecção urinária de repetição** (sem causa secundária encontrada);
- **Dor pélvica crônica;**
- **Edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que justifiquem, como infecções ou traumas accidentais evidenciáveis;**
- **Lesões de palato ou de dentes anteriores** (poderá ser decorrentes de sexo oral)
- **Sangramento, vaginal em pré-púberes** (excluindo a introdução pela criança de corpo estranho)
- **Sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal** (sem presença de doença que justifique, como constipação intestinal grave e crônica);
- **Rompimento himenal;**
- **Doenças sexualmente transmissíveis;**
- **No caso de crianças e adolescentes, observar também:**
- **Desenho de órgãos genitais** (principalmente com muitos detalhes e não esperados à idade);
- **Comportamentos e interesses sexuais inadequados a idade;**
- **Frequentes indagações sobre métodos contraceptivos;**
- **Mudança no comportamento social** (isolamento, agressividade, alta sensibilidade/choro sem motivo);
- **Falta de confiança e/ou medo excessivo de adultos;**
- **Automutilação;**



- **Repentina queda de rendimento escolar;**
- **Resistência a retornar para casa após o término da aula;**
- **Dificuldades para caminhar, urinar ou engolir sem causas aparentes**

5 O QUE É E QUANDO REALIZAR UMA BUSCA ATIVA?

A busca ativa caracteriza por ser uma estratégia de alcançar o usuário para acesso ao serviço do qual ele necessita. Num sentido mais amplo, também é possível que a busca ativa ocorra visando a prevenção em saúde no território. Entretanto, essa “ferramenta” é mais utilizada quando o usuário se evade do serviço ou até mesmo quando esse resiste em vir. Por vezes há também pouca compreensão do que a rede oferece e a falta de conhecimento, aliado com o conhecimento deturpado, restringindo a procura.

Tratando de pessoas em situação de violência sexual é ainda mais importante que tenhamos esta “ferramenta” intrínseco a nossa prática, porém não podemos esquecer que o usuário tem autonomia para querer, ou não, o atendimento. A busca ativa nesse caso, deverá ocorrer em situações que o serviço é desconhecido, como forma de apresentação e oferta do mesmo. A sensibilização é importante, mas a insistência é prejudicial. Todavia não se pode descartar as questões prevista em Lei que requer intervenções diferenciadas.

Em casos que se fizer necessário a busca ativa, é prudente estudar qual a melhor estratégia de realizar, pois nem sempre o vínculo será benéfico nesse caso, assim como a falta dele também poderá fragilizar esse primeiro contato. Nada impede que esse momento seja realizado por mais de um serviço ao mesmo tempo (ex: UBS e SAVS), porém com o menor número possível de profissionais.

6 QUEM DEVE NOTIFICAR A VIOLÊNCIA SEXUAL?



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. Caberá a todos os serviços de saúde que identificar a violência sexual ou a suspeita desta, notificar imediatamente e encaminhar essa notificação a vigilância epidemiológica do município com cópia para o SAVS em menor prazo possível, não ultrapassando as 24 h. A notificação imediata é fundamental para garantir o acesso deste usuário (a) às medidas de prevenção dos agravos resultantes da violência sexual em tempo oportuno. Além disso é necessário seguir com o fluxo de cada serviço conforme estabelecido neste protocolo.

Os serviços que não conseguirem encaminhar a notificação ao SAVS com brevidade, devido a logística do malote, poderá encontrar outra maneira de repassar as informações necessárias (ex: e-mail ou ficha específica de encaminhamento).



A notificação não é sinônimo de denúncia, acusação ou incriminação, o profissional jamais notifica pensando em gerar um prejuízo à aquela família/indivíduo, muito pelo contrário visa garantir a proteção desses.

7 QUANDO SOLICITAR O MATRICIAMENTO PARA EQUIPE DO SAVS?

Segundo o Ministério da Saúde, o matriciamento “é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASIL, 2011). Vale dizer que é um momento rico, onde os saberes se completam. Dessa forma, visando sempre a melhor resposta para cada caso, todas as equipes de saúde envolvidas com a situação de violência sexual devem estar abertos para solicitar o matriciamento. O SAVS como equipe de referência da saúde para o atendimento as situações de violência sexual, sempre que solicitado, ficará a disposição das equipes para matricular.

8 O QUE É VETADO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE?



Tratando-se da pessoa em situação de violência sexual, todo o cuidado ainda é pouco, pois você nunca terá a certeza de como o outro gostaria de ser tratado em uma situação como essa. Então aja com empatia, muita naturalidade e ética, pois seu comportamento poderá dar outro significado a violência. Preste atenção na listagem abaixo que contém alguns exemplos de questionamentos e comportamento que são vetados ao profissional de saúde durante o atendimento:

- perguntar diretamente quem foi o responsável;
- insistir em confrontar informações contraditórias;
- demonstrar sentimentos de desaprovação, raiva, e indignação;
- fazer perguntas induzidas (ex: Foi seu pai que violentou você?)
- sugerir que já sabe do assunto (ex: Eu já soube o que aconteceu com você, pode me contar tudo).
- assumir papel de policial/detetive (nossa papel não é de punir ninguém);
- tentar resolver o caso sozinho e fazer promessas que não poderão ser cumpridas;
- desconsiderar os sentimentos, com frase “isso não foi nada”, “não precisa chorar”;
- acolher como um “coitadinho”, emocionar-se junto com a vítima (a empatia é essencial desde que não ultrapasse o limite profissional);
- não mostrar aflição e desespero na frente da vítima (se não possuir condições emocionais para atender peça ajuda aos colegas);



9 O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A atenção primária tem o papel extremamente importante no acolhimento a pessoa em situação de violência sexual, pois esse é o momento que devemos estabelecer uma relação de confiança, de credibilidade, não só com o profissional e instituição, mas principalmente com a política de saúde. Trata-se de um espaço que requer do acolhedor muita empatia e despir-se de julgamentos de valores é essencial para o sucesso do acolhimento. Por se tratar de um equipamento de saúde que está localizado no território, o acolhimento não é recomendado ser realizado por profissional daquela unidade que residir



no bairro ou possuir vínculos de afetividade com o usuário. A informação não necessariamente precisa chegar ao conhecimento de toda a equipe, mas se chegar, todos deverão manter discrição do caso e sigilo absoluto das informações. Importante ressaltar que o acolhimento não é sinônimo de interrogatório, o usuário deverá sentir-se livre para relatar o ocorrido, ou até mesmo para permanecer em silêncio, os questionamentos que serão feitos deverão se restringir ao preenchimento da notificação, assim como a necessária informação para o encaminhamento adequado.

Importante!

O profissional deverá identificar qual a violência sofrida e o tempo decorrido desta, pois fará total diferença na prevenção dos agravos em tempo oportuno.

