



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente
Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS

NOTA TÉCNICA Nº 222/2025-CGHA/.DATHI/SVSA/MS

1. ASSUNTO

Dispõe sobre reforço de recomendações para indicação da Profilaxia Pós- Exposição (PEP) ao risco de infecção pelo HIV, hepatites virais, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) às pessoas sobreviventes de violência sexual.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

A violência sexual no Brasil se configura enquanto um desafio para a saúde pública e para os direitos humanos, pois se trata de uma grave violação da integridade das vítimas. De acordo com dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em 2023 foram registrados mais de 83 mil casos de estupro e estupro de vulnerável. A violência atinge majoritariamente as mulheres, sendo que a maior parte das vítimas são crianças e adolescentes com menos de 13 anos (61%) e mulheres negras (52%). Importante reconhecer a subnotificação enquanto problemática pungente, cuja estimativa é de que apenas 10% dos casos sejam reportados - ou seja, a projeção é de que o número de casos de violência sexual esteja na base de 800 mil casos.

A alta prevalência da violência sexual demanda do Sistema Único de Saúde (SUS) a organização da rede de atenção à saúde (RAS) de forma a garantir cuidado integral, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) e pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Por isso, as orientações relacionadas à oferta de PEP expostas nesta Nota fazem parte do conjunto de orientações para a organização de uma rede integrada de atenção às mulheres e meninas em situação de violência sexual.

Importante também lembrar da abordagem fundamental de prevenção à gestação não desejada de forma oportuna, com o uso de contracepção de emergência, como o contraceptivo hormonal oral de emergência (levonorgestrel 1.5mg) e o DIU de cobre, para uso em até 5 dias pós evento (120 horas). No caso de gestação confirmada, a interrupção gestacional é direito previsto em lei nos casos decorrentes de violência sexual, devendo os profissionais de todos os dispositivos da RAS conhecerem os fluxos no território e assegurarem o devido encaminhamento aos serviços de referência para acolhimento, orientação e, se for desejo da sobrevivente de violência, acesso aos procedimentos pertinentes. A violência sexual pode ter importantes consequências na saúde mental das vítimas, muitas vezes levando a transtornos de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade - o que exige, para além da atenção às necessidades de saúde física, articulação intra e intersetorial para os cuidados em saúde mental.

O risco de transmissão do HIV e outras IST é aumentado em casos de violência sexual devido a vários fatores. A literatura destaca que este tipo de violação pode resultar em lesões genitais e aumento do sangramento, o que aumenta a probabilidade de transmissão dessas infecções. Além disso, estudos mostram que a incidência de IST é significativamente maior em mulheres que sofreram violência sexual em comparação com aquelas que não sofreram.

Diante do exposto, é fundamental que seja ofertado a PEP nos casos de violência sexual e que a rede de serviços esteja organizada para garantir-la. Essa estratégia está disponível no SUS desde 1999 e está indicada para exposições com potencial risco de transmissão, dentre elas: **violência sexual**, exposição sexual consentida e acidente com material biológico. Além disso, é preconizada pela Lei 12.845/2013 - Lei do Minuto Seguinte.

A PEP consiste em intervenções que visam **reduzir o risco de contrair o HIV, Hepatites Virais (HV), Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**, incluindo realização de testagem e monitoramento para identificar precocemente essas infecções. No caso do HIV, se configura como uma medida de urgência, e consiste no uso de antirretrovirais (ARV) em até 72 horas após a exposição de risco.

Cabe enfatizar, ainda, que a PNAISM preza pelo atendimento humanizado, cuidadoso e sem discriminação, orientado pela NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 264/2024 - CGESMU/DGCI, DESCO E DEPPROS/SAPS/MS; CGVIVA/DAENT/SVSA/MS; E DAHU/SAES/MS. A oferta de PEP deve ser realizada de forma a acolher pessoas em sua vulnerabilidade, respeitando sua autonomia e garantindo o sigilo.

Sendo assim, essa Nota Técnica tem por objetivo reforçar orientações sobre o uso da PEP, destacando aspectos observados como falhos na assistência às pessoas que sofreram violência sexual.

3. RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS

Em todos os casos de violência sexual deve-se realizar o acolhimento humanizado, preferencialmente em local privativo, sendo que a vítima deve ser recebida de maneira acolhedora e sem julgamentos, tendo sua privacidade e dignidade respeitadas, evitando ações que causem a revitimização. O atendimento deve ser empático, garantindo o direito da pessoa de tomar decisões de forma autônoma, com o apoio da equipe de saúde, incluindo a oferta de suporte psicológico às vítimas.

