



**RioSaúde**

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

# **ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**RIO DE JANEIRO, 2026**

| Nº DOCUMENTO  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|---------------|---------|---------|---------|
| POP.MULTI.015 | 09/2026 | 09/2030 | 2/28    |

## ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

### SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVOS
3. ABRANGÊNCIA
4. DEFINIÇÕES E SIGLAS
5. RESPONSABILIDADES
6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
  - 6.1. Abordagem Inicial
  - 6.2. Orientações Gerais
  - 6.3. Exame Físico
  - 6.4. Solicitação de Exames
  - 6.5. Coleta de Vestígios
  - 6.6. Anticoncepção de Emergência (AE)
  - 6.7. Profilaxia Pós Exposição
  - 6.8. Profilaxia IST
  - 6.9. Imunoprofilaxia contra Hepatite B
  - 6.10. Notificação
7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
8. REFERÊNCIAS
9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS
  - 11.1. Anexo I - Fluxograma de atendimento a Vítima de Violência Sexual

| RESUMO DE REVISÕES |                 |                 |
|--------------------|-----------------|-----------------|
| MÊS/ANO            | DESCRIÇÃO       | PRÓXIMA REVISÃO |
| 12/2023            | Emissão Inicial | 09/2030         |
| 01                 | Versão          |                 |

| APROVAÇÕES                              |                              |                                                |                     |                                  |
|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|
| REVISÃO                                 | CHEFIA                       | COMISSÃO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DE DOCUMENTOS | NÚCLEO DE QUALIDADE | DIRETORIA                        |
| Flávia Thayná Tapajós<br>Bárbara Rottas | Allan Novaes<br>Rafael Alvim | Guilherme Santana                              | Cristiane Pacheco   | Bruno Cesar Sabino de Figueiredo |

|                                                                                  |                                    |               |         |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------|---------|
|  | PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO  | DATA    |
|                                                                                  |                                    | POP.MULTI.015 | 12/2023 |
|                                                                                  |                                    | REVISÃO       | PÁGINAS |
|                                                                                  |                                    | 12/2025       | 3/28    |
| ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL                                         |                                    |               |         |

## 1. INTRODUÇÃO

A violência sexual causa problemas graves para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva a curto e a longo prazo para a vítima, e levam a altos custos sociais e econômicos. É um grande problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos. A comunicação à autoridade de saúde é obrigatória em até 24h por meio da ficha de notificação da violência, e é uma atribuição da equipe multidisciplinar.

O atendimento às vítimas de violência sexual deve acontecer em ambiente que transmita privacidade, confiança e respeito. É necessário ouvir atentamente a situação trazida pela vítima com o intuito de analisar se há possibilidade de sofrer novamente ato de violência ou se há risco de morte.

É de suma importância descrever com riqueza de detalhes todas as informações sobre o caso, seja em relatório social, exames clínicos e prontuário eletrônico, pois estes registros podem ser fonte oficial de informações e a sua completude evita que o paciente não necessite repetir a história e reviva o ato de violência sofrido. As principais informações que devem ser coletadas nesse atendimento são: nome completo, data de nascimento, data, local e horário do ocorrido; tipo de violência sexual sofrido; tipificação e número de autores envolvidos.

## 2. OBJETIVOS

- Definir o fluxo de atendimento a vítimas de violência sexual;
- Encaminhar para atendimentos especializados multiprofissionais às vítimas para que receba tratamento integral e humanizado.

## 3. ABRANGÊNCIA

Unidades de urgência e emergência (UPAS e CER) e Maternidade da Rocinha geridas pela RioSaúde.

## 4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

### 4.1. Definições

A violência sexual é "qualquer ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa por meio de coerção, por outra pessoa, independentemente de sua relação com a

|                                                                                                           |          |                                    |                               |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|  <b>Rio</b><br>PREFEITURA | RIOSAUDE | PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO<br>POP.MULTI.015 | DATA<br>12/2023 |
|                                                                                                           |          |                                    | REVISÃO<br>12/2025            | PÁGINAS<br>4/28 |
| ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL                                                                  |          |                                    |                               |                 |

vítima e em qualquer âmbito. Compreende o estupro, definido como a penetração mediante coerção física ou de outra índole, da vulva ou ânus com um pênis, outra parte do corpo ou objeto”. (OPAS,2018)

## 4.2. Siglas

**3TC** – Lamivudina

**AE** – Anticoncepção de Emergência

**ARV** – Antirretroviral ATV – Atazanavir AZT – Zidovudina

**BO** – Boletim de Ocorrência CF – Constituição Federal DRV – Darunavir

**DTG** - Dolutegravir

**ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente

**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**IML** – Instituto Médico Legal

**IST** – Infecção Sexualmente Transmissível LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família NVP - Nevirapina

**PEP** – Profilaxia Pós Exposição

**RAL** - Raltegravir

**RTV** – Ritonavir

**SINAN** – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

**TDF** - Tenofovir

**TR** – Teste Rápido

|                                                                                                       |                                    |                               |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|  <div>RIO SAÚDE</div> | PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO<br>POP.MULTI.015 | DATA<br>12/2023 |
|                                                                                                       |                                    | REVISÃO<br>12/2025            | PÁGINAS<br>5/28 |
| ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL                                                              |                                    |                               |                 |

## 5. RESPONSABILIDADES

| ATIVIDADE                                                                                                                                                                              | RESPONSABILIDADE                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 5.1. Prestar acolhimento com olhar humanizado.                                                                                                                                         | Equipe Multidisciplinar                     |
| 5.2. Realizar Anamnese e Exame Físico.                                                                                                                                                 | Enfermeiro e Médico                         |
| 5.3. Acionar a equipe de Serviço Social.                                                                                                                                               | Enfermeiro e Médico                         |
| 5.4. Realizar Teste Rápido para investigação de IST.                                                                                                                                   | Equipe de Enfermagem                        |
| 5.5. Realizar orientações acerca de dúvidas sobre uso de medicamentos e curativos.                                                                                                     | Equipe de Enfermagem                        |
| 5.6. Prescrever contracepção de emergência (se for o caso).                                                                                                                            | Médico                                      |
| 5.7. Contribuir junto a equipe multidisciplinar na garantia do direito supracitado, não se fazendo necessária a autorização prévia para realizar o atendimento médico do paciente.     | Assistente Social                           |
| 5.8. Buscar familiares e/ou responsáveis ou rede de apoio do paciente, caso este autorize, visando acolhimento.                                                                        | Equipe Multidisciplinar                     |
| 5.9. Quando desacompanhado, mediante autorização do paciente, realizar busca ativa por familiares e/ou responsáveis ou rede de apoio orientando sobre a necessidade de comparecimento. | Assistente Social e Equipe Multidisciplinar |
| 5.10. Prescrever profilaxias para HIV, IST e Hepatite B (de acordo com o quadro 5).                                                                                                    | Médico                                      |
| 5.11. Realizar comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência.                                                                     | Médico, Enfermeiro e Assistente Social      |
| 5.12. Solicitar Exames complementares.                                                                                                                                                 | Médico                                      |

|                                                                                  |                                    |               |         |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------|---------|
|  | PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO  | DATA    |
|                                                                                  |                                    | POP.MULTI.015 | 12/2023 |
|                                                                                  |                                    | REVISÃO       | PÁGINAS |
|                                                                                  |                                    | 12/2025       | 6/28    |
| <b>ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b>                                  |                                    |               |         |