Em casos de violência sexual de repetição ou suspeita desta, a Unidade Básica de Saúde poderá solicitar o apoio matricial da equipe do SAVS para juntos definir a melhor estratégia de atendimento. Lembrando que qualquer despreparo na abordagem poderá potencializar o trauma, ou até desenvolvê-lo.



O atendimento para as pessoas em situação de violência sexual deverá seguir os fluxos deste protocolo. O encaminhamento deve ser realizado formalmente através das fichas de encaminhamento anexo a este documento.

10 O ACOLHIMENTO NOS DIVERSOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

A atenção secundária, conhecida também por média complexidade, é responsável pelo atendimento especializado. Nessas especialidades é comum que sejam identificadas muitas das situações de violência sexual, especialmente de crianças e adolescentes, visto que é um espaço de avaliação primoroso e normalmente para o fechamento do diagnóstico é necessário uma investigação mais minuciosa, a qual poderá trazer visibilidade para situação de violência sexual.



Apesar de ser um espaço que nem sempre se constrói vínculos, o que de certa forma até poderá ser benéfico, nas pré-consultas e consultas médicas é possível estabelecer uma relação de confiabilidade e nesse momento o sofrimento de uma violência sexual poderá ser externalizado, o que exigirá manejo do profissional em conduzir as queixas sem exposição da vítima.

Igualmente como na atenção primária, a receptividade desta demanda deve se dar com naturalidade, o que não significa dizer que a violência ou o sofrimento do outro é natural, mas que a acolhida não será um espaço de julgamento, nem para a vítima nem para o agressor. É um agravio que frequentemente motiva nos profissionais um misto de sentimentos, tais como a curiosidade, a ansiedade, a raiva, a sensação de impotência, possibilitando com muita facilidade agir de forma imponderada. Não há necessidade de questionar mais do que o necessário, a informação que deve chegar até o profissional é para a melhor condução do caso.

Todos os serviços da atenção secundária, serão porta de entrada para o acolhimento as pessoas em situação de violência sexual, porém nem todos conseguem dar seguimento igualmente, como é o caso do SAMU, que já possui um protocolo estadual. Sendo assim, seguimos com algumas considerações desses serviços específicos.

SAMU: Nos casos de situações de violência sexual, havendo necessidade de atendimento do SAMU deve-se acionar o serviço através do telefone 192, onde o médico regulador receberá a ligação e classificará o caso em função da urgência. Em seguida o mesmo comunica a equipe da unidade móvel para deslocar-se até o local onde a vítima aguarda atendimento. No local da ocorrência a equipe do SAMU realizará avaliação da cena, da vítima, sua apresentação e dados vitais, conforme protocolos pré estabelecidos e retorna o contato ao médico regulador, comunicando os dados avaliados. Após avaliação, orientação e autorização do mesmo a equipe encaminhará a vítima para atendimento hospitalar na instituição de referência HACCR, conforme rotina do serviço. Nas situações em que a equipe observar que houve a situação de violência sexual, caberá a equipe plantonista comunicar via e-mail a suspeita para o SAVS que fará a busca ativa em tempo oportuno.



Atenção Especializada em Saúde Mental: Em situações em que o usuário chegou para acolhimento nestes serviços e a equipe identificar que seu único ou principal sofrimento é decorrente de uma violência sexual, mesmo que já ocorrida com certo tempo, deverá imediatamente preencher o SINAN e encaminhar ao SAVS. Logicamente, se descartado a inserção deste usuário ao CAPS, tendo em vista que se esse sofrimento já evoluiu para um transtorno mental severo e persistente com agravantes de isolamento social e outros fatores que contribuem para risco eminente de morte deverá permanecer na equipe CAPS que possuem os recursos necessários para recuperação deste. Os usuários que já estão no serviço e que no decorrer do tratamento sofrer a violência sexual também permanecerá com a equipe que já possui vínculo. Situações excepcionais devem ser estudadas por ambas as equipes (SAVS e saúde mental) que juntas definiram a melhor estratégia de tratamento.

SAVS: Será o serviço de referência para os demais serviços da secretaria de saúde. atenderá na Rua Germano Schaefer, nº 66, Centro de Brusque, no horário compreendido entre as 8:00 as 17:00 ininterruptamente e poderá ser por encaminhamento de qualquer rede de serviço interno e externo ou até mesmo por busca espontânea. Caso seja encaminhado de algum serviço da rede que já tenha realizado uma escuta prévia, é recomendável que seja disponibilizado um relatório minucioso desta escuta, objetivando qualificar a primeira acolhida com o mínimo possível de exposição da vítima.

Ocorrência antes das 72 h – Após a acolhida, o profissional acolhedor deverá direcionar para o atendimento com profissional da medicina que fará sua avaliação inicial acionando os demais profissionais ou outros serviços, conforme necessidade. Neste momento, o médico avaliará a conduta necessária (profilaxias, exames e outros). A conduta também será de acordo com o sexo e faixa etária da vítima.

Ocorrência após as 72 hs – Após a acolhida, e descartada a intervenção médica e de enfermagem a vítima será direcionada para o segmento do serviço para a atenção psicossocial que tanto poderá ocorrer no mesmo dia, como também poderá ser realizado um agendamento dependendo da avaliação da equipe, sempre priorizando o bem-estar da vítima e de seus familiares. Se a equipe observar a necessidade de outros atendimentos, deverá realizar os devidos encaminhamentos para a rede de cuidados.