O acolhimento é um conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. Isso envolve **tratamento digno e respeitoso, reconhecimento e aceitação das diferenças**. A humanização não se reduz a tratar bem, mas implica em articular os avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

A história clínica deve ser realizada de forma sensível, com coleta cuidadosa de anamnese, respeitando os limites da pessoa de forma a não causar revitimização. Para tanto, a integração com os demais serviços da RAS é fundamental para ofertar a testagem rápida de HIV, Sífilis e Hepatite Virais, a vacinação, a PEP e a anticoncepção de emergência.

Realizar o registro das situações de violência em formulário, preferencialmente padronizado, contendo: nome da pessoa e/ou do responsável, dados para contato, relato da situação de violência, encaminhamentos realizados.

Sobre esse tema, consultar as orientações da Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres (CGESMU/DGCI/SAPS/MS) sobre o atendimento no âmbito da APS e para a implementação dos espaços privativos, conhecidos como Sala Lilás.

- [Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde \(2025\).](#)

- Nota Técnica Conjunta Nº 264/2024 - CGESMU/DGCI, DESCO E DEPPROS/SAPS/MS; CGVIVA/DAENT/SVSA/MS; e DAHU/SAES/MS - com orientações a gestores e serviços estaduais, municipais e do Distrito Federal em relação à Lei nº 14.847/2024, sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado no SUS, espaços conhecidos como Sala Lilás.

Reforçamos o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e os serviços de urgência 24 horas da atenção especializada como os níveis de atenção estratégicos para identificação e abordagem das situações de violência contra mulheres e meninas. Seus profissionais devem ser preparados para orientar sobre a PEP em casos de violência sexual e realizar os encaminhamentos necessários.

E, por fim, lembramos da importância da notificação compulsória dos casos de violência, conforme a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, não apenas como um registro epidemiológico, mas também como um instrumento de cuidado e integração com a rede de proteção e da qualificação da intervenção no problema.

3.1 PEP para HIV

A partir da análise dos dados de PEP para HIV, observa-se que, um número significativo de vítimas de violência sexual chega aos serviços de saúde após o prazo de 72 horas da exposição. É importante destacar que, mesmo entre aquelas que buscam atendimento dentro do período recomendado, algumas não recebem os antirretrovirais para PEP, possivelmente devido à dificuldade de acesso aos medicamentos no tempo adequado. Outro aspecto grave ainda observado é dispensação ou entrega fracionada de medicamentos, medida não recomendada pelo Ministério da Saúde (MS).

Neste sentido, devem garantir que:

- Serviços de referência para violência sexual tenham disponíveis kits com os ARV indicados para PEP para o início o mais rapidamente possível, em observância ao limite máximo de 72 horas.
- Para os casos em que já se passaram as 72 horas da exposição, os ARV não são mais indicados, e a pessoa deve ser orientada a realizar a testagem para HIV no momento da consulta, e caso não reagente, repetir o teste após 1 mês da exposição, para avaliar a soroconversão. O exame deve ser repetido em 3 meses. Se disponível, autotestes de HIV devem ser fornecidos.
- Alguns serviços erroneamente deixam de realizar PEP para casos de violência crônica. No caso de pessoas com histórico de diversos episódios de exposição sexual de risco, se o último episódio de violência sexual foi há menos de 72 horas, o risco de infecção pelo HIV deve ser avaliado e PEP para HIV deve ser indicada para os casos de HIV não reagente. Além disso, outras medidas de proteção à vítima devem ser oferecidas, avaliando também a indicação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP, que consiste na tomada de medicamentos ARV antes de uma possível exposição de risco à infecção pelo HIV).
- Em nenhuma hipótese está indicado o fracionamento dos ARV para PEP. A pessoa deve receber o quantitativo necessário de medicamentos, em frascos lacrados, para realizar a profilaxia de forma completa.

3.2 PEP para Hepatite B

A infecção pelo vírus da hepatite B em casos de violência sexual geralmente apresenta um risco maior de transmissão devido a fatores como contato direto com fluidos corporais contaminados, presença de lesões e vulnerabilidade das vítimas. As unidades de atendimento devem estar preparadas para oferecer a profilaxia contra hepatite B com prontidão, garantindo a disponibilidade de vacinas e imunoglobulinas. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do MS, para Hepatite B e coinfeções, a **imunoglobulina humana específica anti-hepatite B (IGHAHB)** é utilizada como parte da PEP em situações de risco de infecção pelo HBV, sendo ela indicada para todas as vítimas de violência sexual que não completaram o esquema vacinal contra a hepatite B ou que não apresentam imunidade confirmada contra o vírus (anti-HBs <10 mUI/mL). A HBIG deve ser administrada o mais precocemente possível após a exposição, preferencialmente nas primeiras 24 horas, e no máximo até 14 dias após a exposição sexual.

