

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SANTA CATARINA

**PROTOCOLO DE ATENÇÃO
ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL
DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DA AMOSC**

CHAPECÓ – SC
2012

ATENÇÃO: Este documento esta em processo de revisão! Setembro de 2015.

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO - 2007

ANA SORAIA HADDAD BIASI
Ministério Público – Chapecó
Assistente Social

ARLETE F.R. MEDEIROS
Hospital Dia Aids - SMS Chapecó
Médica

CARME SALETE COLLET
Fórum de Justiça - Chapecó
Assistente Social

FÁTIMA CECHIN
Vigilância em Saúde - SMS Chapecó
Enfermeira

MARLENE DE ANDRADE
Associação dos Municípios do Oeste Catarinense
Assistente Social

OTÍLIA CRISTINA COELHO RODRIGUES
Gerência de Saúde – SDR Chapecó
Enfermeira

SÉRGIO LUIZ MARTELLO
Hospital Lenoir Vargas Ferreira – Hospital Regional do Oeste
Enfermeiro

COLABORAÇÃO

ALZIRÂNGELA CALS
FASC – CREAS

FABIANA L. NEGRI
FASC – CREAS

ADRIANA JUSSARA PAPINI GAVA
SDR Chapecó cedida a SMS Chapecó

MARIA APARECIDA ROSSI FAGGION
Gerente de Saúde SDR Chapecó no período de 2002 a 2006

IDOIR MIGUEL ZATTI
Gerente de Saúde SDR Chapecó no período de 07/2006 a 12/2006

ADRIANA FRAZÃO DUARTE
SMS Chapecó

ALDA MAISA GOSCH
Conselho Tutelar – Guatambu

DIRCE LOURDE RANZOM
Conselho Tutelar – Chapecó

JANICE C. S. OTAK
Conselho Tutelar – Chapecó

SONIA LAVALL SMANIOTO
Hospital Regional do Oeste – Chapecó

COMISSÃO DE REVISÃO - 2012

OTILIA CRISTINA COELHO RODRIGUES

Enfermeira

Gerencia de Saúde – SDR Chapecó

ARLETE FERRARI RECH MEDEIROS

Medica Infectologista

Coordenação Municipal DST/Aids Chapecó

PAULA SENNA DA SILVA

Enfermeira

Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Saúde – Chapecó

ADRIANA SCHMOELLER

Enfermeira

Vigilância Epidemiológica – Secretaria de Saúde - Chapecó

FRANCISCO RAFAEL KLOSINSKI

Enfermeiro

Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira – Hospital Regional do Oeste – Chapecó

SIMARA CLAUDIA MICHAELSEN

Enfermeira

Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira – Hospital Materno Infantil - Chapecó

IZABEL CRISTIANE FRIGUETO FAUTH

Delegada da Policia Civil

DPCAMI - Chapecó

EDELTRAUD HEPP ALBA

Enfermeira Hospital Dia/Aids – Secretaria de Saúde - Chapecó

JEANICE XAVIER BAEZ

Coordenadoras

Centro de referencia especializado em Assistência social – Chapecó

DIRCE LOURDE RANZAN

Coordenadora Conselho tutelar

Chapecó

ERLI TEREZINHA ABREU

Assistente Social

Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina – AMOSC – Chapecó

ATENÇÃO: Este documento esta em processo de revisão! Setembro de 2015.