|                                                                                                                                                             |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>5.13.</b> Direcionar para atenção primária para acompanhamento com Clínica da Família em até 24h e orientar familiares ou responsáveis ou rede de apoio. | <b>Enfermeiro, Médico ou Assistente Social</b> |
| <b>5.14.</b> Registrar em prontuário de maneira detalhada todos os achados físicos encontrados e o relato da vítima.                                        | <b>Equipe Multidisciplinar</b>                 |
| <b>5.15.</b> Orientar sobre a importância da pessoa registrar o boletim de ocorrência.                                                                      | <b>Equipe Multidisciplinar</b>                 |
| <b>5.16.</b> Verificar Sinais Vitais.                                                                                                                       | <b>Técnico de Enfermagem</b>                   |
| <b>5.17.</b> Promover higiene corporal, caso necessário.                                                                                                    | <b>Técnico de Enfermagem</b>                   |
| <b>5.18.</b> Reconhecer os sinais de violência não declarada.                                                                                               | <b>Equipe Multidisciplinar</b>                 |
| <b>5.19.</b> Acolher as pessoas em situação de violência de forma humanizada sem preconceitos e juízos de valor.                                            | <b>Equipe Multidisciplinar</b>                 |
| <b>5.20.</b> Garantir a necessária privacidade durante o atendimento, estabelecendo um ambiente de confiança e respeito.                                    | <b>Equipe Multidisciplinar</b>                 |
| <b>5.21.</b> Dispensar o medicamento profilático prescrito.                                                                                                 | <b>Farmacêutico e ou o Técnico de Farmácia</b> |

## 6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

### 6.1. Abordagem inicial

- A recepção deve realizar o cadastro da vítima e encaminhá-la à classificação de risco.
- Após, será direcionada ao consultório médico onde será atendida por este profissional e, caso necessário, em conjunto com a equipe multidisciplinar.
- A equipe multidisciplinar aciona o/a assistente social que realizará orientações acerca da rede socioassistencial para estes casos.

|                                                                                  |                                    |               |         |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------|---------|
|  | PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO  | DATA    |
|                                                                                  |                                    | POP.MULTI.015 | 12/2023 |
|                                                                                  |                                    | REVISÃO       | PÁGINAS |
|                                                                                  |                                    | 12/2025       | 7/28    |
| <b>ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b>                                  |                                    |               |         |

- O atendimento à vítima de violência sexual é considerado uma emergência, devendo assim, ser prioritário.
- A equipe deve estar atenta aos casos de pacientes que possuem nome social, ou seja, nome pelo qual a pessoa deseja ser tratada, o profissional deve proceder o registro do nome social na pulseira de identificação mediante solicitação do próprio interessado, acompanhado do nome civil. POP.DEA.002.
- Assim que o paciente passar pela recepção e classificação de risco, o enfermeiro de plantão deve contatar a equipe de Serviço Social e médico para realização do acolhimento em conjunto, quando fora do horário do serviço do Serviço Social, o médico junto com outro profissional de saúde deverá realizar o acolhimento.
- Os profissionais devem orientar sobre a importância de se registrar o Boletim de Ocorrência. Porém se a pessoa não deseja registrar o B.O, sua vontade deverá ser respeitada, orientando sobre seus direitos.
- Os (as) assistentes sociais, obrigatoriamente devem comunicar ao Conselho Tutelar quando o paciente for menor de 18 anos, nas situações de violências contra adolescentes e crianças, uma cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente.
- Acionar a autoridade policial; Ministério Público; Promotoria, Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso quando o paciente for maior de 60 anos.
- Para todos os casos suspeita ou de violência sexual, registrar no SINAN através do link abaixo [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha\\_notificacao\\_violencia\\_domestica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf)
- A equipe (enfermeiro, médico ou serviço social) deverá realizar a notificação em até 24h. O seu preenchimento deve ser realizado com base nas informações coletadas na consulta médica envolvida no atendimento emergencial.
- Na farmácia, deverá ser entregue o Formulário de Solicitação de Medicamentos (Anexo II - Formulário de Solicitação de Medicamentos), para a retirada do tratamento.

### Equipe Multidisciplinar

- Diante da complexidade do manejo de algumas situações apresentadas é necessário um atendimento livre de preconceitos e atos negativos. É importante que toda equipe tenha uma comunicação coesa e esteja alinhada quanto às necessidades da pessoa que sofreu violência.

|                                                                                                           |                 |                                                 |                                      |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
|  <b>Rio</b><br>PREFEITURA | <b>RIOSAUDE</b> | <b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br/>PADRÃO</b>      | <b>Nº DOCUMENTO</b><br>POP.MULTI.015 | <b>DATA</b><br>12/2023 |
|                                                                                                           |                 |                                                 | <b>REVISÃO</b><br>12/2025            | <b>PÁGINAS</b><br>8/28 |
|                                                                                                           |                 | <b>ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |                                      |                        |

- Na ausência do/da Assistente social a equipe pode realizar as seguintes orientações: encaminhar para Delegacia; realizar denúncia via órgão competente, como por exemplo: Ministério Público/ Promotoria; Conselhos de competências e realizar a notificação do SINAN.
- No momento da detecção, após o acolhimento inicial e conhecimento do tipo de violência sofrida pela mulher, é necessário avaliar o risco a que está submetida, que por vezes podem estar interligados: suicídio, feminicídio, homicídio ou violência contra crianças

## 6.2. Orientações Gerais

- No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal. Cabe ao órgão Instituto Médico Legal (IML) o exame de DNA para identificação do agressor.
- Recomenda-se que o atendimento seja realizado até 72 horas da agressão devido à maior eficácia das medidas profiláticas.
- A equipe de saúde deve orientar sobre a importância da pessoa registrar o Boletim de Ocorrência (BO), pois este é um direito de cidadania e contribui para o enfrentamento da impunidade do(a) agressor(a). O atendimento da pessoa em situação de violência nos serviços de saúde não é obrigatório para a apresentação do Boletim de Ocorrência.
- Os profissionais precisam ficar atentos sobre suas concepções pessoais sobre o problema, para distinguir essa interação de um encontro pessoal e conferir-lhe um propósito profissional. Aqui, vão alguns exemplos práticos de como incluir essa perspectiva nos atendimentos realizados:
  - Não critique ou culpabilize a mulher com base em seus valores pessoais.
  - Não faça comentários depreciativos sobre suas escolhas de vida, por exemplo, religião, formas de criar os filhos, relacionamentos, contexto profissional, entre outros.
  - Deixe a mulher se expressar e não a interrompa, mesmo que você discorde de algo que ela disse.
  - Evite frases como “não é tão ruim assim” ou “você está exagerando” ou “o que você fez para que ele lhe agredisse”, que podem deslegitimar as experiências e os sentimentos da pessoa e causar revitimização.

|                                                                                                       |                                    |                               |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|  <div>RIO SAÚDE</div> | PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO<br>POP.MULTI.015 | DATA<br>12/2023 |
|                                                                                                       |                                    | REVISÃO<br>12/2025            | PÁGINAS<br>9/28 |
| ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL                                                              |                                    |                               |                 |

- Não se alie à mulher para retaliar o(a) autor(a) da violência. Se ela pedir que tome uma posição contra o(a) parceiro(a), você pode dizer que esse atendimento é direcionado a ela e ao que ela quer, mudando o foco da conversa. Não podemos falar de quem não está na consulta.
- Muitos profissionais relatam medo de que o cuidado aos casos de violência implique nas questões legais, especialmente sobre a necessidade de prestar depoimento e/ou serem testemunhas em caso de judicialização. Lembre-se de que é obrigação o registro adequado no prontuário: segundo o art. 207 do Código de Processo Penal, certos profissionais, devido à natureza de sua atividade, não podem testemunhar sobre informações que adquiriram em função de seu trabalho, declarando impedimento. O sigilo sobre informações dos pacientes obtidas durante o atendimento tem caráter absoluto, isso protege a confidencialidade e a confiança essenciais às relações. A exceção é somente se a pessoa a quem as informações se referem autorizar a revelação, permitindo que o profissional preste depoimento se desejar.

