



# Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: violencia sexual


doi: 10.1590/S1679-4974202100018.esp1

**Maria Luiza Bezerra Menezes**<sup>1</sup> –  [orcid.org/0000-0001-7001-2005](https://orcid.org/0000-0001-7001-2005)

**Maria Alix Leite Araújo**<sup>2</sup> –  [orcid.org/0000-0002-4156-5783](https://orcid.org/0000-0002-4156-5783)

**Adriano Santiago Dias dos Santos**<sup>3</sup> –  [orcid.org/0000-0001-8514-1862](https://orcid.org/0000-0001-8514-1862)

**Elucir Gir**<sup>4</sup> –  [orcid.org/0000-0002-3757-4900](https://orcid.org/0000-0002-3757-4900)

**Ximena Pamela Díaz Bermúdez**<sup>5</sup> –  [orcid.org/0000-0002-3771-7684](https://orcid.org/0000-0002-3771-7684)

<sup>1</sup>Universidade de Pernambuco, Departamento Materno-Infantil, Recife, PE, Brasil

<sup>2</sup>Universidade de Fortaleza, Departamento de Saúde Coletiva, Fortaleza, CE, Brasil

<sup>3</sup>Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, DF, Brasil

<sup>4</sup>Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>5</sup>Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva, Brasília, DF, Brasil

## Resumen

Este artículo aborda la violencia sexual, tema que integra el Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para la Atención Integral a Personas con Infecciones de Transmisión Sexual, publicado por el Ministerio de Salud de Brasil. Se brinda orientación a los gestores en la gestión programática y operativa con enfoque en la red de servicios para personas en situación de violencia sexual, recomendaciones a los profesionales de la salud sobre medidas profilácticas del embarazo e infecciones de transmisión sexual virales y no virales, además de estrategias para acciones de vigilancia. La violencia sexual es un problema amplio que va más allá del campo de la salud e implica desafíos conceptuales y programáticos tanto para los profesionales de la salud, que están a la vanguardia de la atención a las personas afectadas, como para la sociedad, en cuanto a posibles formas de prevención.

**Palabras clave:** Delitos Sexuales; Violencia de Pareja; Infecciones de Transmisión Sexual; Enfermedades de Transmisión Sexual; Protocolos Clínicos.

## Dirección para correspondencia:

**Adriano Santiago Dias dos Santos** – Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, SRTVN, Quadra 701, Via W 5 Norte, Lote D, Edifício PO 700, Brasília, DF, Brasil. Código Postal 70719-040

E-mail: [adriano.santos@bids.gov.br](mailto:adriano.santos@bids.gov.br)

## Presentación

El artículo aborda la violencia sexual, tema que integra el Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas (PCDT) para Atención Integral a las Personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), además del PCDT para Profilaxis Posexposición de Riesgo a la Infección por VIH, ITS y Hepatitis Virales y del PCDT para Manejo de la Infección por el VIH en Niños y Adolescentes, publicados por el Ministerio de Salud de Brasil. Para la elaboración de los protocolos, se realizaron la selección y el análisis de las evidencias disponibles en la literatura y su discusión, en un panel de especialistas. El PCDT para Atención Integral a las Personas con ITS fue aprobado por la Comisión Nacional de Incorporación de Tecnologías al Sistema Único de Salud (Conitec),<sup>1</sup> siendo actualizado por el grupo de especialistas en ITS en 2020.

*La violencia sexual constituye una de las principales formas de violación de los derechos humanos, abarcando el derecho a la vida, a la salud y a la integridad física.*

## Introducción

Se define la violencia sexual como “cualquier acto sexual, tentativa de consumar un acto sexual, comentarios o actitudes sexuales indeseadas, o actos de comercio o tráfico sexual, o de otra forma, dirigidos contra la sexualidad de una persona a través de coacción por cualquier persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ambiente, incluido, pero no limitado, el hogar y el trabajo”<sup>2</sup>.

La violencia sexual es un problema estructural en varias sociedades contemporáneas, a menudo desatendido, y puede afectar a personas de ambos sexos y de todas las edades, con graves consecuencias físicas y traumas emocionales tanto para las víctimas como para sus familias.<sup>3</sup> Es un evento multidimensional, presente en todas las clases sociales, razas y etnias, relaciones de género y orientación sexual. Constituye una de las principales formas de violación de los derechos humanos, afectando el derecho a la vida, a la salud y la integridad física.<sup>4-5</sup>

La lucha contra la violencia sexual requiere la participación de organismos de las áreas de

salud, educación, trabajo, seguridad pública, justicia y derechos humanos, y demanda de políticas públicas intersectoriales y acciones integradas del Estado y de la sociedad en general. Se destaca la importancia de respetar la diversidad y las identidades de género, garantizando el acceso a los derechos en todos los ámbitos y privilegiando la salud de las personas afectadas.<sup>6-7</sup>