Neste sentido, devem garantir:

- A avaliação do histórico vacinal da vítima verificando se a pessoa já completou o esquema de vacinação contra hepatite B (3 doses) e se apresenta níveis de anticorpos (anti-HBs) ≥ 10 mIU/mL, o que indica proteção.
- Realização da testagem rápida para o HBV na vítima, a fim de entender o status sorológico e definir a conduta ideal.
- Não se recomenda intervenções adicionais para as pessoas que completaram o esquema vacinal e possuem anti-HBs ≥ 10 mIU/mL.
- Para as pessoas que completaram o esquema vacinal mas apresentam níveis de anti-HBs <10 mIU/mL, recomenda-se uma dose de reforço da vacina contra hepatite B. Nesse caso, deve-se dosar anti-HBs novamente após 30 dias. Caso o nível de anti-HBs não tenha atingido 10 mUI/mL, deve-se completar o esquema vacinal.
- Indivíduos que tiveram contato sexual com uma pessoa infectada pelo HBV, especialmente em casos de violência sexual ou relações desprotegidas, e que não estão adequadamente imunizados, recomenda-se uma dose HBIG de 0,06 mL/kg de peso corporal, administrada por via intramuscular, em músculo distinto da aplicação da vacina.
- Para vítimas que não foram vacinadas ou que possuem esquema incompleto, recomenda-se a administração imediata da primeira dose da vacina contra hepatite B, idealmente nas primeiras 24 horas após a exposição, seguida de doses no 1º e no 6º mês, concomitantemente com a administração de HBIG, em músculos distintos.
- Recomenda-se após a administração de HBIG e vacinação, realizar testes sorológicos para avaliar a resposta imunológica e garantir a eficácia da profilaxia.

3.3 PEP para sífilis e outras IST

No caso de violência sexual, existe maior possibilidade de transmissão de sífilis e outras IST do que em caso de relação sexual consentida. Assim a avaliação cuidadosa sobre todas as IST é necessária.

No caso de violência sexual, o tratamento preventivo ou preemptivo para IST é recomendado e não está restrito a um período específico após a exposição. Pode, inclusive, ser postergado para garantir melhor adesão, mas deve ser iniciado imediatamente sempre que possível.

Neste sentido, devem garantir:

- A investigação de sinais/sintomas de IST em todas as pessoas vítimas de violência sexual, e se necessário, a realização de tratamento específico para casos encontrados de úlceras genitais, verrugas genitais e corrimentos.

- Início imediato de tratamento em todas as situações de exposição, com atenção especial a: gestantes; casos de violência sexual; pessoa com risco de perda do seguimento; pessoa com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária; pessoa sem diagnóstico prévio de sífilis.
- Testagem para IST no primeiro atendimento das vítimas, com teste rápido de sífilis e testagem de clamídia e gonococo (CT/NG) por biologia molecular com a coleta de amostras considerando a exposição sexual, seja vaginal, anal e/ou oral. Em caso de resultados negativos, repetir em 4 a 6 semanas após a exposição.
- No caso de teste rápido de sífilis reagente, tratar como sífilis latente tardia com 3 doses de penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM com intervalo de 7 dias e coletar amostra para realização de teste não treponêmico. Aplicar a primeira dose no mesmo momento e local do atendimento. Se o teste não treponêmico for não reagente, suspender tratamento.
- Independentemente de sinais e sintomas, é recomendado a profilaxia das IST não virais com penicilina benzatina para prevenção de sífilis, ceftriaxona e azitromicina para prevenção de gonorreia e infecção por clamídia e metronidazol para prevenção de tricomoníase.
- As vítimas de abuso sexual têm direito a vacinação para HPV. No caso de pessoas entre 9 a 14 anos, realizar 2 doses, e, no caso de pessoas de 15 a 45 anos, realizar três doses.
- Ainda, em contextos de emergências públicas (em que a rede assistencial rotineiramente implementada se encontre desestruturada, por exemplo) considerar os testes diagnósticos para profilaxia de ISTs em 1º atendimento quando possível realizar e manter as recomendações no seguimento pós-exposição de risco.

Quadro 01. Esquemas para profilaxia das IST em situação de violência sexual:

IST	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, intramuscular – IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^(a)	50.000 UI/kg, IM (dose máxima total: 2,4 milhões UI) ^(a)
Infecção por <i>N. gonorrhoeae</i> e <i>C. trachomatis</i>	Ceftriaxona + Azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, 1 frasco-ampola, IM, dose única MAIS azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, via oral (VO), dose única (dose total: 1 g)	Ceftriaxona 125 mg, IM, dose única MAIS azitromicina 20 mg/kg, VO, dose única (dose máxima total: 1 g)

Tricomoníase	Metronidazol ^(b,c)	400 mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total: 2g) OU 250 mg, 8 comprimidos VO, dose única (dose total: 2g)	15 mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias (dose diária máxima: 2 g)
---------------------	-------------------------------	--	--

Fonte: Dathi/SVSA/MS.

