

Recomendações para Profilaxia das IST's em situação de violência sexual

Profilaxias das IST's não virais em vítimas de violência sexual

IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Benzilpenicilina benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão em cada glúteo) em dose única	50.000 UI/kg, IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões de ui)
Gonorreia	Ceftriaxona+ azitromicina	Ceftriaxona: 500mg, 1 ampola, IM, dose única Mais Azitromicina 500 mg 2 comprimidos, VO, dose única (total dose 1g)	Ceftriaxona 125 ng, IM, dose única Mais Azitromicina: 20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total 1g)
Infecção por clamídia	Azitromicina	500mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20mg/kg de peso, VO, dose única (dose máxima total 1g)
Tricomoniase	Metronidazol	500 mg, 4 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g) * Não utilizar no 1º trimestre de gestação	15mg/kg/dia, divididos em 3 doses/dia, por 7 dias (dose diária máxima: 2g)

* Em pessoas que comprovada a hipersensibilidade aos medicamentos indicados, devem-se utilizar fármacos alternativos conforme PCDT para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis IST que está nas referências abaixo;

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

Prevenção de gravidez em situação de violência sexual

Apresentação	Posologia
Levonorgestrel 0,75 mg caixa com 2 comprimidos	1 comprimido 12/12 horas até 5 dias após a relação sexual ou 2 comprimidos dose única*

* A eficácia é sempre maior quanto mais próximo da relação for utilizado.

Profilaxia do HIV

O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição. Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição

Esquema preferencial PEP adulto
1 comprimido coformulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50mg ao dia. Duração por 28 dias

Formulários para solicitação de antirretrovirais: http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php

Esquema para PEP preferencial em crianças e adolescentes de acordo com faixa etária		
Faixa Etária	Esquema preferencial	Medicações Alternativas
0-14 dias	AZT+3TC+ RAL	AZT+ 3TC+ NVP
14 dias- 4 semanas	AZT+3TC+ RAL	Impossibilidade do uso oral de RAL: LPV/R
Acima de 4 semanas a 6 anos	AZT+3TC+ DTG 5mg	Impossibilidade do uso de DTG5mg:LPV/R
Acima de 6 anos (mais de 20kg) /adulto	TDF**+3TC+DTG50 mg***	Impossibilidade do uso de DTG 50mg:ATV/r ou DRV/r

*Peso ≥ 3kg- ** Peso ≥ 35 kg ***≥20kg

Posologia das medicações ARV na população pediátrica

<p>Lamivudina (3TC)</p> <p>RN com 34 semanas de idade gestacional ou mais e < 30 dias de vida: 2 mg/kg/dose 12/12 horas >30 dias: 4mg/kg/dose 12/12 h (dose máxima 300mg/dia) ≥12 anos: 150 mg 12/12 h</p>	<p>Dolutegravir (DTG)</p> <p>> 20 kg: 50 mg 1 x/dia</p>
<p>Atazanavir+ ritonavir (ATV/r)</p> <p>Cápsulas 300/100 mg ≥ 40kg:1 CP 1x ao dia</p>	<p>Nevirapina (NVP) uso neonatal: na PEP deve ser utilizada durante 14 dias</p> <p>Peso nascimento 1,5 a 2 kg: 8 mg (0,8ml) /dose12/12 h Peso do nascimento >2 kg:12 mg (1,2ml) /dose 12/12 horas Peso de nascimento <1,5 kg: não usar NVP</p>
<p>Raltegravir (RAL)</p> <p>Comprimidos mastigáveis 100 mg 14 kg a <20 kg: 100mg 12/12 horas 20 kg a < 28 kg: 150 mg 12/12 horas 28 kg a <40 kg: 200mg 12/12 horas >40 kg:300 mg12/12 horas Comprimidos 400 mg ≥25 kg:400mg 2xdia Granulado100mg/sachê</p> <p>RN com 37 semanas de idade gestacional ou mais:1ª semana 1,5mg/kg 1X/dia; da 2ª a 4ª semana, 3mg/kg/dose 2x/dia ≥4ª semana:6mg/kg/dose 2xdia</p>	<p>Zidovudina (AZT)</p> <p>. RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose 12/12h . RN com 30 a 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/kg 12/12 h a partir do 15ª dia . RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais (até 4kg):4mg/kg/dose 4 kg a 9 kg: 12mg/kg/dose 12/12 h 9 a 30 kg: 9mg/kg dose 12/12h ≥30 kg:300mg 12/12h</p>
<p>Lopinavir/ ritonavir (LPV/r)</p> <p>Solução oral: 80/20mg/ml</p> <p>≥14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m² 12/12 h 1 mês a 6 meses: 1ml 12/12h 6 a 12 meses: 1,5ml 12/12h 1 a 3 anos: 2 ml 12/12 h 3 a 6 anos: 2,5ml 12/12 h 6 a 9 anos: 3 ml 12/12h 9 a 14 anos: 4 ml 12/12h</p>	<p>Lopinavir/ ritonavir (LPV/r)</p> <p>Comprimido infantil: 100mg/25 mg</p> <p>10kg a 13,9kg: 2 cp de manhã e 1 á noite 14 kg a 19,9 kg: 2 cp de manhã e 2 á noite 20 kg a 24,5 kg: 3 cp de manhã e 2 á noite 25 kg a 29,5 kg: 3 cp manhã e 3 á noite 35 kg: 400mg/100mg de 12/12h</p>