Uno de los tipos de violencia sexual más graves, y más comunes, es la violación, definida como “penetración física forzada o coaccionada, aun cuando leve, en la vulva o el ano, utilizando el pene, otras partes del cuerpo o un objeto”.<sup>2</sup> El crimen de violación se define en el Código Penal brasileño como el “acto de avergonzar a alguien, mediante violencia o amenaza grave, para tener conjunción carnal o practicar o permitir que se practique otro acto libidinoso”.<sup>8</sup>

El tema de la violencia sexual ha cobrado notoriedad. Sin embargo, es necesario proponer agendas de investigación que contribuyan a la producción de evidencia científica en este campo.<sup>6,9,10</sup> Los registros indican que el sexo femenino es el más afectado, representando más del 80% de las víctimas de violencia sexual.<sup>6</sup> En Brasil, entre 2011 y 2018 se reportaron 1.282.045 de casos de violencia contra la mujer.<sup>9</sup>

Si bien la literatura científica reconoce que la violencia sexual afecta mayoritariamente a las mujeres, también es importante destacar eventos de violencia sexual contra víctimas de género masculino. Un estudio que analizó datos de violación en los años 2017 y 2018 identificó que el grupo de edad más afectado en el sexo masculino fue el de los niños de cinco a nueve años, lo que representa aproximadamente una cuarta parte de los casos, y que el pico de victimización ocurrió en los niños con siete años de edad.<sup>6</sup> No sólo se debe considerar la notificación de estos hechos y sus consecuencias físicas y psicosociales, también se sugiere profundizar estudios que analicen el vacío empírico de esta realidad.<sup>11</sup> Se observa que, si bien aspectos relacionados con la propia constitución de las masculinidades predispone a los hombres a no reconocer la experiencia de este tipo de eventos, las situaciones de conflicto armado, desplazamiento y migración presentan una alta incidencia de violencia sexual que afecta a hombres.<sup>12-14</sup>

La investigación y el análisis de la ocurrencia de violencia sexual en 2019 en Brasil mostró que sólo el 7,5% de estos delitos son denunciados a las autoridades policiales;<sup>15</sup> en relación con la violación, más del 60% de ellas se cometen contra personas vulnerables,

es decir, personas menores de 14 años, considerados legalmente incapaces de dar su consentimiento para las relaciones sexuales. En la misma categoría se encuentran las personas incapaces de ofrecer resistencia, independientemente de su edad, como alguien que se encuentra bajo los efectos de las drogas, enfermo o tiene una discapacidad, según lo determina la Ley no 12.015, del 7 de agosto de 2009. El mismo estudio mencionado muestra el predominio de agresores masculinos en más del 80% de los casos.<sup>15</sup>

Es necesario considerar que la violencia sexual también afecta a las personas transexuales, grupo social altamente vulnerable a la violencia y las ITS. Una revisión sistemática, basada en 74 estudios con esta población, desarrollados en Brasil y en otros países, reveló que el estigma y el prejuicio están relacionados con la identidad de género y la orientación sexual, expresados por la alta prevalencia de eventos de violencia física y sexual contra este grupo social.<sup>16</sup>

Una de las consecuencias de la violencia sexual es la posibilidad de transmisión de ITS,<sup>17</sup> o que provoca miedo y ansiedad en las víctimas, especialmente cuando está relacionada al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por esta razón, se debe ofrecer asistencia inmediata a la víctima mediante atención clínica y de laboratorio, profilaxis posexposición (PEP) en riesgo de infección por VIH, hepatitis viral e ITS no virales (gonorrea, sífilis, infección por clamidia, tricomoniasis y chancro), atención psicológica y social, prevención de embarazos no deseados, además de una adecuada orientación sobre procedimientos médicos y derechos legales.<sup>18</sup>

Un estudio transversal que estimó la ocurrencia de embarazos e ITS por violencia sexual en el estado de Santa Catarina, entre los años 2008 y 2013, encontró que más del 7% de las víctimas quedaron embarazadas y más del 3% fueron afectadas por una ITS.<sup>17</sup> El riesgo de estas infecciones depende del tipo de exposición (vaginal, anal u oral), número de agresores, recurrencia de la exposición, ocurrencia de traumatismo genital, edad de la víctima y su susceptibilidad (condición himeneal y presencia previa de otras ITS).<sup>7</sup>

La violencia sexual, cuando es practicada por pareja íntima implica contemplar los aspectos de la relación afectiva lo que la hace aún más difícil de enfrentar. Ese hecho está relacionado con factores sociales, culturales y económicos y, muchas veces, se ve favorecida por valores, ideologías y normas que lo naturalizan.<sup>3,19</sup> En estos procesos intervienen relaciones estructurales,

inequidades de género, factores individuales y formas de entender la violencia por parte de la sociedad.<sup>20</sup>

Por estas razones, además del pleno conocimiento e implementación de los planos terapéuticos por parte de los profesionales de la salud, se debe garantizar el acceso de las víctimas de violencia sexual a los diferentes servicios de apoyo para el proceso de recuperación y curación del trauma, en una perspectiva integral de salud física, mental y sexual.<sup>21</sup>