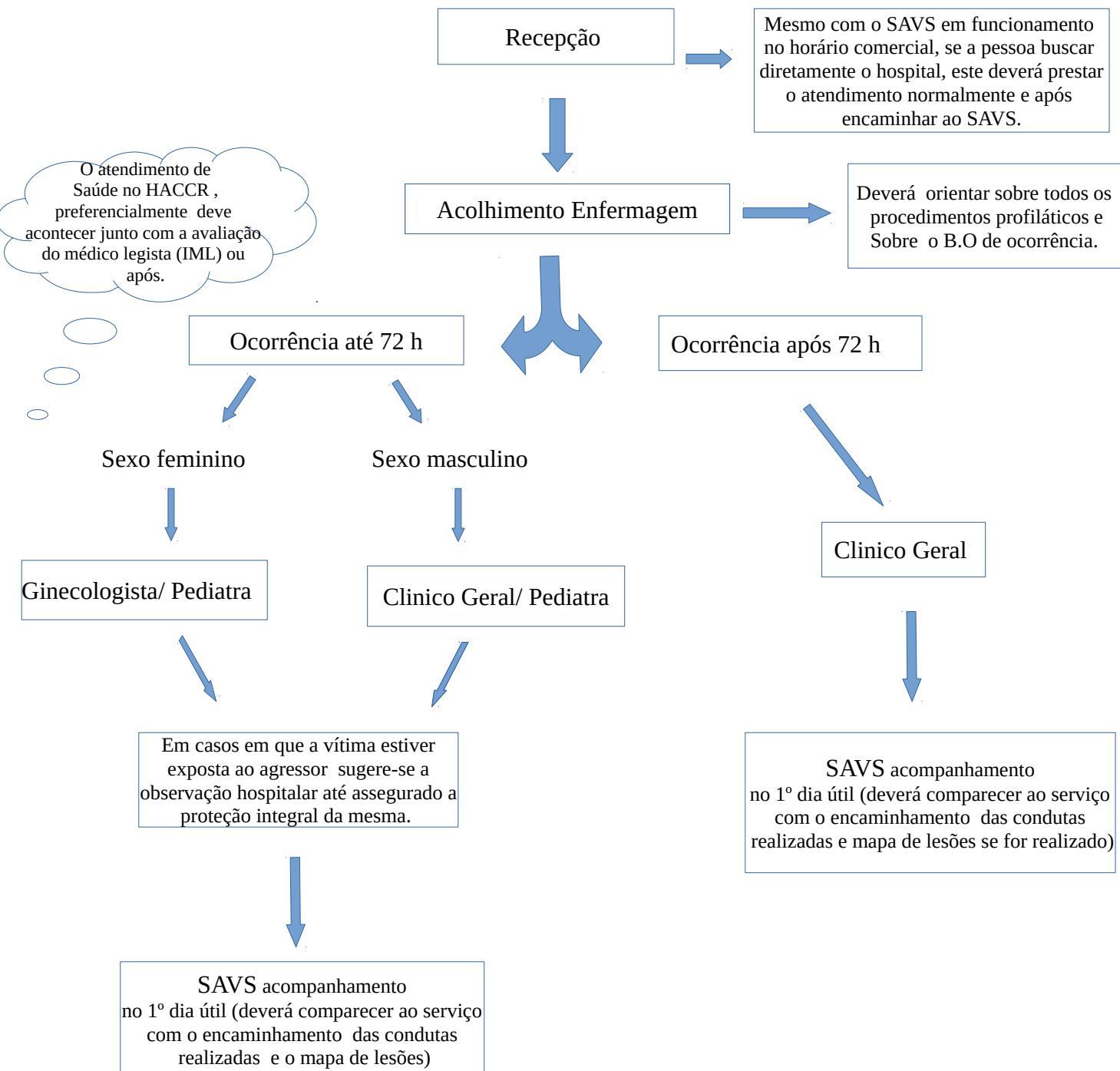


O SAVS seguirá o protocolo e fluxograma interno do serviço construído a parte deste documento.

11. O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO TERCIARIA

A atenção terciária é responsável pelos atendimentos de alta complexidade, sendo de responsabilidade dos hospitais locais de referência. Em Brusque o hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux (Hospital Azambuja) é referência para a secretaria municipal de saúde, enquanto hospital prestador de serviço do SUS, tem como porta de entrada as emergências e urgências e o atendimento é ofertado 24hs.

Como na primária e secundária, a atenção terciária também é porta de entrada para o acolhimento as pessoas em situação de violência sexual, porém a atenção se dará de forma diferenciada das demais, visto que trata-se de um espaço de referência para oferecer o acolhimento e atendimento qualificado, que contemple na sua totalidade a assistência médica e farmacológica as situações de violência sexual ocorridas em até 72 horas, ou até mesmo em situações que ultrapassarem esse período. Esse primeiro acolhimento deve ser realizado por profissionais capacitados e em ambiente reservado a fim de garantir a privacidade. Após atendimento emergencial, o hospital deverá encaminhar o usuário para a rede de cuidado, neste caso o SAVS, serviço de referência para atendimento no seguimento a essas situações conforme fluxo a seguir.





OBS: Lembrando que nos casos de atendimento a crianças e adolescente o Conselho Tutelar deverá ser informado e por vezes até acionado.

12. O ATENDIMENTO A CRIANÇA E ADOLESCENTE

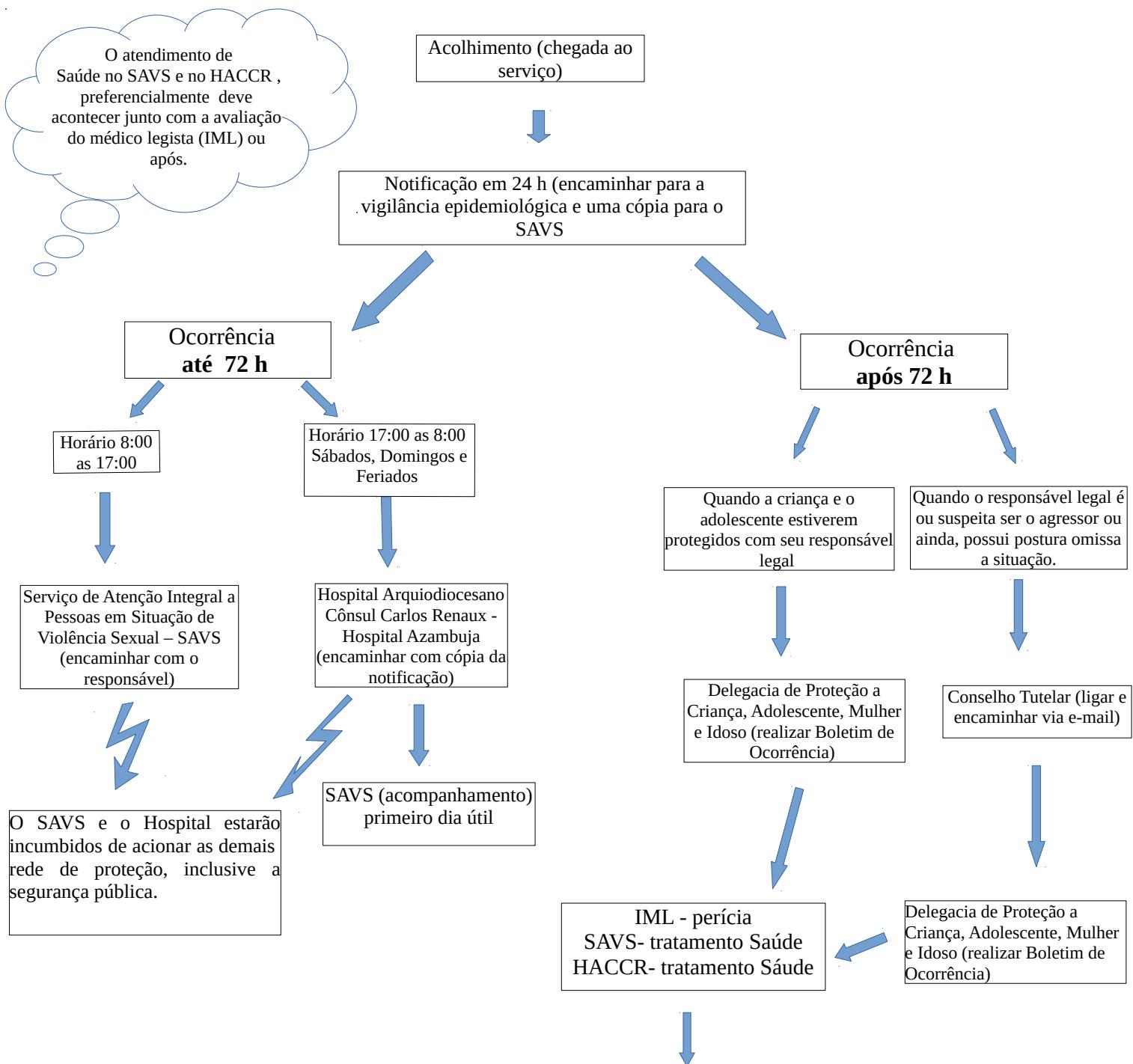
Quando o usuário for criança ou adolescente, o acolhimento inicial exigirá uma abordagem diferenciada, pois é fundamental que se observe no momento do acolhimento os aspectos do desenvolvimento da criança e do adolescente. Portanto, é necessário que o profissional seja capacitado e tenha habilidades para manejo deste público. Os questionamentos que se fizerem necessário, devem ser direcionados ao responsável familiar, desde que este não seja o agressor, a fim de poupar o desgaste daquela criança ou adolescente. Sendo assim, somente quando esgotadas todas as formas de obter as informações e ainda com o devido cuidado, o profissional poderá questionar diretamente ao usuário se essa tiver discernimento para compreender os questionamentos. Esse momento deve inicialmente ser feito somente com a criança e/ou adolescente. Não o bastante, se a negativa da criança ou adolescente vier acompanhado de alguns indícios há que se considerar como uma suspeita.