### 6.3. Exame Físico

- Local reservado, respeitando a privacidade da vítima.
- Explicar a importância do exame físico e a possibilidade de coleta de material no IML; informar os passos do exame, os locais do corpo a serem tocados, explicando os procedimentos que serão realizados. Havendo a recusa, a decisão e autonomia da pessoa devem ser respeitadas.
- O registro do exame físico deve ser completo, descrevendo as lesões em sua localização, tamanho, número e forma, preferencialmente no sentido craniocaudal, inclusive as lesões genitais e extragenitais.
- O exame deve ser realizado por um profissional médico acompanhado de um enfermeiro.

### 6.4. Solicitação de Exames

- $\beta$ -hCG
- Sorologias: Anti-HIV; Hepatite B (HbsAG e anti Hbs); Hepatite C (anti- HCV); Sífilis (VDRL)
- Bioquímica: Hemograma, TGO, TGP, Bilirrubinas, Uréia, Creatinina

|                                                                                  |                                    |               |         |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------|---------|
|  | PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO  | DATA    |
|                                                                                  |                                    | POP.MULTI.015 | 12/2023 |
|                                                                                  |                                    | REVISÃO       | PÁGINAS |
|                                                                                  |                                    | 12/2025       | 10/28   |
| ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL                                         |                                    |               |         |

## 6.5. Coleta de vestígios

- Encaminhar o paciente para o Instituto Médico Legal.

## 6.6. Anticoncepção de Emergência (AE)

- A AE deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação (ou que já apresentem sinais de puberdade) e que estejam antes da menopausa.
- A equipe multidisciplinar deve estar atenta aos casos de violência sexual a homem trans - pois, podem necessitar de anticoncepção de emergência.
- A AE é desnecessária em caso de uso regular de método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou dispositivo intrauterino (DIU).
- Orientar sobre os efeitos secundários mais frequentes do uso da AE são as náuseas e os vômitos. Se o vômito ocorrer nas primeiras 2 horas após a administração da AE, recomenda-se que a dose seja repetida. Caso o vômito ocorra novamente, dentro do mesmo prazo, recomenda-se a administração da AE por via vaginal.
- A AE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso. Porém entre o 4º e 5º dia da violência sexual a AE ainda oferece razoável proteção, embora com taxas de falha maiores.
- Esquemas AE:
  - **1º opção** – Levonorgestrel, 1 comprimido de 1,5 mg VO ou 2 comprimidos de 0,75 mg, dose única, até 5 dias após a relação sexual (a)
  - **2º opção** – Levonorgestrel, 1 comprimido de 0,75 mg VO de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos, até 5 dias após a relação sexual (a)
  - A eficácia é sempre maior quanto mais próximo à relação for utilizada a anticoncepção de emergência.

|                                                                                  |                                    |                                          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
|  | PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO<br>POP.MULTI.015            | DATA<br>12/2023  |
|                                                                                  |                                    | REVISÃO<br>12/2025                       | PÁGINAS<br>11/28 |
|                                                                                  |                                    | ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL |                  |

6.7. Profilaxia Pós-Exposição

- O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite às 72 horas subsequentes à exposição, após esse período não está mais indicada a profilaxia ARV. Entretanto, se o material e o tipo de exposição forem de risco, recomenda-se acompanhamento sorológico.
- Deve-se realizar inicialmente o teste rápido. Caso o resultado seja não reagente, deverá ser prescrito o PEP conforme protocolo.
- A dispensação do KIT PEP pela farmácia seguirá o POP.FARM.006 (Dispensação de KIT PEP - Profilaxia Pós Exposição).
- Se houver um segundo resultado reagente, encaminhar o paciente para a clínica da família.
- Quando recomendada a PEP, independentemente do tipo de exposição ou do material biológico envolvido, o esquema antirretroviral preferencial indicado para homens e mulheres é o tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + dolutegravir (DTG) 50mg por 28 dias.

Esquema antirretroviral preferencial para PEP:

| MEDICAMENTO  | APRESENTAÇÃO                                                                                                                                                                     | POSOLOGIA                                                                                                                                                                    |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TDF(a) + 3TC | <p>Comprimido coformulado (TDF 300 mg + 3TC 300 mg)</p> <p><b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b></p> <p>Comprimido TDF 300 mg +<br/>Comprimido 3TC 150 mg</p> | <p>1 comprimido VO 1x/dia</p> <p><b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b></p> <p>1 comprimido TDF 300 mg VO 1x/dia + 2 comprimidos 3 TC 150 mg VO 1x/dia</p> |
| DTG(a)       | Comprimido DTG 50mg                                                                                                                                                              | 1 comprimido VO 1x/dia                                                                                                                                                       |

(a) O DTG está indicado para pessoas com idade >6 anos e peso>20kg.  
 Fonte: MS, 2024.

|                                                                                                           |                 |                                                 |                               |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|
|  <b>RIO</b><br>PREFEITURA | <b>RIOSAUDE</b> | <b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br/>PADRÃO</b>      | Nº DOCUMENTO<br>POP.MULTI.015 | DATA<br>12/2023  |
|                                                                                                           |                 |                                                 | REVISÃO<br>12/2025            | PÁGINAS<br>12/28 |
|                                                                                                           |                 | <b>ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |                               |                  |

Quadro 5 – Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

|                        |                                                                                                            |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recomendada            | Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas |
| Individualizar decisão | Penetração oral com ejaculação                                                                             |
| Não recomendada        | Penetração oral sem ejaculação                                                                             |
|                        | Uso de preservativo durante toda a agressão                                                                |
|                        | Agressor sabidamente HIV negativo                                                                          |
|                        | Violência sofrida há mais de 72 horas                                                                      |
|                        | Abuso crônico pelo mesmo agressor                                                                          |

Fonte: (HAVENS, 2003).