### **Profilaxis de las infecciones de transmisión sexual en situaciones de violencia sexual**

La atención tras el hecho de violencia sexual es una urgencia, para la cual se debe garantizar el acceso y la recepción al paciente, reconociendo las especificidades de las poblaciones clave y prioritarias. Este servicio debe realizarse en un lugar adecuado, con privacidad garantizada y sin juicios morales. Una valoración inicial del paciente debe incluir un diálogo sobre el contexto relacionado con la situación de violencia y la relevancia de la prescripción de profilaxis.<sup>22,23</sup>

Se recomienda el inicio inmediato de la profilaxis de las ITS no virales en todos los casos de violencia sexual, siempre que sea posible.<sup>22</sup> En las mujeres embarazadas, la profilaxis se puede administrar a cualquier edad gestacional.<sup>18</sup> Eventualmente, el esquema profiláctico puede ser postergado, en función de algunas afecciones que dificultan la adherencia, como en personas en situaciones de extrema fragilidad física o emocional, o puede evitarse, en casos de intolerancia gastrointestinal a medicamentos. El esquema profiláctico de las ITS no virales en situaciones de violencia sexual se muestra en la Figura 1.

La PEP para VIH, hepatitis virales y otras ITS es una estrategia de prevención que ofrece el Sistema Único de Salud (SUS) y consiste en el uso de medicamentos para reducir el riesgo de contraer estas infecciones.<sup>18,24</sup> La PEP para VIH es una tecnología contemplada en el conjunto de estrategias de la denominada Prevención Combinada, cuyo objetivo principal es ampliar las formas de intervención para prevenir nuevas infecciones por el VIH.<sup>18</sup> La Prevención Combinada articula diferentes acciones y contempla la combinación de intervenciones biomédicas, composición y estructurales aplicadas a los ámbitos individual y colectivo.<sup>25</sup> La PEP para el VIH consiste en el uso de antirretrovirales durante un período de 28 días y debe comenzar,

Infección de transmisión sexual	Medicamento	Posología	
		Adultos y adolescentes con más de 45kg, incluso gestantes	Niños y adolescentes con menos de 45kg
Sífilis	Bencilpenicilina benzatina	2.4 millones unidades internacionales (UI), intramuscular (IM) en dosis única (dividida en dos inyecciones)	50.000 UI/kg, IM, dosis única (dosis máxima total: 2.4 millones UI)
Gonorrea	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, 1 ampolla, IM, dosis única más azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, vía oral (VO), dosis única (dosis total: 1g)	125 mg, IM, dosis única
Infección por clamidia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dosis única (dosis total: 1g)	20 mg/kg de peso, VO, dosis única (dosis máxima total: 1g)
Tricomoniasis	Metronidazol <sup>a,b</sup>	500 mg, 4 comprimidos VO, dosis única (dosis total: 2g)	15 mg/kg/día, divididos en 3 dosis/día, por 7 días (dosis diaria máxima: 2g)

Fuente: adaptado del Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para Atención Integral a las Personas con Infecciones de Transmisión Sexual.<sup>20</sup>

Notas: a) La administración profiláctica del metronidazol o sus alternativas puede ser postergada o evitada en casos de intolerancia gastrointestinal conocida al medicamento; y debe ser postergada en los casos en los que hubiera prescripción de contracepción de emergencia y de profilaxis posexposición; b) El metronidazol no podrá ser utilizado el primer trimestre de la gestación.

**Figura 1 – Esquema profiláctico para infecciones de transmisión sexual no virales en situaciones de violencia sexual**

como máximo, dentro de las 72 horas posteriores a la exposición. El esquema preferido debe incluir combinaciones de tres o cuatro antirretrovirales, y debe estar compuesto por dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa, preferiblemente co-formulados, asociados con otra clase, usualmente inhibidores de la integrasa, preferiblemente dolutegravir, o inhibidores de la proteasa con ritonavir, como adyuvante farmacológico.<sup>18,26,27</sup> La presentación y dosis de los antirretrovirales preferenciales recomendados en Brasil para la PEP, se muestran en la Figura 2.<sup>18</sup>

Para las gestantes, el régimen de terapia antirretroviral preferencial debe ser tenofovir y lamivudina, compuestos de atazanavir/ritonavir en dosis de atazanavir 300 mg (un comprimido) y ritonavir 100 mg (un comprimido), por vía oral, ambas una vez al día, o raltegravir en dosis de 400 mg a partir de la 14<sup>a</sup> semana de gestación (un comprimido, por vía oral, dos veces al día).<sup>18</sup>

Se debe orientar a las mujeres que amamantan sobre los riesgos potenciales de transmisión del VIH a través de la leche materna<sup>28,29</sup> y, en los casos en que hayan sufrido violencia sexual, se les debe aconsejar que dejen de amamantar temporalmente. Durante el período de ventana inmunológica, se recomienda extraer y desechar la leche; una vez realizada una prueba de control del VIH en la 12<sup>a</sup> semana posterior al inicio de la PEP y que su resultado no sea reactivo, se autoriza la reintroducción de la lactancia materna.<sup>18</sup>