É necessário que tanto na atenção primária, quanto na secundária e também na terciária, tenha definido no seu quadro de servidores um profissional de referência. Este profissional, assim como todos da equipe, deverá estar familiarizado com o presente protocolo, porém sua atribuição é também de avaliar juntamente com a equipe as condutas nos acolhimentos, provocar discussões, estimular capacitações sobre a temática, assim como, manter os servidores novos sempre inteirados do presente protocolo.



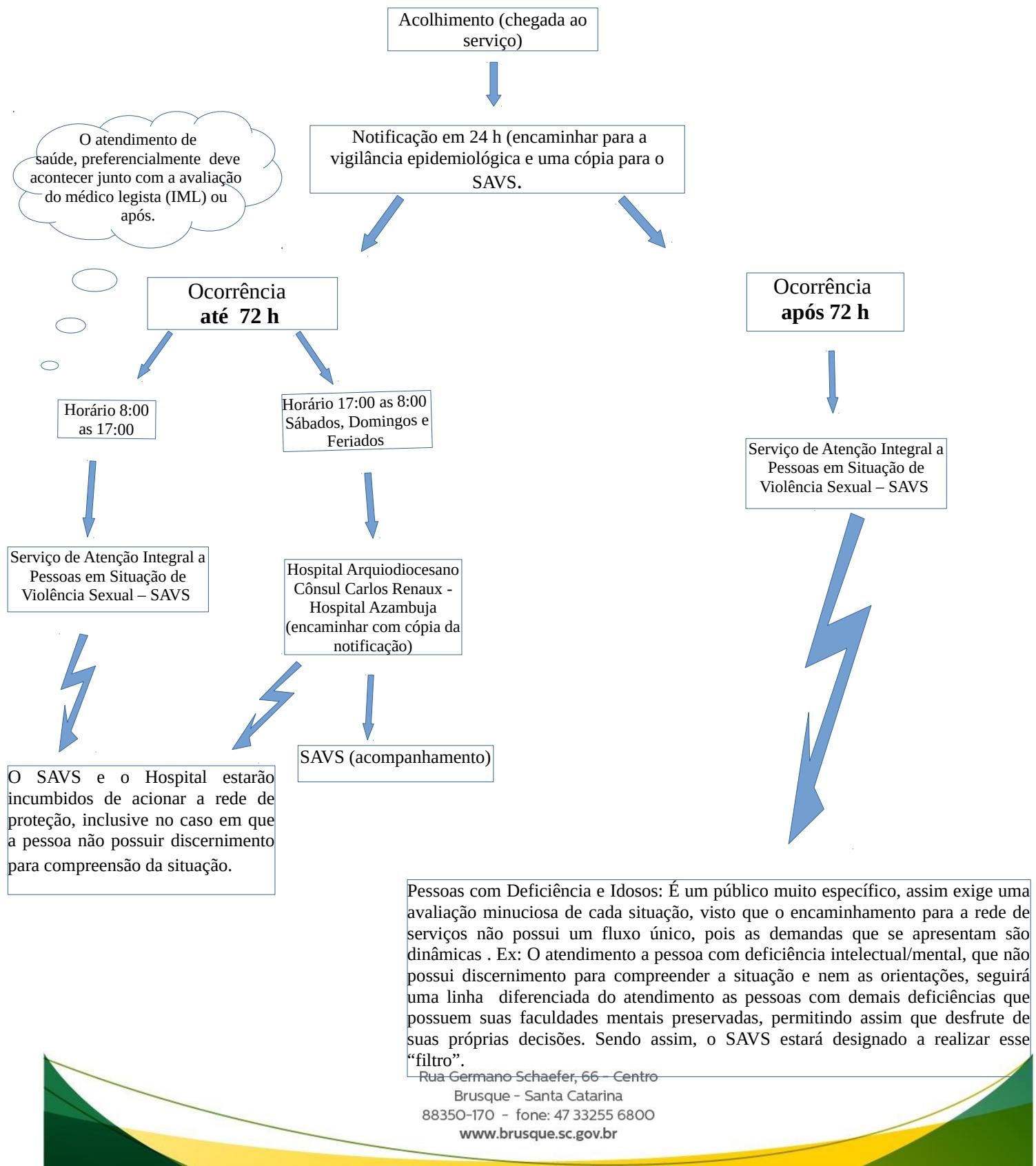
13. FLUXO ATENDIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES





Quando a situação chegar ao SAVS, este deverá comunicar o CT caso ainda não tenha sido comunicado.

14. FLUXO ATENDIMENTO PARA PESSOAS MAIORES DE 18 ANOS, COM DEFICIÊNCIA E IDOSOS





15 PROFILAXIAS E ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

As profilaxias devem ser iniciadas preferencialmente nas primeiras 72 horas após a violência. É fundamental identificar se houve a conjunção carnal para a melhor indicação farmacológica. Importante lembrar que coletas de exames laboratoriais (anexo A) não devem retardar o início das profilaxias.

Locais de atendimentos: Em horário comercial (8:00 as 17:00) é o SAVS o responsável por esse primeiro atendimento em saúde e em horários noturnos (17:00 as 8:00), feriados e finais de semanas a referência será o Hospital HCCR.