#### Esquemas Alternativos para PEP:

- Na impossibilidade de realização de alguma das medicações do esquema preferencial, mantendo a duração de 28 dias, considerar:
- Impossibilidade de TDF: AZT/3TC + DTG
- Impossibilidade de DTG: TDF/3TC + ATV + RTV

#### Apresentações e posologias de antirretrovirais alternativos para PEP:

| MEDICAMENTO                                          | APRESENTAÇÃO                                       | POSOLOGIA                                        |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>AZT</b> – Zidovidina /<br><b>3TC</b> – Lamivudina | Comprimido coformulado<br>(AZT 300 mg + 3TC 150mg) | 1 Comprimido VO 2x/dia                           |
| <b>TDF</b> - Tenofovir                               | Comprimido 300 mg                                  | 1 Comprimido VO 1x/dia                           |
| <b>DRV</b> – Darunavir +<br><b>RTV</b> – Ritonavir   | DRV: Comprimido 800 mg<br>RTV: Comprimido 100 mg   | 1 Comprimido VO 1x/dia<br>1 Comprimido VO 1x/dia |

Fonte: MS, 2024.

|                                                                                  |                                    |                                          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
|  | PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO<br>POP.MULTI.015            | DATA<br>12/2023  |
|                                                                                  |                                    | REVISÃO<br>12/2025                       | PÁGINAS<br>13/28 |
|                                                                                  |                                    | ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL |                  |

Esquema preferencial de ARV e medicamentos alternativos para PEP em Gestantes:

| ESQUEMA PREFERENCIAL | MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TDF/3TC + DTG (a)    | <p>Impossibilidade de tenofovir: zidovudina AZT 300 mg / lamivudina (3TC) 150 mg, 1 comprimido 2 vezes ao dia + dolutegravir (DTG) 50 mg 1 vez ao dia.</p> <p>Impossibilidade de dolutegravir: darunavir (DRV) 600 mg + ritonavir (RTV) 100 mg 2 vezes ao dia.</p> |

Fonte: MS, 2024.

Gestantes: Apresentações e posologias de ARV preferenciais para PEP:

| MEDICAMENTO | APRESENTAÇÃO                                                                                                                                                                 | POSOLOGIA                                                                                                                                             |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TDF + 3TC   | <p>Comprimido coformulado (TDF 300 mg + 3TC 300 mg)</p> <p><b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b></p> <p>Comprimido TDF 300 mg + Comprimido 3TC 150 mg</p> | <p>1 Comprimido VO 1x/dia</p> <p><b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b></p> <p>1 Comprimido VO 1x/dia + 2 Comprimidos VO 1x/dia</p> |

Fonte: MS, 2024.

|                                                                                  |                                    |                                          |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|------------------|
|  | PROCEDIMENTO OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO<br>POP.MULTI.015            | DATA<br>12/2023  |
|                                                                                  |                                    | REVISÃO<br>12/2025                       | PÁGINAS<br>14/28 |
|                                                                                  |                                    | ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL |                  |

**Crianças e Adolescentes: Esquema para PEP em de acordo com faixa etária:**

| FAIXA ETÁRIA                          | ESQUEMA PREFERENCIAL                                                                                                                                                                                                                 | MEDICAÇÕES ALTERNATIVAS                                                                                                                                |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 – 4 semanas de vida                 | a. Baixo risco de exposição ao HIV: AZT (em qualquer IG)<br><br>b. Alto risco de exposição ao HIV: AZT + 3TC + RAL (IG: 37 semanas ou mais) OU<br><br>AZT + 3TC + NVP (IG: 34 a 37 semanas) OU<br><br>AZT (IG: abaixo de 34 semanas) | AZT + 3TC + NVP (IG: 37 semanas ou mais)                                                                                                               |
| Acima de 4 semanas de vida até 6 anos | AZT + 3TC + DTG 5 mg                                                                                                                                                                                                                 | Impossibilidade do uso de DTG: LPV/RTV OU DRV/RTV                                                                                                      |
| 6 a 12 anos                           | Zidovudina + lamivudina + dolutegravir 50 mg ou Tenofovir + lamivudina + dolutegravir 50 mg OU<br><br>Tenofovir + lamivudina + dolutegravir 50 mg OU<br><br>Zidovudina + lamivudina + dolutegravir 50 mg                             | Impossibilidade do uso de dolutegravir: darunavir/ritonavir ou lopinavir/ritonavir.<br><br>Impossibilidade do uso de dolutegravir: darunavir/ritonavir |
| 12 anos ou mais                       | TDF(c) + 3TC + DTG 50 mg OU<br><br>AZT + 3TC + DTG 50 mg                                                                                                                                                                             | Impossibilidade do uso de DTG: DRV/RTV                                                                                                                 |

a - Consultar também o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes”, disponível em [www.aids.gov.br/pcdt](http://www.aids.gov.br/pcdt).

b - Acima de 35kg.

c - Acima de 40kg.

|                                                                                                       |                                       |               |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|---------|
|  <div>RIOSAUDE</div> | PROCEDIMENTO<br>OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO  | DATA    |
|                                                                                                       |                                       | POP.MULTI.015 | 12/2023 |
|                                                                                                       |                                       | REVISÃO       | PÁGINAS |
|                                                                                                       |                                       | 12/2025       | 15/28   |
| ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL                                                              |                                       |               |         |

## Posologia das medicações ARV na população pediátrica:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dolutegravir (DTG)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| >20 kg: 50 mg 1x/dia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Raltegravir (RAL)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>› <b>Comprimidos mastigáveis 100mg</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» 14 kg a &lt;20 kg: 100 mg 12/12h</li> <li>» 20 kg a &lt;28 kg: 150 mg 12/12h</li> <li>» 28 kg a &lt;40 kg: 200 mg 12/12h</li> <li>» &gt;40 kg: 300 mg 12/12h</li> </ul> </li> <li>› <b>Comprimidos 400 mg</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» ≥25 kg: 400 mg 2x/dia</li> </ul> </li> <li>› <b>Granulado 100 mg/sachê</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>» RN com 37 semanas de idade gestacional ou mais: 1ª semana, 1,5 mg/kg 1x/dia; da 2ª a 4ª semana, 3 mg/kg/dose 2x/dia</li> <li>» ≥ 4ª semana: 6 mg/kg/dose 2x/dia</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Zidovudina (AZT)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>› RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2 mg/kg/dose 12/12h</li> <li>› RN com 30 a 35 semanas de idade gestacional: 2 mg/kg/dose 12/12h por 14 dias e 3 mg/kg/kg 12/12h a partir do 15º dia</li> <li>› RN com 35 de semanas de idade gestacional ou mais (até 4 kg): 4 mg/kg/dose</li> <li>› 4 kg a 9 kg: 12mg/kg/dose 12/12h</li> <li>› 9 kg a 30 kg: 9mg/kg/dose 12/12h</li> <li>› ≥ 30 kg: 300 mg 12/12h</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                       |                                       |                               |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|------------------|
|  <div>RIOSAUDE</div> | PROCEDIMENTO<br>OPERACIONAL<br>PADRÃO | Nº DOCUMENTO<br>POP.MULTI.015 | DATA<br>12/2023  |
|                                                                                                       |                                       | REVISÃO<br>12/2025            | PÁGINAS<br>16/28 |
| ACOLHIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL                                                              |                                       |                               |                  |

### Lamivudina (3TC)

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

### Lopinavir/ritonavir (LPV/r)

#### › Solução oral: 80/20 mg/mL

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

#### › Comprimido infantil: 100 mg/25 mg

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

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

| Nº DOCUMENTO  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|---------------|---------|---------|---------|
| POP.MULTI.015 | 09/2026 | 09/2030 | 17/28   |

**ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**Atazanavir + ritonavir (ATV/r)**

› Cápsulas 300/100 mg

» ≥ 40 kg: 1 cp 1x ao dia

**Nevirapina (NVP) – uso neonatal: na PEP deve ser utilizada durante 14 dias**

› Peso de nascimento 1,5 a 2 kg: 8 mg (0,8 mL)/dose 12/12h

› Peso de nascimento >2 kg: 12 mg (1,2 mL)/dose 12/12h

› Peso de nascimento <1,5 kg: não usar NVP

Fonte: MS, 2024.