En la práctica clínica, el diagnóstico de abuso sexual en bebés, niños y adolescentes es difícil y también depende de la atención y sensibilidad del profesional de salud.<sup>30</sup> Los comportamientos que posiblemente indiquen que un niño ha sido abusado sexualmente incluyen la perpetración sexual o el juego inadecuado a su desarrollo, como tocar repetidamente los genitales de un adulto o pedirle a un adulto que toque sus genitales.<sup>30</sup>

A pesar de estas manifestaciones, la evidencia indica que la violencia sexual en los niños permanece invisible para los servicios de salud.<sup>31</sup> Los niños son más vulnerables a las ITS debido, entre otros factores, a la inmadurez anatómica y fisiológica de la mucosa genital-anal. El diagnóstico de una ITS en un niño puede ser el primer signo de abuso sexual y, por lo tanto, debe investigarse.<sup>32,33</sup> La mayoría de las quejas son inespecíficas; sin embargo, el sangrado o traumatismo rectal o genital, y las ITS no adquiridas en el período perinatal, por transmisión vertical, deben llamar la atención del profesional de salud.<sup>33</sup>

Se deben ajustar los esquemas y dosis de PEP para el VIH para este grupo de edad, especialmente en niños menores de 12 años.<sup>15</sup> Para niños mayores de 12 años, considerando la seguridad y facilidad de prescripción, se recomienda tenofovir y lamivudina asociados con dolutegravir.<sup>18,34</sup>

Cabe señalar que los adolescentes tienen derecho a PEP incluso sin la presencia de sus padres o tutores legales. En tales casos, según lo dispuesto en el

Medicamento	Presentación	Posología
Tenofovir <sup>a</sup> + Lamivudina	Comprimido co-formulado (tenofovir 300 mg + lamivudina 300 mg)	1 comprimido vía oral (VO) 1x/día
	Ante la indisponibilidad de la presentación co-formulada: comprimido tenofovir 300 mg + comprimido lamivudina 150 mg	Ante la indisponibilidad de la presentación co-formulada: 1 comprimido VO 1x/día + 2 comprimidos VO 1x/día
Dolutegravir	Comprimido dolutegravir 50 mg	1 comprimido VO 1x/día

Fuente: adaptado del Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para Profilaxis Posexposición de Riesgo a la Infección por el VIH, ITS y Hepatitis Virales.<sup>15</sup>

Nota: a) Contraindicado para personas con insuficiencia renal aguda y en la preconcepción; en mujeres en edad fértil, descartar embarazo y orientar el uso regular de contraceptivo eficaz; no recomendado para personas en uso de fenitoína, fenobarbital, oxcarbamazepina, carbamazepina, dofetilida y pilsicainida.

**Figura 2 – Presentación y posologías de antirretrovirales preferenciales para profilaxis posexposición**

Estatuto de la Niñez y la Adolescencia - Ley n° 8.069, de 13 de julio de 1990 -, se debe evaluar la capacidad de discernimiento del adolescente, salvo en situaciones de violencia.<sup>35</sup>

Si la persona en situación de violencia informa que no ha sido vacunada o tiene un calendario de vacunación incompleto contra la hepatitis B, se debe administrar la primera dosis de la vacuna o completar el calendario de vacunación. No se recomienda el uso de rutina de inmunoglobulina humana antihepatitis B, a menos que la víctima sea susceptible y la persona responsable de la violencia sea reactiva al antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) o pertenezca a un grupo de riesgo, como por ejemplo, personas que consumen drogas ilícitas. Cuando esté indicado, la inmunoglobulina humana antihepatitis B debe aplicarse lo antes posible, hasta un máximo de 14 días después de la exposición.<sup>18</sup>

### Prevención de embarazo en situación de violencia sexual

Entre las etapas de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual, existen pautas para la prevención de embarazos no deseados. Para quienes se decidan por esta profilaxis, se debe prescribir levonorgestrel y poner a disposición en la dosis de un comprimido de 1,5 mg por vía oral o dos comprimidos de 0,75 mg, dosis única (o dividida en dos dosis cada 12 horas), hasta cinco días después de la violación. Este método aporta ventajas sobre el método Yuzpe (administración de anticonceptivos hormonales combinados en la dosis de 200 mcg de etinilestradiol y 1 mg de levonorgestrel en una sola dosis o dividida en dos

tomas, con un intervalo de 12 horas),<sup>36</sup> dada su mayor eficacia, ya que falla en solo el 2% al 3% de los casos, y la seguridad, debido a la menor frecuencia de interacciones medicamentosas y la baja regularidad de efectos secundarios.<sup>36,37</sup>

Cuando, inevitablemente, el embarazo es resultado de la violencia sexual, el aborto está permitido por el Decreto Ley n° 2.848, de 7 de diciembre de 1940, artículo 128, inciso II del Código Penal brasileño y otras normas no legales.<sup>8, 38</sup>

### Atención y articulación de la red de atención en situación de violencia sexual

La atención a las personas en situación de violencia sexual en el SUS debe estar de acuerdo a la normativa técnica vigente del Ministerio de Salud.<sup>21</sup> Debe realizarse de acuerdo con la Ley n° 12.845, del 1 de agosto de 2013<sup>39</sup> (prevé la atención obligatoria e integral del SUS), Decreto n° 7.958, de 13 de marzo de 2013<sup>40</sup> (establece lineamientos para la atención de los profesionales de la Seguridad Pública y de la red de servicios del SUS), y el Art. 5 de la Ordenanza GM/MS no 485, de 1° de abril de 2014<sup>41</sup> (redefine el funcionamiento del servicio de atención a las personas en estas situaciones).