15. 1 Acompanhamento clínico laboratorial

Recomenda-se a reavaliação da pessoa exposta após 2 semanas de PEP, com o objetivo de identificar possíveis efeitos adversos e reforçar a necessidade da adesão para que a profilaxia seja cumprida até o final da quarta semana. Na presença de intolerância medicamentosa, a pessoa exposta deve ser reavaliada para adequação do esquema terapêutico. Os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, tais como efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga. As alterações laboratoriais são geralmente discretas, transitórias e pouco frequentes. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, resolvendo-se a intolerância com a utilização de medicações sintomáticas. Todas as pessoas potencialmente expostas ao HIV devem ser orientadas sobre a necessidade de repetir a testagem em 30 dias e em 90 dias após a exposição, mesmo depois de completada a profilaxia com ARV.

Observação: As condutas de profilaxias e anticoncepção de emergência estão descritas no **anexo A** para eventuais consultas e orientações do manejo.



É importante ressaltar que qualquer que seja o público ou o tempo decorrido da violência os fluxos deste protocolo deverão ser seguidos. O SAVS por ser um serviço de referência deverá seguir um fluxo específico.



REFERÊNCIAS

ABUSO e Exploração sexual de crianças e adolescentes. A infância pede socorro! **Projeto ação educativa contra a exploração e o abuso sexual de crianças e adolescentes em União da Vitória /PR**. União da Vitória, [20--]. Disponível em: <<http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/Cartilha-abuso.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

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. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº. 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 02 fev. 2018.

BRASIL. Portaria 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)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html>. Acesso em: 10 jan. 2018.



BRASIL. Portaria nº. 1.271, de 06 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, nos termos do anexo, e dá outras providências.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em 22 ago. 2018.

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção: 1, p. 68.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Programa Mulher Viver sem Violência**. Brasília, 2014.

BURNS, Dennis Alexander Rabelo. et al. (org.). **Tratado de pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri: Monelo, 2017.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). ... [et al.]. **Guia prático de maternidade em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde coletiva, 2011.

GONÇALVES, Aparecida (Org.). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa mulher, viver sem violência, casa da mulher brasileira. **Diretrizes gerais e protocolos de atendimento**. [S.I.], [20--].

KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: World Health Organization, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 07-18, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Norma Técnica: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília, DF, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília, DF, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Relatório de recomendação. Brasília, DF, 2018.



PORTO, Maria Laura; AMARAL, Waldemar Naves do. Violência sexual contra a mulher: histórico e conduta. **Femina**, Goiania, v. 42, n. 4, p.209-215, jul. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n4/a4594.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2018.

SÃO PAULO (Estado). Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. **Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo de Atendimento as Pessoas em Situação de Violência Sexual**. Brusque, 2018.



ANEXOS



ANEXO A

PROFILAXIAS E ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Anticoncepção de Emergência

Indicações: A contracepção de emergência deve ser oferecida para todas as mulheres expostas a gravidez através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa, e que não utilizavam método contraceptivo no momento da violência. Deve ser iniciada em até 72 horas.

Primeira escolha

Levonorgestrel 1,5mg comp.

- A primeira dose deve ser iniciada até 72h no máximo após a relação sexual.
- Não interage farmacologicamente com antirretrovirais
- Vômito nas primeiras 2 horas – dose deve ser repetida, se houver novos vômitos, administrar via vaginal.
- Medicamentos disponíveis na REMUME

Segunda escolha (somente quando a primeira escolha não for possível)

Método de Yuzpe – 0,03mg etinilestradiol + 0,15mg levonorgestrel comp

- Pode interagir com antirretrovirais - diminuindo a eficácia da anticoncepção
- Vômito nas primeiras 2 horas – dose deve ser repetida, se houver novos vômitos, administrar via vaginal.
- Medicamentos disponíveis na REMUME

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	Oral	01 comp. em dose única
Anticonceptivos hormonais orais combinados (segunda escolha)	0,03mg de etinil- estradiol + 0,15mg de levonorgestrel/ comp.	Oral	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.

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) AO HIV

A prescrição da Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, nos casos de violência sexual, não deve ser aplicada indiscriminadamente em todos os casos. Exige avaliação quanto ao tipo de violência praticada e o tempo decorrido entre a exposição e a admissão da pessoa no Serviço Especializado de Referência da Saúde.

Especial atenção deve ser dada às puérperas expostas a situação de violência sexual, orientando a suspensão da amamentação durante o período de acompanhamento clínico-laboratorial diante dos riscos apresentados.

A PEP é considerada um tratamento de emergência e iniciada imediatamente após a exposição ao risco de infecção pelo HIV, ainda nas primeiras 24 horas da agressão e no máximo até 72h após a agressão. O esquema medicamentoso deve ser mantido, sem interrupção, por 28 dias.

Esquema preferencial para PEP: Adultos e crianças maiores de 12 anos e/ou acima de 40kg

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir (TFD)/Lamivudina (3TC)	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg) Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comp VO 1x ao dia Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
Dolutegravir (DTG)	Comprimido DTG 50mg	1 comp VO 1x ao dia

O esquema preferencial (TDF + 3TC + DTG) possui menor número de efeitos adversos e baixa interação medicamentosa, o que propicia melhor adesão e manejo clínico. Além disso, apresenta alta barreira genética, aumentando a segurança para evitar a resistência transmitida, principalmente quando a pessoa-fonte é multiexperimentada.

Esquemas alternativos para PEP

Impossibilidade de TDF: AZT + 3TC + DTG
Impossibilidade de DTG: TDF + ATV/r
Impossibilidade de ATV/r: TDF + DRV/r

Apresentações e posologias de antirretrovirais alternativos para PEP

Medicamento	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

Apesar de sua melhor tolerabilidade, o TDF está associado com a possibilidade de toxicidade renal, especialmente em pessoas com doenças renais preexistentes (ou com fatores de risco). Quando a taxa de filtração glomerular for menor que 60 mL/min ou em pessoas com história de longa duração de diabetes, hipertensão arterial descontrolada ou insuficiência renal, a indicação deve ser avaliada, considerando que a duração da exposição ao medicamento será curta (28 dias) e eventuais eventos adversos renais são normalmente reversíveis com a suspensão do medicamento.

As mulheres devem ser informadas quanto à contraindicação do uso de DTG no período pré-concepção pelo risco de malformação congênita. O DTG pode ser indicado como parte da PEP para mulheres em idade fértil desde que antes do início do seu uso seja descartada a possibilidade de gravidez e que a mulher esteja em uso regular de método contraceptivo eficaz, preferencialmente os que não dependam da adesão (DIU ou implantes anticoncepcionais)b, ou que se assegure que a mulher não tenha a possibilidade de engravidar (método contraceptivo definitivo ou outra condição biológica que impeça a ocorrência de gestação).

O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de fenitoína, fenobarbital, oxicarbamazepina, carbamazepina, dofetilida e pilsicainida. Nesses casos, o ATV/r é a medicação alternativa.