Para as crianças que foram amamentadas por pessoa-fonte com risco de transmissão de HIV, deve-se orientar a imediata interrupção da amamentação e cuidados com a mama, extração e descarte do leite ordenhado, enquanto realiza investigação diagnóstica.

Profilaxia de Hepatite B

Se a vítima não for vacinada ou estiver com vacinação incompleta contra hepatite B, deve ser vacinada ou completar a imunização. Para pessoas presumidamente suscetíveis, expostas a pessoas infectadas pelo HBV (HBsAg reagente) ou pertencentes a grupos de alto risco de infecção pelo HBV (pessoas que usam drogas, por exemplo) por agressão sexual, está indicada a administração de IGHAB e vacina hepatite B recombinante (HB) o mais precocemente possível (preferencialmente nas primeiras 24 horas), as quais podem ser utilizadas até, no máximo, 14 dias depois da exposição, em locais anatômicos diferentes

Profilaxia HPV

Pessoas de 9 a 14 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino, imunocompetentes vítimas de violência sexual – esquema de 2 doses conforme Calendário Nacional de Vacinação de rotina. Administrar 2 (duas) doses da vacina com intervalo de 6 (seis) meses entre a primeira e a segunda dose (0 e 6 meses);

Pessoas de 15 a 45 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino, imunocompetentes vítimas de violência sexual – esquema de 3 doses, administrar 2(duas) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e terceira dose 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).

Pessoas de 9 a 45 anos de idade, do sexo biológico feminino e masculino nas indicações especiais (vivendo com HIV/Aids, transplantados de órgãos sólidos ou medula óssea e pacientes oncológicos, imunossuprimidos por doenças e/ou tratamento com drogas imunossupressoras) vítimas de violência sexual - esquema de 3 doses, administrar 2 (duas) doses com intervalo de 2 (dois) meses entre a primeira e segunda dose e terceira dose 6 (seis) meses entre a primeira e terceira dose (0, 2 e 6 meses).

Ressalta-se que as pessoas previamente vacinadas (esquema completo) não necessitarão de doses suplementares. Aquelas com esquema incompleto deverão receber as doses necessárias para completar seu esquema vacinal.