El servicio de salud, en general, puede representar un espacio privilegiado para la identificación de una persona que ha sufrido o sufre violencia sexual, siempre que el profesional de la salud sea sensible y esté atento a ciertos signos y síntomas que se presenten durante el servicio. Una vez identificada la violencia sexual, corresponde a este profesional derivar a la víctima a un servicio especializado en brindar atención



integral y de emergencia. En este tipo de servicio, la persona es recibida por un equipo multidisciplinario, recibe la medicación y la orientación necesaria.

Se destaca la importancia de la escucha y el registro cualificado del evento, realización de exámenes clínicos, ginecológicos, pruebas de laboratorio, recolección de vestigios, anticoncepción de emergencia, profilaxis para virus (VIH y hepatitis B) y no virales (gonorrea, sífilis, infección por clamidia, tricomoniasis y chancroide), notificación epidemiológica obligatoria en 24 horas (formulario de notificación de la violencia), acompañamiento social y psicológico y seguimiento de ambulatorio.<sup>22,42</sup>

La atención a personas en situación de violencia sexual exige la estructura de las redes de atención de

manera intersectorial, articulada y comprometida, ofreciendo acceso a un cuidado cualificado. Las agencias gubernamentales responsables de las políticas de salud y seguridad deben identificar las organizaciones y servicios disponibles en el territorio, capaces de contribuir a este tipo de atención: Comisaría de Mujeres, Comisaría de Niños y Adolescentes, Consejo Tutelar, Consejo de Derechos del Niño y el Adolescente, Centro de Referencia de Asistencia Social, Instituto Médico Legal, Ministerio Público, Casas Abrigo, grupos de mujeres, guarderías, entre otros. El flujo y los problemas de acceso y gestión de casos, en cada nivel de esta red, deben discutirse y planificarse periódicamente.<sup>43,44</sup>

Aunque el municipio no cuente con una red de salud completamente estructurada, con la disponibilidad de

Etapa	Estructuración de la red intrasectorial e intersectorial
<b>Diagnóstico de la situación</b>	Mapeo de los servicios gubernamentales y no gubernamentales que actúan en el cuidado integral, en la promoción, defensa y protección de los derechos de las personas en el territorio, incluso servicios de atención al autor de la agresión.
	Identificación de los servicios de “puerta de entrada” para atención integral a las personas en situación de violencias.
	Protocolos y flujos de atención; articulación en red intrasectorial e intersectorial; tipo de atención prestada; dirección, teléfonos, e-mail, horario de atención.
<b>Movilización social y derechos</b>	Pacto con la gestión local sobre la red de cuidado y de protección social para la atención integral a las personas en situación de violencias.
	Formalización de actos normativos.
	Alianzas estratégicas con Consejos Tutelares y de Derechos; Centro de Referencia Especializado de Asistencia Social (CREA); Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS); asociaciones comunitarias; medios de comunicación; Ministerio Público, Seguridad Pública; Poderes Legislativo y Judicial.
<b>Educación permanente</b>	Sensibilización y capacitación de profesionales de salud de los tres niveles de atención para acogimiento, atención, notificación y seguimiento de los casos.
	Articulación con los servicios de promoción, protección y defensa de los derechos de las personas en situación de violencias para la atención integral a la salud en la formación continuada.
	Articulación con las instituciones de enseñanza e investigación para la inserción del tema de la prevención de violencias y promoción de la cultura de paz en las disciplinas de los cursos de salud, asistencia social y educación.
<b>Planificación y gestión</b>	Fundación de un grupo de gestión colegiada de la red de cuidado y de protección social de las personas en situación de violencias y sus familias, para articular, movilizar, planificar, acompañar y evaluar las acciones de la red.
	Planificación de las acciones y estrategias para atención integral a la salud de las personas en situación de violencias, con base en la realidad local.
	Elaboración/actualización de protocolos de acogimiento y atención humanizados.
	Adopción de estrategias de acompañamiento y apoyo técnico y psicosocial a los equipos de salud que atienden personas involucradas en situación de violencia; y estímulo a la red intersectorial, para que también siga esas estrategias.
	Implantación/implementación del sistema de vigilancia de violencias y accidentes ‘Viva Continuo’ en el Sistema de Información de Agravamiento de Notificación (Sinan).
	Comunicación y divulgación a la sociedad de la relación de servicios, con dirección completa y horarios de atención a las personas en situación de violencias (Guía de Servicios).