A quimioprofilaxia antirretroviral deve ser prescrita para 28 dias em todas as situações. É obrigatório o preenchimento do Formulário de Solicitação de Medicamentos PEP para retirada do item na farmácia da unidade.

## 6.8. Profilaxia IST

- O esquema recomendado para profilaxia de ISTs não virais é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina. Os esquemas recomendados estão no quadro abaixo:

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

**Nº DOCUMENTO**

POP.MULTI.015

**DATA**

09/2026

**REVISÃO**

09/2030

**PÁGINAS**

18/28

**ACOLHIMENTO À VÍTIMA 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<br>(dose máxima total: 2,4 milhões UI)                                               |
| Infecção por N. gonorrhoeae e C. trachomatis | Ceftriaxona<br><br>Azitromicina | 500 mg, 1 ampola, IM, dose única<br><br>500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única | Ceftriaxona: 125 mg, IM, dose única<br><br>Azitromicina: 20 mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total: 1g) |
| Tricomoníase                                 | Metronidazol (b, c)             | 2g, VO, dose única                                                            | 15 mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)                                       |

(a) Como profilaxia e em caso 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 ARV.

Fonte: MS, 2024.

- A gravidez, não contraindica este esquema profilático recomendado, porém o Metronidazol deve ser evitado no primeiro trimestre de gestação.

## 6.9. Imunoprofilaxia contra Hepatite B

- A imunoprofilaxia contra a hepatite B deve ser considerada nos casos em que haja suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluidos corpóreos do agressor. A paciente deve ser encaminhada à Clínica da Família.

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

| Nº DOCUMENTO  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|---------------|---------|---------|---------|
| POP.MULTI.015 | 09/2026 | 09/2030 | 19/28   |

### ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

#### 6.9.1. Prevenção da Hepatite B

- Se a vítima não foi vacinada ou tiver vacinação incompleta contra Hepatite B, encaminhar a uma unidade básica de saúde para vacinação e ao CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais) para avaliação de necessidade de IGHAHB (Imunoglobulina humana anti-hepatite B).
- A vacinação e a imunoglobulina devem ser administradas o mais precocemente possível (preferencialmente nas primeiras 24 horas).
- A imunoglobulina pode ser utilizada até, no máximo, 14 dias depois da exposição, sendo administrada em local anatômico diferente da vacina.

#### 6.9.2. Prevenção da Hepatite C

- Não existe, até o momento, medicação profilática ou vacina contra Hepatite C

#### 6.10. Notificação

- Compõe o atendimento integral à saúde de pessoas em situação de violência, o registro da notificação compulsória de suspeita ou evidência de violências interpessoais e autoprovocadas definidas pela legislação (violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas) de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.271 de 06/06/2014.
- Preencher todas as abas da ficha de notificação.
- As notificações de violência são compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, do Brasil.
- Notificar casos de violência sexual e tentativa de suicídio (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) para as Secretarias Municipais de Saúde.
- Ficha de notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras violências.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha\\_notificacao\\_violencia\\_domestica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf)

| PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO          |         |         |         |
|------------------------------------------|---------|---------|---------|
| Nº DOCUMENTO                             | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
| POP.MULTI.015                            | 09/2026 | 09/2030 | 20/28   |
| ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL |         |         |         |

### 6.11. Lista de Contatos para suporte

- Oferecer informação sobre locais e instituições que podem auxiliar nos casos de necessidade de Medidas Legais e Protetivas:

#### ○ Para Mulheres:

- Se a mulher tiver interesse em fazer o registro da ocorrência, encaminhar para DEAM (Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher)
- DEAM – CENTRO ENDEREÇO: Visconde do Rio Branco, 12 PLANTÃO: (21)2332-9994 / 2332- 9995
- DEAM – JACAREPAGUÁ ENDEREÇO: Rua Henriqueta, 197 - Tanque PLANTÃO: (21)2332-2578/2638/ 2574/ 2575
- I E V JUIZADO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER DA CAPITAL. Av.
- Erasmo Braga, 115 – Lâmina II, 12º andar. Sala: 1204. TEL: 3133-3865

#### ○ Centros Especializados de Atendimento à Mulher em Situação de Violência

- CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO À MULHER (CIAM) MÁRCIA LYRA ENDEREÇO:
- Rua Regente Feijó, nº 15 – Centro – CEP: 20060-060 TELEFONE: (21) 2332-7199 – Fax:
- (21) 2334-8248 ATENDIMENTO: social, psicológico e Orientação jurídica.

#### ○ Outros recursos:

- 180 – Central de Atendimento à Mulher em situação de Violência Doméstica 2253-1177- Disque Denúncia
- 0800-282-0119 – Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher da ALERJ

#### ○ Para Crianças ou Adolescentes:

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

| Nº DOCUMENTO  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|---------------|---------|---------|---------|
| POP.MULTI.015 | 09/2026 | 09/2030 | 21/28   |

**ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

- No caso de vítimas serem crianças ou adolescentes, oferecer o atendimento na Delegacia da Criança e Adolescente Víctima/DCAV
- LOCAL: Hospital Municipal Souza Aguiar ENDEREÇO: Praça da República, 111 – Centro Tel.: 3111-2611

○ **Para Pessoa Idosa:**

- Núcleo Especial de Atendimento à Pessoa Idosa da Defensoria Pública do Rio de Janeiro
- ENDEREÇO: Rua Humberto de Campos, nº 315, loja A, Leblon, Rio de Janeiro, RJ. Telefones para agendamento de atendimento: 2332-6342 ou 2332-6243 ATENDIMENTO: segunda a quinta-feira – horário de 11h às 16h.
- Promotoria de Justiça de Proteção ao Idoso: (21) 2550-1528

○ **Para Homens:**

- Atentar para os casos relacionados à homofobia
- Acesso a locais de atendimento - <http://www.defensoria.rj.def.br/Cidadao/Enderecos-para-Atendimento>
- RIO SEM HOMOFOBIA - [WWW.RIOSEMHOMOFOBIA.RJ.GOV.BR](http://WWW.RIOSEMHOMOFOBIA.RJ.GOV.BR) - atendimento jurídico,
- social e psicológico
- DISQUE DIREITOS HUMANOS – DISQUE 100
- COORDENADORIA ESPECIAL DA DIVERSIDADE SEXUAL (CEDS) – SITE: [WWW.CEDSRIO.COM.BR/SITE/](http://WWW.CEDSRIO.COM.BR/SITE/)

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

| Nº DOCUMENTO  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|---------------|---------|---------|---------|
| POP.MULTI.015 | 09/2026 | 09/2030 | 22/28   |

**ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

**7. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS**

- LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
- LEI Nº 10.741/2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências
- LEI Nº 11.340/2006 - Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.
- LEI Nº 12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- LEI Nº 13.931/2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher
- Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

| Nº DOCUMENTO  | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|---------------|---------|---------|---------|
| POP.MULTI.015 | 09/2026 | 09/2030 | 23/28   |

**ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

## 8. REFERÊNCIAS

- OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde – Violência contra mulheres. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 04 Maio 2023
- LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. – Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 04 Maio 2023.
- LEI Nº 15.126, DE 2025 (Altera a Lei nº 8.080/90). Inclui a atenção humanizada como um princípio e diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em: 16 Outubro 2025
- Norma Técnica - Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios – Ministério da Saúde 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf). Acesso em: 04 Maio 2023.
- NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 264/2024 - CGESMU/DGCI, DESCO e DEPPROS/SAPS/MS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-264-2024-cgesmu-dgci-desco-e-deppros-saps-ms.pdf> Acesso em: 16 Outubro 2025
- LEI Nº12.845, DE 1º DE AGOSTO DE 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm). Acesso em: 04 Maio 2023.
- Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014 – Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em 05 Mai 2023
- EBSEH - ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES E MENINAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL–2021.
- Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/protocolos-assistenciais/AssistnciasMulhereseMeninasviolnciassexualfinal...pdf>. Acesso em: 08 Mai 2023.
- Ministério da Saúde - PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO (PEP) À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS. 2024 Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/copy3\\_of\\_PCDT\\_PEP\\_interativo.pdf](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/copy3_of_PCDT_PEP_interativo.pdf)

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

| Nº DOCUMENTO                                    | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|-------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| POP.MULTI.015                                   | 09/2026 | 09/2030 | 24/28   |
| <b>ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |         |         |         |

- FERNANDES, A. A. ACOLHIMENTO E FLUXO DE ATENDIMENTO À DIVERSIDADE, 2021. Disponível em: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/Protocolo-de-Acolhimento-da-Diversidade.pdf>. Acesso em: 27 Dez 2023.
- Nota Técnica Nº 2/2025-COSAJ/CGCRIAJ/DGCI/SAPS/MS (Fevereiro/2025). Orientações sobre o atendimento de pessoas em situação de violência. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-2-2025-cosaj-cgcriaj-dgci-saps-ms> Acesso em: 16 Outubro 2025
- Guia Prático para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Doméstica na Atenção Primária à Saúde – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (2025). file:///C:/Users/00463430/Downloads/Guia%20pr%C3%A1tico%20de%20cuidado%20%C3%A0%20mulher%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20viol%C3%Aancia.pdf Acesso em: 16 Outubro 2025

## 9. TRATAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

| Tipo Documental                           | Código de Classificação | Série Documental                              | Classificação de Acesso | Prazo de Guarda                            |                       | Destinação                                                                                                           |
|-------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                           |                         |                                               |                         | Arquivo Corrente                           | Arquivo Intermediário |                                                                                                                      |
| Prontuário do paciente                    | 18.01.01.00<br>1        | Prontuário do paciente                        | Restrito                | A vigência esgota-se com o último registro | 20 anos               | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de janeiro de 2022) |
| Solicitação de exames                     | 18.02.01.00<br>1        | Requisição de exames complementares           | Restrito                | A vigência esgota-se ao final de cada mês  | 5 anos                | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de janeiro de 2022) |
| Formulário de solicitação de medicamentos | 18.03.01.00<br>3        | Formulário de solicitação de antirretrovirais | Restrito                | A vigência esgota-se ao final de cada ano  | 5 anos                | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ nº 02, de janeiro de 2022) |

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

**Nº DOCUMENTO**

**DATA**

**REVISÃO**

**PÁGINAS**

POP.MULTI.015

09/2026

09/2030

25/28

**ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

|                                                                         |                  |                                                                       |          |                                           |        |                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências | 18.04.01.00<br>1 | Ficha de identificação e notificação compulsória de doenças e agravos | Restrito | A vigência esgota-se ao final de cada ano | 5 anos | Eliminação (de acordo com procedimentos técnicos estabelecidos pela Portaria "N" GI/AGCRJ |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

**10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR**

| Versão | Alteração       | Data    | Elaboração/Revisão                                                              | Validação                                     | Aprovação                        |
|--------|-----------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|
| 00     | Emissão inicial | 12/2025 | Virginia Luiza Ponte<br>Flávia Thayná Tapajós<br>Taíza Moreno<br>Bruna Oliveira | Robert Grossi<br>Allan Novaes<br>Rafael Alvim | Daniel da Mata                   |
| 01     | Item 8          | 09/2026 | Flávia Thayná Tapajós<br>Bárbara Rottas                                         | Allan Novaes<br>Rafael Alvim                  | Bruno Cesar Sabino de Figueiredo |

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Nº DOCUMENTO

POP.MULTI.015

DATA

09/2026

REVISÃO

09/2030

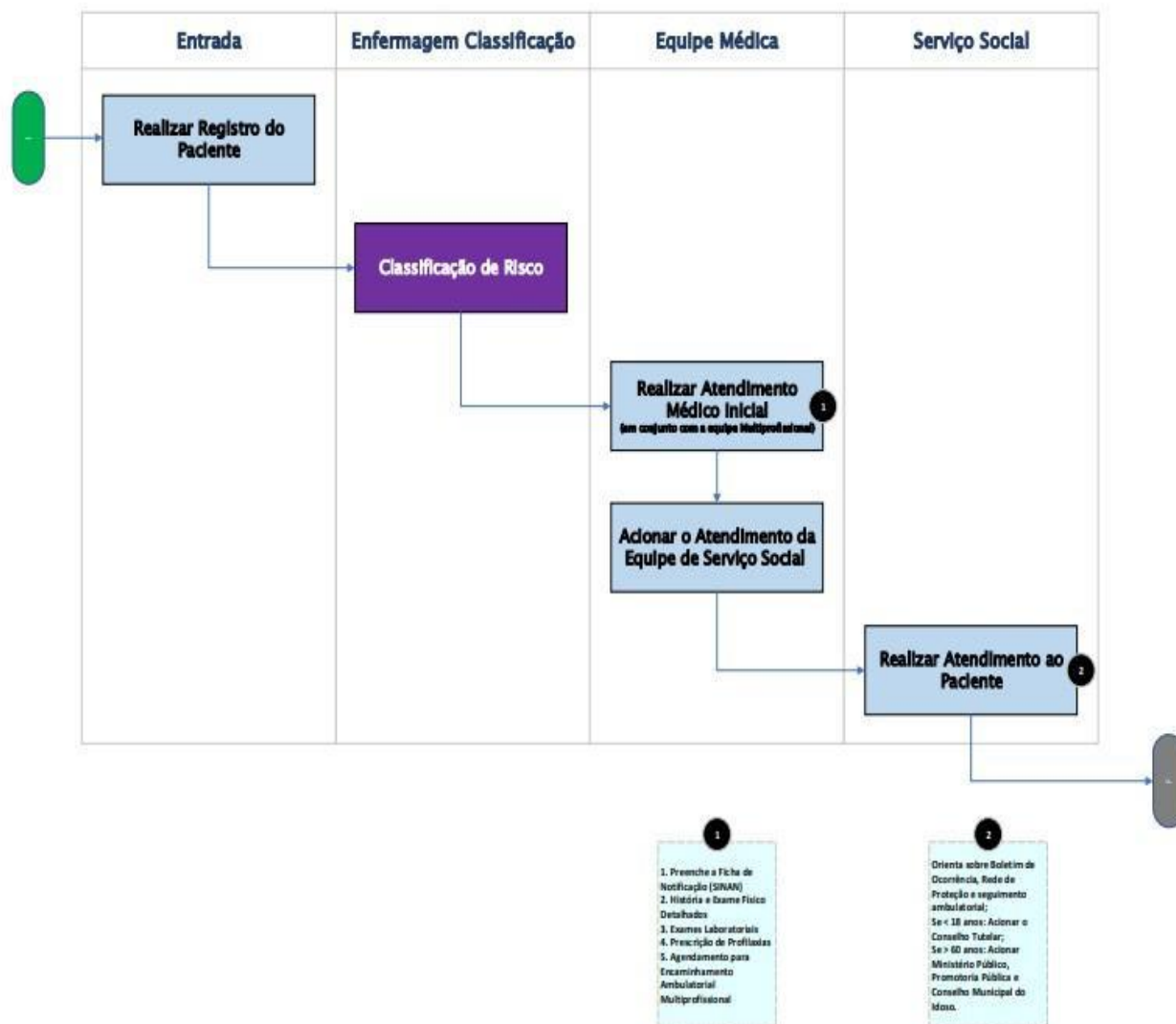
PÁGINAS

26/28

### ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

## 11. ANEXOS

### 11.1. Anexo I - Fluxograma de atendimento a Vítima de Violência Sexual



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

| Nº DOCUMENTO                                    | DATA    | REVISÃO | PÁGINAS |
|-------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| POP.MULTI.015                                   | 09/2026 | 09/2030 | 27/28   |
| <b>ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b> |         |         |         |