TERMO DE ADESÃO AO PROTOCOLO DE ATENÇÃO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DOS MUNICÍPIOS DA AMOSC

A Secretaria de Estado da Saúde, representada neste ato pelo Secretário de Estado do Desenvolvimento Regional e pela Gerente Regional de Saúde, a Secretaria de Segurança Pública, representada neste ato pelo Delegado Regional, o Ministério Público, representado neste ato pela Promotoria de Justiça, o Colegiado dos Conselheiros de Direito e Tutelares da Região da AMOSC, o Colegiado de Gestores e Técnicos Municipais de Assistência Social da Região da AMOSC, o Colegiado Regional dos Secretários Municipais de Saúde, o Presidente da AMOSC, o Hospital Regional do Oeste e Hospital da Criança "AUGUSTA MULLER BONHER" e a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, considerando:

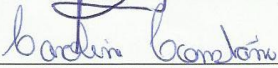
- Ser a violência uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente na população jovem e, sendo a violência sexual uma das faces da violência que atinge em especial as mulheres, com consequências drásticas sobre suas vidas;
- Que o enfrentamento da violência sexual exige e efetiva a integração de diferentes setores para a realização de um trabalho em rede;
- A necessidade do trabalho integrado para conferir maior visibilidade ao problema de forma a permitir a implantação de estratégias mais amplas de combate ao mesmo

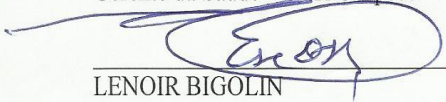
Resolvem:

Formalizar neste instrumento, a REVISÃO ao "Protocolo de Atenção as Vítimas de Violência Sexual nos Municípios da região da AMOSC", tendo como partes a Secretaria de Estado da Saúde, por intermédio da Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional, a Secretaria de Segurança Pública, a Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, a Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina, a Secretaria de Justiça e Cidadania, a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste, Hospital da Criança "AUGUSTA MULLER BONHER" e o Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde, o qual passará a ter validade a partir da data de sua assinatura.

Chapecó, outubro de 2012.


ELDIMAR CLAUDIO JAGNOW
Secretário de Desenvolvimento Regional


CAROLINE CONSTANZI
Gerente da Saúde – SDR Chapecó


LENOIR BIGOLIN
Presidente
Associação dos Municípios do Oeste Catarinense – AMOSC



ATENÇÃO: Este documento esta em processo de revisão! Setembro de 2015.



SEVERINO TEIXEIRA DA SILVA FILHO

Presidente da Diretoria Executiva

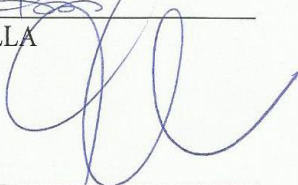
Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira – Hospital Regional do Oeste e Hospital da Criança “Augusta Muller Bonher”



VÂNIA PIAZA CELLA

Promotora

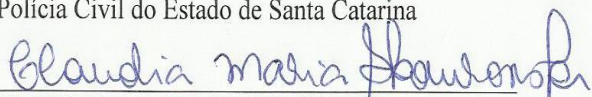
Ministério Público



TATIANA KLEIN SAMUEL

Delegada Regional de Chapecó

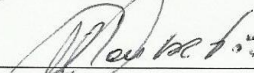
Polícia Civil do Estado de Santa Catarina



CLAUDIA MARIA SKOWRONSKI

Gestora da Assistência Social de Nova Erechim

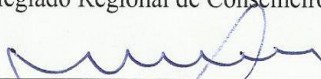
Coord. do Colegiado Regional de Gestores e Técnicos Municipais da Assistência Social da Região da AMOSC