Durante o uso de ATV/r, deve-se questionar a pessoa exposta sobre o uso de medicamentos que interfiram com acidez gástrica. No caso de uso dos inibidores da bomba de próton (por exemplo, omeprazol), o uso do ATV/r está contraindicado. Já no caso de uso concomitante de antagonista de receptores de H2 (por exemplo, ranitidina, cimetidina), espera-se uma redução da concentração plasmática de ATV/r. Assim para minimizar esse efeito, o ATV/r e os antagonistas de receptores de H2 devem ser administrados com o maior intervalo possível, preferencialmente 12 horas. Nas situações de contraindicação de DTG e ATV/r, a medicação alternativa é DRV/r.



Gestantes

Esquema preferencial de ARV e medicações alternativas para PEP em gestantes

ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
TDF+ 3TC + RAL	Impossibilidade de TDF: AZT Impossibilidade de RAL: ATV/r Impossibilidade de RAL e ATV/r: DRV/r

Apresentações e posologias de ARV para PEP em gestantes

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir (TDF) +Lamivudina (3TC)	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg) Na indisponibilidade da apresentação coformulada: Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x/dia Na indisponibilidade da apresentação coformulada: 1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
Raltegravir (RAL)	Comprimido RAL 400mg	1 comprimido VO 2x/dia

Para mulheres gestantes, o esquema preferencial deve ser composto com RAL a partir da 14^a semana de gestação. Os critérios para indicação de PEP para essa população são os mesmos aplicados a qualquer outra pessoa que tenha sido exposta ao HIV.

Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso de ATV/r (Atazanavir/ Ritonavir) no lugar de RAL (Raltegravir).

Crianças e adolescentes

Esquema para PEP em crianças e adolescentes de acordo com faixa etária

FAIXA ETÁRIA	ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS
0 – 14 dias	AZT + 3TC + NVP (Nevirapina)	-
14 dias – 2 anos	AZT + 3TC + LPV/r (Lopinavir + Ritonavir)	Impossibilidade do uso de LPV/r: NVP
2 anos – 12 anos	AZT+ 3TC + RAL	Impossibilidade do uso de RAL: LPV/r

Acima de 12 anos: seguir as recomendações para adultos.

Posologia das medicações ARV na população pediátrica

Raltegravir (RAL)
14kg a <20kg: 100mg 12/12h
20kg a <28kg: 150mg 12/12h
28 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/m² 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

14 kg a 19,9kg: 2cp de manhã e 2 à noite

20 kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 2 à noite

25 kg 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/m² 1x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m² 12/12h

*calculo da superfície corporal (m²) = (Peso em Kg x 4) + 7/peso em Kg + 90;

Medicamentos disponíveis em:

- Farmácia SAE;
- Plantão da Vigilância;
- Hospital Azambuja.
- Plantão Noturno

Importante!

A pessoa exposta deve ser orientada quanto aos objetivos da PEP, de modo a observar rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração da profilaxia antirretroviral. Algumas estratégias de acompanhamento e adesão podem incluir os seguintes métodos alternativos: mensagens pelo celular, uso de aplicativos, alarmes, diários, porta-pílulas, tabelas, mapas de doses e ligações telefônicas. Recomenda-se a dispensação do esquema completo de PEP (28 dias), uma vez que essa estratégia tem um impacto positivo na adesão. A profilaxia é realizada por 28 dias. Entretanto, a quantidade contida nas embalagens é de 30 comprimidos. Não se recomenda dispensação fracionada da medicação. O descarte da sobra da medicação é definido de acordo com a organização local e a rotina de cada estado.

PROFILAXIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs)



A prevalência de IST em situações de violência sexual é elevada, e o risco de infecção depende de diversas variáveis, como o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), o número de agressores, o tempo de exposição (única, múltipla ou crônica), a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e a susceptibilidade da mulher, a condição himenal e a presença de IST ou úlcera genital prévia.

No momento inicial (momento zero) é importante a coleta de exames:

- Anti-HIV
- Anti-HCV,
- Anti-HBsAG,
- HBsAG
- Sorologia para sífilis
- Coleta de material de vagina, anus ou oral para bacterioscopia e cultura de gonococo,
- Exame para Clamídia (imunoflorescência ou PCR)
- Exame de gravidez BHCG

A profilaxia das IST não virais está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade. Gonorreia, sífilis, infecção por clamídia e tricomoníase podem ser prevenidos com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Algumas IST virais, como as infecções por Herpes Vírus e HPV, ainda não possuem profilaxias específicas. Diferentemente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das IST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de adesão, mas se recomenda a sua realização imediata, sempre que possível. Não deverão receber profilaxia pós-exposição sexual os casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida – situação comum em violência sexual intrafamiliar – ou quando ocorra uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual. As crianças apresentam maior vulnerabilidade às IST, devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de uma IST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual e deve ser notificado e investigado.

Profilaxia para IST

IST	MEDICAÇÃO	ADULTOS E ADOLESCENTES COM	CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
-----	-----------	-------------------------------	--------------------------------



		MAIS DE 45KG	MENOS DE 45KG
Sífilis	Penicilina G Benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2milhão UI em cada glúteo)	50mil UI/kg, IM, dose única (dose máxima total 2,4milhões UI)
Gonorréia	Ceftriaxona	1 ampola de 500mg, IM ou IV, dose única	125mg, IM, dose única
Clamídia	Azitromicina	1000mg, VO, dose única	20mg/kg, VO, dose única (dose máxima 1g)
Tricomoníase	Metronidazol	2g, VO, dose única	15mg/kg/dia, 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima 2g)

Disponíveis na REMUME

- Penicilina G Benzatina 1.200.000UI suspensão injetável
- Azitromicina 500mg comprimidos
- Azitromicina 40mg/ml suspensão
- Metronidazol 250mg comprimidos
- Metronidazol 4mg/ml susp oral
- Ceftriaxona 1000mg IM/IV ampola – processo licitatório em andamento

PROFILAXIA DAS HEPATITES VIRAIS

Em caso de pessoas em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto para hepatite B, o MS recomenda vacinação para HBV e imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB). A vacina para hepatite B deve ser aplicada no músculo deltóide ou na região do vasto lateral da coxa. Como essa vacina já está incluída no calendário vacinal, deverá ser considerada a imunização de crianças não vacinadas previamente. A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAHB também estão indicados na gestação, em qualquer idade gestacional.