Fuente: adaptado del Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas para Atención Integral a las Personas con Infecciones de Transmisión Sexual.<sup>20</sup>

**Figura 3 – Estructura de la red de cuidados y de protección social, intrasectorial e intersectorial, a las personas en situación de violencia sexual**

todos los servicios necesarios para la atención integral de las personas que sufren violencia sexual, es importante que cuente con una infraestructura mínima y equipos capacitados para la atención inicial, y que esté articulado con otros municipios para asegurar el seguimiento en los servicios especializados.<sup>7</sup>

La Figura 3 muestra el detalle de algunos pasos esenciales para la materialización de la red de atención y protección social (intrasectorial o intersectorial), que no necesariamente siguen una jerarquía y pueden ocurrir de modo concomitante. Los servicios de atención a personas en situación de violencia sexual deben estar inscritos en el Sistema Nacional de Registro de Establecimientos de Salud (SCNES), bajo el código 165.<sup>44</sup>

Las instituciones de salud deben informar la disponibilidad de: (i) atención integral a personas en situación de violencia sexual (clasificación 001 del servicio especializado 165), que se puede organizar en hospitales generales y maternidades, salas de emergencia, Unidades de Atención de Emergencias (UPA) y en el conjunto de servicios de emergencia no hospitalarios, los cuales deben atender las 24 horas del día, los siete días de la semana, y contar con un equipo multidisciplinario; (ii) atención ambulatoria a personas en situación de violencia sexual (clasificación 007 del servicio especializado 165); y (iii) interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley (clasificación 006 del servicio especializado 165)<sup>44</sup>

En cuanto a la asistencia a personas en situación de violencia sexual, se destaca la notificación obligatoria, según lo determina la Ordenanza GM/MS n° 1.271, del 6 de junio de 2014,<sup>45</sup> la Ordenanza GM/MS n° 204, del 17 de febrero de 2016,<sup>46</sup> y lo dispuesto en la Ley n° 8.069, de 13 de julio de 1990 (establece el Estatuto de la Niñez y la Adolescencia y otras disposiciones),<sup>35</sup>

de la Ley n° 10.778, de 24 de noviembre de 2003 (establece la notificación obligatoria, en el territorio nacional, del caso de violencia contra la mujer atendida en los servicios de salud públicos o privados)<sup>47</sup> y en la Ley n° 10.741, de 1 de octubre de 2003 (prevé el Estatuto del Adulto Mayor y otras medidas)<sup>48</sup>

En el caso de violencia sexual e intentos de suicidio, la notificación debe realizarse dentro de las 24 horas a nivel municipal, con el objetivo de asegurar una intervención oportuna en los casos.<sup>45,46</sup> La notificación inmediata es fundamental para la organización de los servicios y para la garantía de acceso a medidas para prevenir las lesiones mencionadas, en tiempo y forma. La notificación se realizará a partir del flujo definido por la vigilancia local: el servicio de salud completa el formulario específico del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación (Sinan) y lo remite a la vigilancia municipal, que sigue el flujo de vigilancia estadual y, posteriormente, a la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud.<sup>45,46</sup>

### Contribución de los autores

Menezes MLB, Araújo MAL, Santos ASD, Gir E y Bermúdez XPD contribuyeron igualmente con la concepción, delineamiento, redacción y revisión crítica del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final del trabajo y son responsables por todos sus aspectos, incluyendo la garantía de su precisión e integridad.

### Agradecimiento

Los autores agradecen la contribución para la realización de este trabajo a los miembros del grupo técnico de especialistas responsables por la elaboración del PCDT para Atención Integral a las Personas con ITS en 2020.

### Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 42, de 05 de outubro de 2018. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2018 out 8 [citado 2020 out 26]: Seção I:88. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2018/prt0042\\_08\\_10\\_2018.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2018/prt0042_08_10_2018.html).
2. World Health Organization – WHO, Etienne GK, Linda LD, James AM, Anthony BZ, Rafael L. World report on violence and health, 2002. Sexual violence (Chapter 6). World report on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2020 Oct 26]. Available from: [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/global\\_campaign/en/chap6.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap6.pdf).
3. Lutgendorf MA. Intimate partner violence and women's health. Obstet Gynecol [Internet]. 2019 Sep