MARLIOLVA GOULART

Coordenadora

Colegiado Regional de Conselheiros de Direitos e Tutelares da Região da AMOSC



JEANE CARLA MORH DE OLIVEIRA

Secretária

Secretaria Municipal de Saúde - Chapecó



SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	1
2	DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS NA REDE.....	3
2.1	SEGURANÇA PÚBLICA.....	3
2.2	SAÚDE.....	4
2.3	APOIO PSICOSSOCIAL	4
2.4	INFORMAÇÃO - BANCO DE DADOS.....	5
3	DAS COMPETÊNCIAS	6
3.1	COMISSÃO DE RESPONSÁVEL PELA REVISÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DOS MUNICÍPIOS DA AMOSC	6
3.2	HOSPITAL REGIONAL DO OESTE	6
3.3	PREFEITURAS MUNICIPAIS	10
3.4	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	11
3.5	SECRETARIAS DE EDUCAÇÃO E TODAS AS DEMAIS INSTITUIÇÕES DE ENSINO DOS MUNICÍPIOS DA AMOSC	12
3.6	SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	12
4	FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL AGUDA (até 72 horas após o fato).....	14
5	ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA.....	17
5.1	MECANISMO DE AÇÃO	17
5.2	ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO.....	18
5.3	SEGURANÇA E CONTRAINDICAÇÕES.....	19
5.4	EFEITOS SECUNDÁRIOS	20
5.5	EFICÁCIA.....	20
5.6	ORIENTAÇÕES PARA A MULHER.....	20
5.7	DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU.....	21
5.8	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	21
6	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS.....	23
6.1	INDICAÇÕES E CUIDADOS FUNDAMENTAIS	23
6.2	PROFILAXIA PARA MULHERES E ADOLESCENTES	24
6.3	INFORMAÇÕES IMPORTANTES	25
6.4	PROFILAXIAS PARA CRIANÇAS	25
6.5	ALTERNATIVAS.....	26
7	HEPATITES VIRAIS	28
7.1	IMUNOPROFILAXIA CONTRA HEPATITE B.....	28
7.2	INFORMAÇÕES IMPORTANTES	30
8	TRANSMISSÃO VERTICAL.....	31
8.1	EFEITOS SECUNDÁRIOS	31
8.2	CONDUTA FRENTE À INFECÇÃO.....	31
9	INFECÇÃO PELO HIV	33
9.1	INDICAÇÕES E CUIDADOS FUNDAMENTAIS	34
9.2	ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO.....	35
9.3	PROFILAXIA PARA MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES	36
9.4	PROFILAXIA PARA CRIANÇAS	38
9.5	ADESÃO AO TRATAMENTO.....	39
9.6	ACONSELHAMENTO À PACIENTE	41
9.7	INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	42
9.8	REAÇÕES ADVERSAS.....	42

ATENÇÃO: Este documento esta em processo de revisão! Setembro de 2015.

9.9	ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL	42
10	GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL	45
10.1	ALTERNATIVAS FRENTE A GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	46
10.2	ASPECTOS LEGAIS	46
11	PROCEDIMENTOS DE JUSTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA INTERRUPTÃO DE GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI.....	48
11.1	CONSENTIMENTO	49
11.2	OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA	52
12	PROCEDIMENTOS DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ.....	54
12.1	DETERMINAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL	54
12.2	CONDIÇÕES PRÉ-EXISTENTES.....	55
12.3	MÉTODOS DE INTERRUPTÃO ATÉ 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL	55
12.4	MÉTODOS DE INTERRUPTÃO APÓS 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL	58
12.5	GESTAÇÕES COM MAIS DE 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL	59
12.6	PREPARAÇÃO DO COLO DE ÚTERO	59
12.7	ALÍVIO DA DOR	59
12.8	INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES	60
12.9	PROFILAXIA DE INFECÇÃO	60
12.10	CUIDADOS DE COLETA E GUARDA DE MATERIAL	61
12.11	ISOIMUNIZAÇÃO PELO FATOR RH	61
12.12	ALTA HOSPITALAR E SEGUIMENTO	62
13	COLETA DE MATERIAL.....	63
14	REFERÊNCIAS	65
15	ANEXOS	66
15.1	ANEXO A - FLUXOGRAMA PARA USO DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV PARA O AGRESSOR*.....	67
15.2	ANEXO B – INTERAÇÃO ENTRE ARV E OUTROS MEDICAMENTOS QUE DETERMINAM MUDANÇA DE DOSES OU CUIDADO QUANDO O ADMINISTRADAS – IPS.	68
15.3	ANEXO C – INTERAÇÃO ENTRE ARV E OUTRAS DROGAS QUE DETERMINAM MUDANÇA DE DOSES OU CUIDADO QUANDO COADMINISTRADAS – ITRNS.	74
15.4	ANEXO D - DROGAS QUE NÃO DEVEM SER USADAS JUNTAMENTE COM ANTIRRETROVIRAIS INIBIDORES DE PROTEASE (IP) OU INIBIDORES DE TRANSCRIPTASE REVERSA NÃO-ANÁLOGOS DE NUCLEOSÍDEOS ITRNN).....	76
15.5	ANEXO E – FLUXOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO RÁPIDO DA INFECÇÃO PELO HIV E SITUAÇÕES ESPECIAIS.....	79
15.6	ANEXO F - FLUXOGRAMA MÍNIMO PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 18 MESES.....	80
15.7	ANEXO G - PROPOSIÇÃO DE FICHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE	81
15.8	ANEXO H - RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DO TÉTANO.	