A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende seu uso nas primeiras 48 horas a contar do ato. Não se deverá aplicar a imunoprofilaxia para hepatite B nas seguintes situações:

- Casos de violência sexual em que a vítima apresente exposição crônica e repetida;
- Pessoas cujo agressor seja sabidamente vacinado;
- Quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual

Esquema de vacinação:



Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição a material biológico

Situação vacinal e sorologia do paciente exposto	Agressor		
	AgHBs positivo	AgHBs negativo	AgHBs desconhecido ou não testado
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação
Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Previvamente vacinado			
Com resposta vacinal conhecida e adequada (≥ 10 UI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal após a primeira série (três doses)	IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAHB (2x)	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses)
Sem resposta vacinal após segunda série (seis doses)	IGHAHB (2x)	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x)
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação	Testar o profissional de saúde: Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação

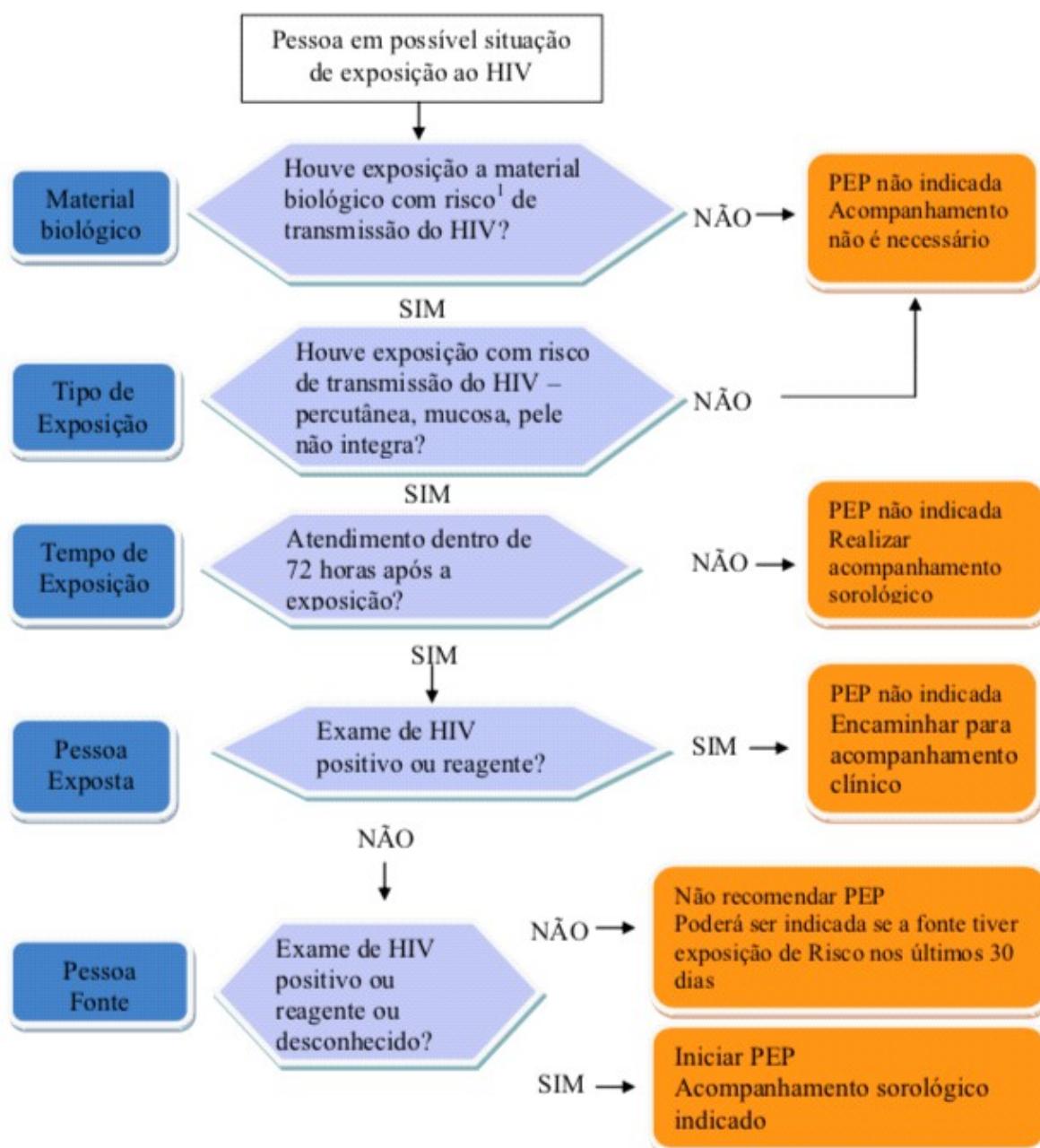
Exames

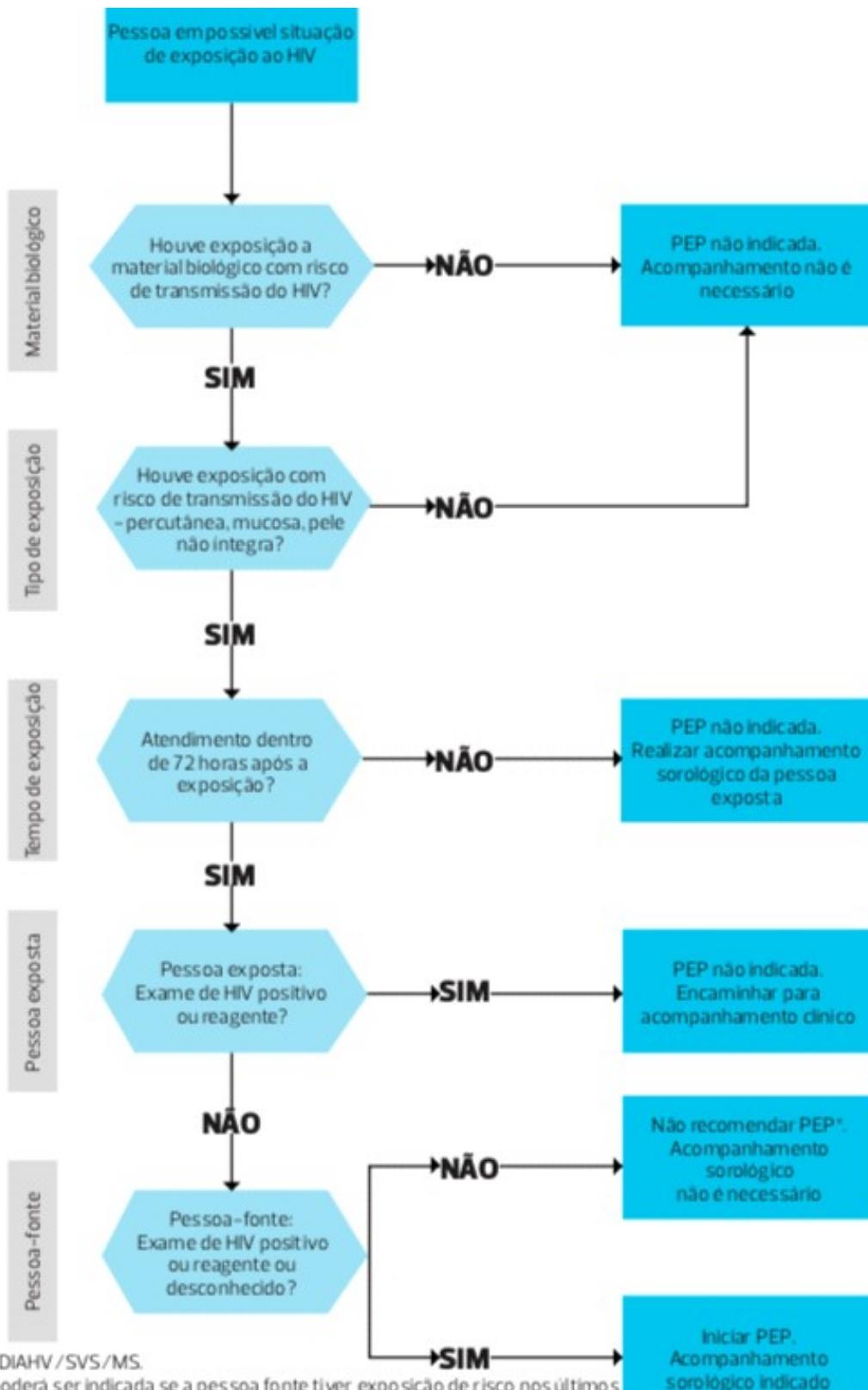
EXAMES	ADMISSÃO	2 SEMANAS	6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES
Conteúdo vaginal	sim		sim		
Sífilis (VDRL ou RPR) (teste rápido)	sim		sim	sim	sim
Anti-HIV (teste rápido)	sim		sim	sim	sim
Hepatite B- HbsAg (teste rápido)	sim			sim	sim
Hepatite C (teste rápido)	sim		sim	sim	sim
Transaminases (TGO/TGP)	sim	sim			
Hemograma	sim	sim			