Fluxos e Considerações sobre os medicamentos:

- 1) Os medicamentos para profilaxia do HIV estão disponíveis na farmácia da 21ª regional de saúde que funciona de segunda a sexta das 08- 17 horas - telefone (42) 3273-3311- endereço Rua Vice Prefeito Reginaldo Nocera, nº137 Centro;
- 2) Aos finais de semana, feriados e a noite a farmácia da regional de saúde trabalha em regime de plantão para atender a essas demandas- Telefone do plantão da regional de saúde 24 horas- 42 8882-5049 (ligação e whatsapp)
- 3) Em caso de esquema de criança entrar em contato com a farmácia da regional previamente antes da prescrição e verificar qual esquema/dose disponível no momento;
- 4) Para prescrição dos medicamentos para profilaxia do HIV o formulário de solicitação precisa estar corretamente e completamente preenchido acompanhado de receita médica;
- 5) Os antibióticos podem ser retirados na farmácia central ou na farmácia da unidade de pronto atendimento;
- 6) Pílula do dia seguinte (levonogestrel 0,75 mg) tem disponível nas farmácias das UBS e na UPA;
- 7) Caso de dúvidas ou maiores informações sobre o assunto consultar os protocolos clínicos do ministério da saúde nos links abaixo.
- 8) O ideal é que o formulário de solicitação de medicamentos antirretrovirais PEP seja impresso do próprio site do ministério da saúde considerando as atualizações constantes: Site <http://azt.aids.gov.br/> -> documentos ou http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília, 2022 Acesso: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.** – Brasília, 2021 Acesso: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2021/hiv-aids/prot_clinico_diretrizes_terap_pep_risco_infeccao_hiv_ist_hv_2021.pdf/view

Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Nota Técnica nº 63/2023. **Inclusão de vítimas de violência sexual como grupo prioritário para vacinação contra o HPV, para pessoas de nove a 45 anos de idade, ainda não vacinados contra HPV.** Acesso: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/agosto/arquivos/nota-tecnica-63-2023-cgici-dpni-svsa-ms.pdf>

Formulários para solicitação de antirretrovirais: http://azt.aids.gov.br/documentos/lista_doc.php

Termo de Consentimento Informado-Exames e profilaxias

Secretaria Municipal de Saúde Telêmaco Borba- PR



Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ Prontuário/IDS: _____ UBS de referência _____

Responsável: _____ Parentesco: _____

Telefone: _____ Horário da ocorrência: _____

O abaixo assinado _____, ou pessoa responsável pelo (a) paciente _____, declara ter recebido informações do (a) do (a) profissional de saúde a respeito dos seguintes procedimentos e seus possíveis efeitos colaterais.

Realização de exames

Sorologia para sífilis	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou	<input type="checkbox"/> não realizado
Sorologia Hepatite B e C	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou	<input type="checkbox"/> não realizado
Sorologia anti- HIV	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou	<input type="checkbox"/> não realizado
Teste de gravidez	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou	<input type="checkbox"/> não realizado

Contraceção de emergência

Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro- se a vítima for mulher em idade fértil- (mulheres idade fértil até 5 dias após a relação)

Aceitou Não aceitou não se aplica motivo _____

Prevenção das infecções sexualmente transmissíveis

Medicamentos utilizados para prevenir doenças que podem ser adquiridas pelo contato sexual.

Sífilis- benzetacil	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou	<input type="checkbox"/> N.A ou encaminhamento p adm posterior na referência
Gonorreia- Metronidazol	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou	<input type="checkbox"/> N.A ou encaminhamento p adm posterior na referência
Clamídia azitromicina	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou	<input type="checkbox"/> N.A ou encaminhamento p adm posterior na referência
Tricomonas metronidazol	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou	<input type="checkbox"/> N.A ou encaminhamento p adm posterior na referência
Hepatite B	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou	<input type="checkbox"/> N.A ou encaminhamento p adm posterior na referência
Profilaxia HPV	<input type="checkbox"/> Aceitou	<input type="checkbox"/> Não aceitou	<input type="checkbox"/> N.A ou encaminhamento p adm posterior na referência

N.A.=Não se aplica Adm= administração

Prevenção da infecção pelo HIV

Medicamento usados para diminuir a possibilidade de contrair HIV após contato sexual (limite de 72 horas subsequentes à exposição)

Aceitou Não aceitou não se aplica motivo _____

Observações: _____

Assinatura da pessoa em situação de violência ou responsável

1ª Testemunha: _____ 2ª Testemunha _____

Assinatura do profissional de saúde: _____ Data _____