15.9	ANEXO I – LEI DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.	85
15.10	ANEXO J - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SEXUAL E/ OU OUTRAS VIOLÊNCIAS.	85
15.11	ANEXO K – PORTARIA GM/MS Nº 1.508, DE 1 DE SETEMBRO DE 2005 E	88
15.12	ANEXO L - TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO	91
15.13	ANEXO M - PARECER TÉCNICO	93
15.14	ANEXO N - TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO	94
15.15	ANEXO O - TERMO DE RESPONSABILIDADE	95
15.16	ANEXO P - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
15.17	ANEXO R - FLUXOGRAMA PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE DOIS ANOS.....	97
16	LISTA DE ESTABELECIMENTOS E ENDEREÇOS PARA ENCAMINHAMENTOS:	98

1 APRESENTAÇÃO

A violência contra mulheres, crianças e adolescentes ocorre em todos os estratos sociais, independe de faixa etária ou sexo, podendo ocorrer dentro ou fora do convívio familiar e sua frequência é bem maior do que se estima.¹

Milhares de crianças e adolescentes já sofreram alguma forma de violência durante a vida, sendo que a violência intrafamiliar é considerada um grave problema de saúde pública, além é claro de constituir uma violação dos direitos humanos. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que apenas uma em cada vinte agressões são denunciadas.²

Vale nos reportarmos sobre a definição do termo violência, que conforme a Organização Mundial de Saúde² define violência como “*o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação*”.

Como forma de intensificar as ações de a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como um de seus objetivos específicos a atenção à violência sexual e doméstica, e estão previstas ações de ampliação a acessibilidade das mulheres e adolescentes aos serviços de saúde, como forma de reafirmar o tema saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e jovens, trabalhando juntamente inclusive com as Organizações de Sociedade Civil.³

A Organização das Nações Unidas – ONU, no ano 2000 em levantamento dos maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 objetivos do milênio, dentre eles a igualdade entre os sexos e valorização da mulher, tendo em vista que homens e mulheres não tinham os mesmos direitos e deveres. Uma das atividades propostas dentro do referido objetivo está a denuncia de casos de violência, abuso e exploração sexual contra mulheres, crianças e adolescente, como forma de coibir situações de violência e prestar um adequado auxilio as vítimas.⁴

O Ministério da Saúde elaborou no ano de 1999, a primeira edição da Norma Técnica intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” com o objetivo de fornecer subsídio técnico para que os municípios possam estruturar uma rede de serviços para atendimento às vítimas de violência sexual.³

ATENÇÃO: Este documento esta em processo de revisão! Setembro de 2015.

Faz-se necessário a ampliação do conhecimento técnico-científico, assim como a maximização de práticas humanizadas por parte dos profissionais, sendo estes elementos essenciais na atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual. Acredita-se que a organização de protocolos de atendimento a nível regional, estará contribuindo para a qualificação dos profissionais de saúde, atores estes fundamentais para a efetivação desta proposta, e, dessa forma, para o planejamento e a execução de ações que resultem na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população que sofre esse tipo de agravo.