- (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) Seu uso deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou antirretrovirais.

3.4 PEP em contexto de uso de álcool e outras drogas

Violência sexual em contextos de uso de álcool ou outras drogas exigem uma abordagem diferenciada por parte dos profissionais de saúde, em uma perspectiva de redução de danos. O uso de substâncias pode aumentar a vulnerabilidade para violência sexual, além de dificultar a lembrança sobre a violência.

Para os usuários de PrEP, o abuso de álcool e outras substâncias também pode dificultar a adesão ao tratamento. Deve ser avaliada a possível perda de doses e a proteção da PrEP nesses casos, com indicação de PEP para as situações em que:

- Há perda de mais de 3 doses na semana para homens cisgênero e outras pessoas designadas como do sexo masculino ao nascer - que não estejam em uso de hormônios a base de estradiol;
- Há perda de mais de uma dose na semana para mulheres cisgênero e outras pessoas designadas como do sexo feminino ao nascer, além de qualquer pessoa em uso de hormônios a base de estradiol.

Vale ressaltar que o profissional de saúde deve orientar a(o) usuária(o) que a PEP ou a PrEP não deve ser interrompida em casos de uso de álcool e outras drogas.

3.5 Pessoas com risco de gestação

Caso a situação de violência tenha ocorrido em até 5 dias (120 horas), é recomendado utilizar a contracepção de emergência com a pílula de levonorgestrel (1,5mg oral dose única ou 75mg 12/12h) ou o DIU de cobre.

No Brasil, é possível realizar uma interrupção gestacional em caso de gravidez resultante de violência sexual. Nesses casos, não é necessário boletim de ocorrência (BO) para que a pessoa tenha direito ao aborto, sendo o relato da vítima suficiente para seguir com o procedimento.

3. 6 Contexto étnico racial

A violência sexual e o acesso à PEP podem ser influenciados por marcadores sociais como gênero, raça, classe social, orientação sexual e localização geográfica (rural/urbana). Por isso, destacamos a importância da qualificação de profissionais para aprofundar a compreensão sobre o contexto social e étnico-racial da população atendida e prepará-los para um atendimento sensível à diversidade.

Isso é importante porque a violência sexual não afeta todas as mulheres da mesma forma e o acesso ao cuidado e a efetividade das intervenções podem variar significativamente de acordo com suas identidades e contextos sociais. A PNAISM orienta para uma abordagem que leve em conta essas complexidades, visando a

promoção da equidade e a garantia do direito à saúde para todas as mulheres em situação de violência sexual.

4. CONCLUSÃO

A condução de casos de violência sexual exige uma abordagem abrangente, considerando múltiplos aspectos do cuidado, como a prevenção do HIV, das hepatites virais, sífilis e outras IST, além do suporte psicológico e das medidas para evitar uma gestação indesejada. O SUS oferece diversas estratégias para garantir essa proteção, sendo fundamental que os serviços e profissionais de saúde sigam os protocolos e diretrizes do MS, de forma a possibilitar a segurança, a eficácia das intervenções e a integralidade do atendimento às vítimas.

Considerando a legislação vigente, que preconiza o atendimento às vítimas em tempo oportuno, destacamos a importância da gestão local para ampliar o número de serviços com oferta de PEP e o número de profissionais qualificados, fortalecendo a rede de serviços e o acesso aos cuidados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024. São Paulo: FBSP, 2024. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br>. Acesso em: 19 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres: princípios e diretrizes. 2. ed. Brasília: MS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: MS, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 264/2024 – CGESMU/DGCI, DESCO e DEPPROS/SAPS/MS; CGVIVA/DAENT/SVSA/MS; DAHU/SAES/MS. Brasília: MS, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília: MS, 2022.
- BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 ago. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV. Brasília: MS, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e coinfeções. Brasília: MS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 19 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2024. Brasília: MS, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2024. Brasília: SVSA/DATHI/MS, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático para o atendimento a mulheres em situação de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS, 2025.
- BRASIL. Lei nº 14.847, de 23 de maio de 2024. Estabelece o atendimento a mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2024.
- BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2011.



Documento assinado eletronicamente por **Artur Olhovetchi Kalichman, Coordenador(a)-Geral de Vigilância do HIV/AIDS**, em 25/11/2025, às 17:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Draurio Barreira Cravo Neto, Diretor(a) do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 26/11/2025, às 14:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Olivia Lucena de Medeiros, Diretor(a) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral**, em 28/11/2025, às 11:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
[http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?
acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código
verificador **0051267104** e o código CRC **3CFE96DC**.

Referência: Processo nº 25000.011896/2025-40

SEI nº 0051267104