- [cited 2020 Oct 26];134(3):470-80. Available from: <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003326>.
4. Tyson V. Understanding the personal impact of sexual violence and assault. *J Women Politics Policy* [Internet]. 2019 Mar [cited 2020 Oct 26];40(1):174-83. Available from: <https://doi.org/10.1080/1554477X.2019.1565456>.
  5. Gomes R, Murta D, Facchini R, Meneghel SN. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 Jun [cited 2020 Sep 14];23(6):1997-2006. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04872018>.
  6. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário brasileiro de segurança pública 2019 [Internet]. [São Paulo]: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019 [citado 2020 jul 23]. 218 p. Disponível em: [https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL\\_21.10.19.pdf](https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf).
  7. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Justiça (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: norma técnica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2020 out 26]. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_pessoas\\_violencia\\_sexual\\_norma\\_tecnica.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf).
  8. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro (RJ), 1940 dez 31 [citado 2020 jun 24]; Seção 1:4. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm).
  9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Violências contra mulheres: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2018. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2019 out [citado 2020 out 26];50(3). Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/07/Boletim-epidemiologico-SVS-30.pdf>.
  10. Sabidó M, Kerr LR, Mota RS, Benzaken AS, Pinho AAP, Guimaraes MDC, et al. Sexual violence against men who have sex with men in Brazil: a respondent-driven sampling survey. *AIDS Behav* [Internet]. 2015 Sep [cited 2020 Oct 26];19(9):1630-41. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1016-z>.
  11. Zalewski M, Drumond P, Prügl E, Setern M. Sexual violence against men in global politics. New York: Routledge; 2018.
  12. Drumond P. What about men? Towards a critical interrogation of sexual violence against men in global politics. *Int Affairs* [Internet]. 2019 Nov [cited 2020 Oct 26];95(6):1271-87. Available from: <https://doi.org/10.1093/ia/iiz178>.
  13. Chynoweth SK, Freccero J, Touquet H. Sexual violence against men and boys in conflict and forced displacement: implications for the health sector. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 26];25(51):90-4. Available from: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.140189>.
  14. Weare S, Porter J, Evans E. Forced-to-penetrate cases: lived experiences of men. *Baseline Research Findings* [Internet]. Lancaster: Lancaster University; 2017 [cited 2020 Oct 26]. 15 p. Available from: <https://wp.lancs.ac.uk/forced-to-penetrate-cases/files/2016/11/Project-Report-Final.pdf>.
  15. Bueno S, Pereira C, Neme C. A invisibilidade da violência sexual no Brasil. In: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário brasileiro de segurança pública 2019 [Internet]. [São Paulo]: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019 [citado 2020 jul 23]. p. 116-21. Disponível em: [https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL\\_21.10.19.pdf](https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf).
  16. Blondeel K, Vasconcelos S, García-Moreno C, Stephenson R, Temmerman M, Toskin I. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2018 Jan [cited 2020 Oct 26];96(1):29-41. Available from: <https://doi.org/10.2471/BLT.17.197251>.
  17. Delziovo CR, Coelho EBS, d'Orsi E, Lindner SR. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [citado 2020 out 26];23(5):1687-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>.
  18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição de risco (PEP) à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2020 out 26]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>.



19. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2020 Jul [citado 2020 out 26];23(Suppl 01). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>.
20. Casey EA, Masters NT, Querna K, Beadnell B, Hoppe MJ, Morrison DM, et al. Patterns of intimate partner violence and sexual risk behavior among young heterosexually active men. *J Sex Res* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 26];53(2):239-50. Available from: <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.1002125>.
21. Bagwell-Gray ME. Women's healing journey from intimate partner violence: establishing positive sexuality. *Qual Health Res* [Internet]. 2019 May [cited 2020 Oct 26];29(6):779-95. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049732318804302>.
22. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 out 26]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica [Internet]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2020 out 26]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf).
24. O'Byrne P, Orser L, Vandyk A. Immediate PrEP after PEP: results from an observational nurse-led PEP2PrEP study. *J Int Assoc Provid AIDS Care* [Internet]. 2020 Jan-Dec [cited 2020 Oct 26];19:2325958220939763. Available from: <https://doi.org/10.1177/2325958220939763>.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2020 out 26]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-e-gestores>.
26. Centers for Disease Control and Prevention – CDC. updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2016 [cited 2020 Jul 23]. 91 p. Available from: <https://www.cdc.gov/HIV/pdf/programresources/cdc-HIV-npep-guidelines.pdf>.
27. European AIDS Clinical Society . Guidelines: version 8.0 [Internet]. London: European AIDS Clinical Society; 2015 [cited 2020 Jul 23]. 94 p. Available from: [https://www.eacsociety.org/files/guidelines\\_8\\_0-english\\_web.pdf](https://www.eacsociety.org/files/guidelines_8_0-english_web.pdf).
28. Hurst SA, Appelgren KE, Kourtis AP. Prevention of mother-to-child transmission of HIV type 1: the role of neonatal and infant prophylaxis. *Expert Rev Anti Infect Ther* [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 26];13(2):169-81. Available from: <https://doi.org/10.1586/14787210.2015.999667>.
29. Bucher MK, Spatz DL. Ten-year systematic review of sexuality and breastfeeding in medicine, psychology, and gender studies. *Nurs Womens Health* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 26];23(6):494-507. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.09.006>.
30. Chiesa A, Goldson E. Child sexual abuse. *Pediatr Rev* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 26];38(3):105-18. Available from: <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0113>.
31. Vrolijk-Bosschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Benninga MA, Lindauer R, Teeuw AH. Clinical practice: recognizing child sexual abuse-what makes it so difficult? *Eur J Pediatr* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 26];177(9):1343-50. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3193-z>.
32. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 26];31(3):225-31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2017.12.011>.
33. Rogstad KE, Wilkinson D, Robinson A. Sexually transmitted infections in children as a marker of child sexual abuse and direction of future research. *Curr Opin Infect Dis* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 26];29(1):41-4. Available from: <https://doi.org/10.1097/QCO.000000000000233>.

34. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2020 out 26]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-criancas-e>.
35. Brasil. Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1990 jul 13 [citado 2020 jun 24] Seção 1:8. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).
36. World Health Organization – WHO. Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs) [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2010 [cited 2020 Jul 23]. 3 p. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70210/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.06\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70210/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf).
37. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [citado 2020 out 26]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno3_saude_mulher.pdf).
38. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.561, de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020 set 23 [citado 2020 out 14]; Seção 1:89. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>.
39. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013 ago 2 [citado 2020 out 26]. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1035667/lei-12845-13>.
40. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 7958, de 13 de março de 13. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013 mar 14 [citado 2020 out 26]. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/1034354/decreto-7958-13>.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 abr 1 [citado 2020 jul 23]; Seção 1:2. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2014/prt0485\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html).
42. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2020 out 26]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf).
43. Organização Mundial da Saúde – OMS. Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014 [Internet]. São Paulo: Organização Mundial da Saúde; 2020 [citado 2020 jul 23]. 288 p. Disponível em: <https://nev.prp.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 618, de 18 de julho de 2014. Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 jul 14 [citado 2020 jul 23]; Seção 1. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/sas/2014/prt0618\\_18\\_07\\_2014.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/sas/2014/prt0618_18_07_2014.html).
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 jun 6 [citado 2020 jul 23]; Seção 1. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html).
46. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.

- Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2016 fev 18 [citado 2020 set 17]; Seção 1. Disponível em: <http://saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/22/Portarias-204-e-205-de-17-02-2016---Lista-Nacional-de-Notifica---o-Compuls--ria-e-Lista-Monitoramento-Unidades-Sentinelas.pdf>.
47. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2003 nov 25 [citado 2020 out 26]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm).
48. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2003 out 3 [citado 2020 out 26]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm).

Recibido en 24/07/2020  
Aprobado en 19/10/2020

Editora asociada: Isis Polianna Silva Ferreira de Carvalho –  [orcid.org/0000-0002-0734-0783](https://orcid.org/0000-0002-0734-0783)

# Errata

En el artículo “**Protocolo Brasileño para Infecciones de Transmisión Sexual 2020: violencia sexual**”, doi: 10.1590/S1679-4974202100018.esp1, Figura 1 – Esquema profiláctico para infecciones de transmisión sexual no virales en situación de violencia sexual, publicado en el periódico **Epidemiología y Servicios de Salud**, v. 30(Esp.1):1-11, en la página 4:

Donde se leía:

Infección de transmisión sexual	Medicamento	Posología	
		Adultos y adolescentes con más de 45kg, incluso gestantes	Niños y adolescentes con menos de 45kg
Sífilis	Bencilpenicilina benzatina	2.4 millones unidades internacionales (UI), intramuscular (IM) en dosis única (dividida en dos inyecciones)	50.000 UI/kg, IM, dosis única (dosis máxima total: 2.4 millones UI)
Gonorrea	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, 1 ampolla, IM, dosis única más azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, vía oral (VO), dosis única (dosis total: 1g)	125 mg, IM, dosis única
Infección por clamidia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dosis única (dosis total: 1g)	20 mg/kg de peso, VO, dosis única (dosis máxima total: 1g)
Tricomoniasis	Metronidazol <sup>a,b</sup>	500 mg, 4 comprimidos VO, dosis única (dosis total: 2g)	15 mg/kg/día, divididos en 3 dosis/día, por 7 días (dosis diaria máxima: 2g)

Léase:

Infección de transmisión sexual	Medicamento	Posología	
		Adultos y adolescentes con más de 45kg, incluso gestantes	Niños y adolescentes con menos de 45kg
Sífilis	Bencilpenicilina benzatina	2.4 millones unidades internacionales (UI), intramuscular (IM) en dosis única (dividida en dos inyecciones)	50.000 UI/kg, IM, dosis única (dosis máxima total: 2.4 millones UI)
Gonorrea	Ceftriaxona + azitromicina	Ceftriaxona 500 mg, 1 ampolla, IM, dosis única más azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, vía oral (VO), dosis única (dosis total: 1g)	Ceftriaxona 125 mg, IM, dosis única más azitromicina 20 mg/kg de peso, VO, dosis única (dosis máxima total: 1g)
Infección por clamidia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dosis única (dosis total: 1g)	20 mg/kg de peso, VO, dosis única (dosis máxima total: 1g)
Tricomoniasis	Metronidazol <sup>a,b</sup>	500 mg, 4 comprimidos VO, dosis única (dosis total: 2g)	15 mg/kg/día, divididos en 3 dosis/día, por 7 días (dosis diaria máxima: 2g)