BHCG	sim					
------	-----	--	--	--	--	--

1 Fluxograma para indicação da profilaxia pós exposição ao HIV



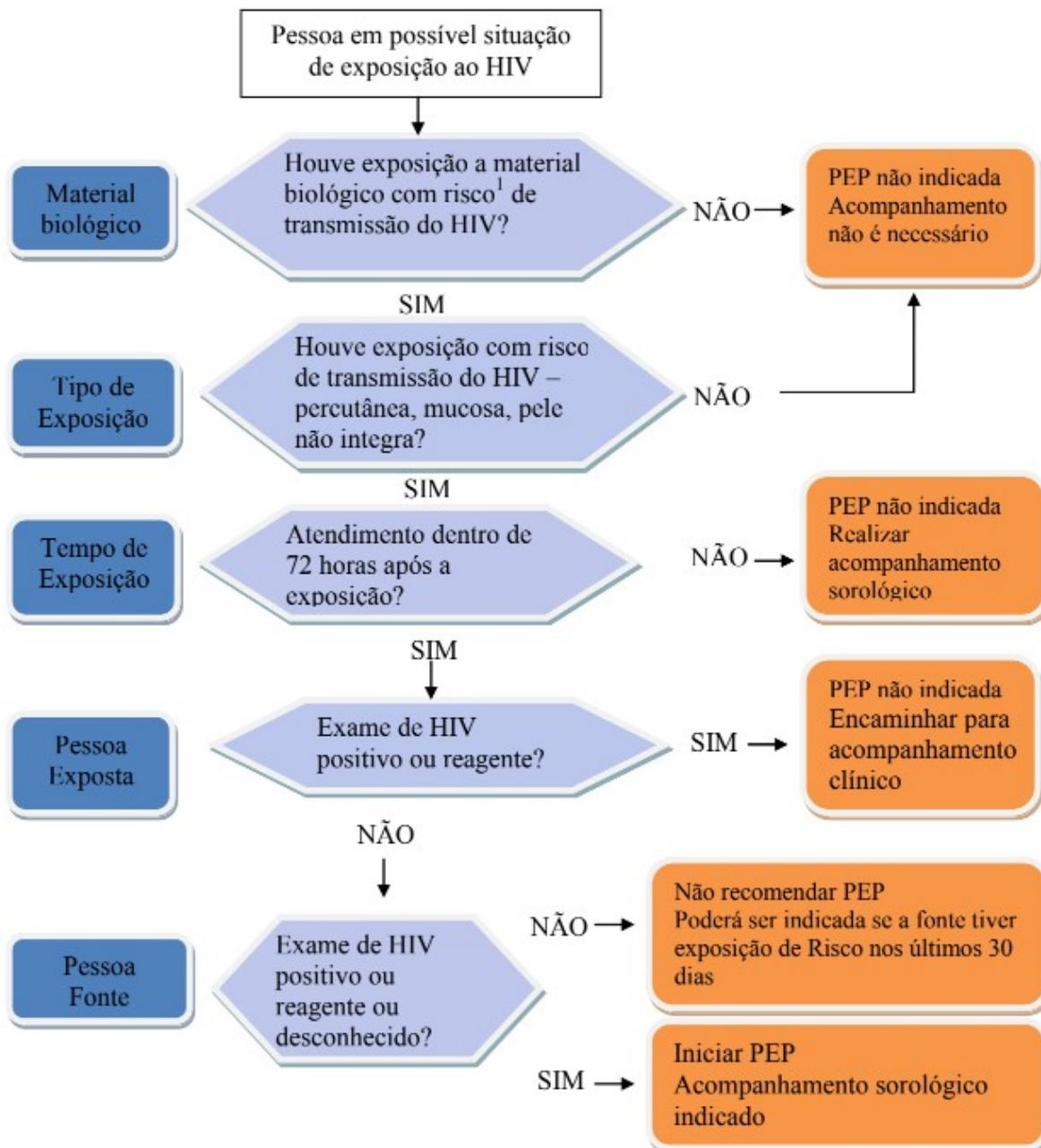


Fonte: DIAHV / SVS / MS.

*PEP poderá ser indicada se a pessoa fonte tiver exposição de risco nos últimos



Fluxograma para indicação da Profilaxia Pós Exposição ao HIV:



Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia antiretroviral pós-exposição de Infecção pelo HIV. MS, 2018

Nota:1Material Biológico com risco de transmissão pelo HIV: sangue e outros materiais contendo sangue, sêmen, fluídos vaginais/retais.



ANEXO B

FICHA DE ENCAMINHAMENTO AO SAVS

Brusque, ____ / ____ / ____.

Foi Notificado SIM () NÃO ()

UBS: _____

Data e Hora da Ocorrência da Violência ____ / ____ / ____ as ____

Nome do usuário (a) _____

DN: ____ / ____ / ____ Idade: _____ Sexo F () M ()

Cartão SUS: _____ Fone: _____

Acompanhado (a) por: _____

Observações: _____

Quais as redes de atendimento que já foram acionadas além do SAVS?

Atenciosamente,

Assinatura e Carimbo do Profissional

Preenchido pelo SAVS

Data de Chegada no serviço: ____ / ____ / ____

Acolhedor: _____