**12.2 - Anexo II - Formulário de Solicitação de Medicamentos**

| SUS+ FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS - PEP                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 | SETEMBRO/2025                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cadastro Serviço                                                                                                                                                                                                            | 1. Serviço de atendimento*<br><input type="radio"/> Atenção Primária<br><input type="radio"/> Serviço Especializado<br><input type="radio"/> Serviço de urgência ou emergência                                             |                                                                                                           | 2. Origem do acompanhamento:*<br><input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 3. CNES do Serviço de Atendimento                                                                                                                                                                                          |                                                                                                           | 4. Nome do Serviço de Atendimento:                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
| Cadastro Usuário                                                                                                                                                                                                            | 5. CPF*                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           | 6. CNS – Cartão Nacional de Saúde                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 7. Prontuário                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                           | 8. Identificação Preferencial do Usuário*<br><input type="radio"/> Nome Civil<br><input type="radio"/> Nome Social                                                                                                                              |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 9. Nome Completo do Usuário - Civil*                                                                                                                                                                                       |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 10. Nome Social                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 11. Nome Completo da Mãe*                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 12. Data de Nascimento*                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           | 13. Raça/cor*<br><input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Preta                                                                              |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 14. Sexo atribuído ao Nascimento*<br><input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Intersexo                                                                                        |                                                                                                           | 15. Identidade de Gênero*<br><input type="radio"/> Mulher CIS <input type="radio"/> Homem CIS <input type="radio"/> Mulher trans <input type="radio"/> Homem trans <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Não binário             |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 16. Orientação Sexual*<br><input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica                                                                                |                                                                                                           | 17. UF de Nasc.*                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 18. Cidade de Nascimento*                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                           | 19. País de Nascimento*                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 20. Nacionalidade*                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                           | 21. Situação do Migrante:<br><input type="radio"/> Residente <input type="radio"/> Não residente                                                                                                                                                |                                                                                                                                                              |
| 22. Habitante de fronteira*<br><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                            | 23. UF de Residência*                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
| 24. Cidade de Residência*                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                            | 25. Gestante*<br><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
| 26. Escolaridade*<br><input type="radio"/> Nenhum/ Sem educação formal <input type="radio"/> De 1 a 3 anos <input type="radio"/> De 4 a 7 anos <input type="radio"/> De 8 a 11 anos <input type="radio"/> De 12 a mais anos |                                                                                                                                                                                                                            | 27. Pessoa em situação de rua no momento*<br><input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não          |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
| 28. Pessoa privada de liberdade no momento*<br><input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                            | 29. Permite Contato*<br><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                               |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
| 30. Tipo de telefone:<br><input type="radio"/> Residencial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Celular                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                            | 31. Telefone para contato (DDD-Número)                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
| 32. Observações:                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                            | 33. E-mail                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
| Exposição                                                                                                                                                                                                                   | 34. Circunstância da Exposição:*<br><input type="radio"/> Acidente com Material Biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual                                         |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 | 35. Data da exposição*                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                             | 36. Teste para HIV*<br><input type="radio"/> Teste Rápido <input type="radio"/> Autoteste <input type="radio"/> Sorologia                                                                                                  |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 | 37. Nos últimos 3 meses, você trocou sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?<br><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| Prescrição                                                                                                                                                                                                                  | <b>38. Esquemas preferenciais para PEP e posologias</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | <b>Faixa etária/ou critérios</b>                                                                                                                                                                                           |                                                                                                           | <b>Esquemas Preferenciais</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | Acima de 6 anos (mais de 20kg)/Adultos                                                                                                                                                                                     |                                                                                                           | <input type="radio"/> <b>Tenofovir / Lamivudina</b> 300mg/300mg (TDF/3TC) + <b>Dolutegravir</b> 50mg (DTG)<br><small>≥ 35 kg</small><br>Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp./dia)                                                    |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 0 a 4 semanas (1 mês de vida) <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                           | <input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia<br><input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia<br><input type="radio"/> Raltegravir (RAL) _____ mL suspensão Oral 10mg/mL/dia (granulado) |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | Acima de 4 semanas a 6 anos                                                                                                                                                                                                |                                                                                                           | <input type="radio"/> Zidovudina (AZT) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia<br><input type="radio"/> Lamivudina (3TC) _____ mL de sol. oral 10mg/mL/dia<br><input type="radio"/> Dolutegravir (DTG) _____ comp. para suspensão 5mg (≥ 3kg)         |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | Pessoas em uso de rifampicina, carbamazepina, fenitoína ou fenobarbital                                                                                                                                                    |                                                                                                           | <input type="radio"/> <b>Tenofovir / Lamivudina</b> 300mg/300mg (TDF/3TC) + <b>Dolutegravir</b> 50mg (DTG)<br>Posologia: TDF/3TC (1 comp./dia) + DTG (1 comp. 12/12 horas)                                                                      |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 39. Autotestes dispensados para usuário e/ou pares e parcerias sexuais:<br><input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 |                                                                                                           | 40. Pessoa fonte multiexperimentada?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe                                                                                                                        |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | 41. Esquema alternativo?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não                                                                                                                                              |                                                                                                           | 42. Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada ou esquemas alternativos.*<br>(Informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária)                                                    |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | Medicamento                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                           | Apresentação                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                             | Posologia Diária                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
| 43. Prescritor<br>Tipo de conselho _____<br>UF do conselho: _____<br>Data: ____/____/____ Nº do conselho _____<br><small>(carimbo e assinatura)</small>                                                                     |                                                                                                                                                                                                                            | 44. Técnico Responsável pela dispensação<br>Data: ____/____/____<br><small>(carimbo e assinatura)</small> |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |
| 45. Recebi em:<br>Data: ____/____/____<br><small>(assinatura do Usuário SUS)</small>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                              |

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

**Nº DOCUMENTO**

POP.MULTI.015

**DATA**

09/2026

**REVISÃO**

09/2030

**PÁGINAS**

28/28

**ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

| ORIENTAÇÕES GERAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Preencha adequadamente cada espaço/lacuna disponível do Formulário.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| DETALHAMENTO DOS CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |
| <p><b>01. Serviço de Atendimento:</b> Informar qual o tipo de serviço de atendimento da Exposição, se Atenção Primária, Serviço Especializado, Serviço de Urgência e Emergência, CTA, Extramuros e Teleatendimento.</p> <p><b>02. Origem do acompanhamento:</b> Especificar se o receituário é de origem de estabelecimentos privados/planos de saúde ou do SUS.</p> <p><b>03. CNES do Estabelecimento de Saúde:</b> Informar o número do CNES do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.</p> <p><b>04. Nome do Estabelecimento de Saúde:</b> Informar o nome do estabelecimento de saúde onde o usuário foi atendido.</p> <p><b>05. CPF:</b> O preenchimento do CPF corretamente é obrigatório, salvo situações como: estrangeiros, pessoa em situação de rua no momento, pessoa privada de liberdade no momento, indígena.</p> <p><b>06. CNS - Cartão Nacional de Saúde:</b> Número a ser preenchido de acordo com o cartão nacional de saúde (cartão SUS) do(a) usuário(a).</p> <p><b>07. Prontuário:</b> Número do Prontuário do(a) Usuário(a) SUS no serviço de saúde.</p> <p><b>08. Identificação Preferencial do Usuário:</b> Se a pessoa se identificar como mulher transexual, homem transexual ou travesti/mulher travesti, perguntar com qual nome de identificação prefere ser chamado(a), se pelo nome social ou pelo nome de registro civil. Sempre se referir à pessoa pelo seu nome de preferência (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>09. Nome Completo do Usuário - Civil:</b> Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p><b>10. Nome Social:</b> Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.</p> <p><b>11. Nome Completo da Mãe:</b> Nome civil completo da mãe, sem qualquer abreviação.</p> <p><b>12. Data de Nascimento:</b> Informar a data de nascimento da pessoa exposta. Para RN, informar a data de nascimento da mãe.</p> <p><b>13. Raça/cor:</b> Pedir ao(a) usuário(a) que refira, dentre as opções disponíveis, sua raça/cor. É importante observar que esta classificação deverá ser auto-referida.</p> <p><b>14. Sexo atribuído ao nascimento:</b> Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>15. Identidade de Gênero:</b> 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).</p> <p><b>16. Orientação Sexual:</b> 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).</p> <p><b>17. UF de Nascimento:</b> Unidade da Federação de nascimento do usuário SUS. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>18. Cidade de Nascimento:</b> Informar a cidade de nascimento da pessoa que recebeu a profilaxia.</p> <p><b>19. País de Nascimento:</b> Informar o país de nascimento do(a) Usuário(a) SUS. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>20. Nacionalidade:</b> Informar a nacionalidade do CPF do(a) Usuário(a) SUS. (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>21. Situação do estrangeiro:</b> Informar se o paciente estrangeiro é residente ou não residente. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>22. Habitante de Fronteira:</b> Verificar se o paciente é habitante de fronteira, independentemente de ser residente ou não. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>23. UF de residência:</b> Unidade da Federação da residência do usuário SUS. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>24. Cidade de Residência:</b> Informar a cidade de residência da pessoa que recebeu a profilaxia. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>25. Gestante:</b> Informar se a Usuária SUS está gestante ou não. Se gestante, informar a idade gestacional em semanas (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>26. Escolaridade:</b> Preencher com o correspondente ao número de anos de estudo concluídos do(a) usuário(a), dentre as faixas disponíveis. A classificação é obtida em função do número de anos que a pessoa teve acesso a estudo, e/ou o grau que a pessoa está frequentando ou frequentou. Lembretes: até 3ª série do ensino fundamental marcar "1 a 3 anos de estudo concluídos"; 4ª a 7ª série do ensino fundamental marcar "4 a 7 anos de estudo concluídos"; ensino fundamental completo ou ensino médio marcar "8 a 11 anos de estudo concluídos"; ensino superior completo ou incompleto marcar "de 12 a mais anos de estudo concluídos" (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>27. Pessoa em situação de rua no momento:</b> Informar se o(a) usuário(a) está em situação de rua ou não. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>28. Pessoa privada de liberdade no momento:</b> Informar se o(a) usuário(a) está no sistema prisional ou em outra instituição de privação de liberdade. (preenchimento obrigatório)</p> <p><b>29. Permite contato:</b> Informar se o usuário (a) permite ser contatado (preenchimento obrigatório). Para resposta afirmativa preencher os campos 29, 30, 31 e 32.</p> <p><b>30. Tipo de telefone:</b> Informar se o telefone é residencial, comercial ou celular.</p> <p><b>31. Telefone para contato (DDD + número):</b> Nº do telefone deve ser precedido pelo DDD.</p> <p><b>32. Observações:</b> Observações referentes ao telefone informado que facilitem o contato, tais como nome do contato, horário para contato, Se é número de whatsapp, etc., ou demais informações que forem pertinentes.</p> <p><b>33. E-mail:</b> E-mail de contato do(a) usuário(a).</p> <p><b>34. Circunstância da Exposição:</b> Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. Se a circunstância da exposição for parto ou aleitamento materno, favor usar formulário específico "Formulário de Solicitação de Medicamentos – Prevenção da Transmissão Vertical" (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>35. Data da Exposição:</b> Informar a data que ocorreu a exposição de risco. (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>36. Teste para HIV:</b> Inserir o tipo de teste para HIV realizado (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>37. Você troca sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços?:</b> Informar se nos últimos 3 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo. (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>38. Esquemas preferenciais para PEP e posologias:</b> Lista dos Esquemas antiretrovirais oferecidos pelo SUS, o prescritor deverá assinalar um "x" no esquema preferencial.</p> <p><b>39. Número de autoteste de HIV para entregar para usuário (a), pares/ parcerias sexuais:</b> Assinalar a quantidade de autotestes dispensados para o/a usuário/a para sua autotestagem e entrega para pares e/ou parcerias sexuais.</p> <p><b>40. Pessoa fonte multiexperimentada:</b> Assinalar se pessoa fonte conhecida com histórico de ser multiexperimentada a antiretrovirais. (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>41. Esquemas alternativos:</b> Assinalar caso seja prescrito esquema alternativo. Os medicamentos de escolha deverão ser informados no campo específico com prescrição legível. (preenchimento obrigatório).</p> <p><b>42. Prescrição legível para situações em que a pessoa fonte é sabidamente HIV multiexperimentada ou esquemas alternativos.</b> Informar o medicamento, a apresentação e a posologia diária.</p> |  |  |

| Faixa Etária                        | Esquema Preferencial  | Medicamentos Alternativos                                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Adultos e crianças acima de 6 anos* | TDF/3TC + DTG 50mg    | Impossibilidade do uso de TDF: AZT<br>Impossibilidade do uso de DTG 50mg: DRV/r 800mg + 100mg |
| 0 a 14 dias de vida                 | AZT + 3TC + RAL       | Impossibilidade do uso de RAL: NVP                                                            |
| Acima de 14 dias a 4 semanas        | AZT + 3TC + RAL       | Impossibilidade do uso de RAL: NVP                                                            |
| Acima de 4 semanas até 6 anos       | AZT + 3TC + DTG 5mg** | Impossibilidade do uso de DTG: LPV/r                                                          |

Posologia pelo peso: \*TDF ≥ 35kg; DTG 50mg ≥ 20kg; \*\*DTG 5mg ≥ 3kg.

**43. Prescritor:** Assinatura e carimbo do prescritor responsável.

**44. Técnico responsável pela dispensação:** Assinatura do técnico responsável pela dispensação.

**45. Recebi em:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.