A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes preconiza que haja uma discussão intersetorial visando conferir maior visibilidade ao problema e permitindo a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.³

A Secretaria de Estado da Saúde por intermédio da Secretaria de Desenvolvimento Regional – Gerência da Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Chapecó e a Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina (AMOSC), sensibilizada com a proposta, reuniu profissionais das esferas municipais, estaduais, federais e não governamental, representando as áreas da saúde, segurança pública, justiça e desenvolvimento social, a fim de formarem uma comissão para estudo e viabilização de tal proposta de serviço.

Nesse contexto, formou-se uma comissão que julgou necessária a reavaliação do Protocolo de Atendimento as Vítimas de Violência Sexual dos Municípios da AMOSC, implantado em abril de 2007, com vistas a avaliar a rede de serviços, qualificando o atendimento.

2 DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS NA REDE

A vítima de violência sexual aguda poderá dar entrada em qualquer instituição pública ou privada das áreas da saúde, segurança, órgãos de proteção à infância ou de cunho social, porém somente a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira – Hospital Regional do Oeste e o Hospital da Criança “Augusta Muller Bonher”, instituições situadas no município de Chapecó, irão constituir, por excelência, a Unidade de Referência da Rede de Atendimento.

Assim, é de fundamental importância que as demais instituições, bem como a sociedade no geral, sejam informadas sobre o atendimento em rede nos Municípios, e efetuem o encaminhamento das vítimas à unidade de referência.

As Unidades de Atendimento estarão organizadas por área de atuação, compreendendo as seguintes instituições:

2.1 SEGURANÇA PÚBLICA

As unidades de referência na área da segurança pública são responsáveis pelos encaminhamentos legais para criminalização dos agressores (como registro da ocorrência, exame pelo médico legista, inquérito policial). Quais sejam:

- DPCAMI (Delegacia de Proteção a Criança, Adolescente Mulher e Idoso), sito a Rua: Uruguai, n. 39-D – Centro – Chapecó – SC.
- 1ª Delegacia de Polícia, sito a Rua Florianópolis, n. 297 – Centro – Chapecó – SC.
- 2ª Delegacia de Polícia e CPP (Central de Plantão Policial), sito a Rua: Pequim, n. 79 D – Passo dos Fortes – Chapecó – SC
- 3ª Delegacia de Polícia, sito a Rua Rouxinol, n. 103-E – Bairro Efapi – Chapecó – SC.
- Instituto Geral de Perícias (IGP), sito a Rua Júlio César, nº 23 – Centro - Fone: (49) 3328-9252.

Prestando atendimento de forma humanizada, livre de discriminação ou qualquer tipo de violência psicológica, evitando a revitimização.

2.2 SAÚDE

As unidades de referência na área da saúde são responsáveis pelo atendimento de saúde e orientação para prevenção das DST/Aids assim como o acionamento da Delegacia de Polícia (maior de 18 anos) ou Conselho Tutelar (menor de 18 anos), conforme detalhado nas normatizações do atendimento de saúde (anexo I, II e III). São elas:

- Hospital Regional do Oeste - Unidade de Referência para maiores de 13 anos.
- Hospital da Criança “AUGUSTA MULLER BONHER” – Unidade de Referência para menores de 13 anos.
- Centros Integrados de Saúde
 - Secretárias Municipais de Saúde
 - Unidades Básicas de Saúde
 - Hospital Dia de Chapecó

A Unidade de Saúde referência deverá prestar o atendimento de urgência/emergência, realizando os devidos esclarecimentos a vítima, quanto ao aconselhamento antes da realização dos exames e orientação para o recebimento dos resultados dos exames. Assim como deverá ressaltar a importância da continuidade no acompanhamento pós-agressão nas UBS referência em 45, 90 e 180 dias, com a realização de coleta de novos exames laboratoriais, conforme consta na Norma Técnica do MS, 2010.

2.3 APOIO PSICOSSOCIAL

As Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social serão responsáveis pelo atendimento psicossocial as suas vítimas no município de origem, e caso não tenham este tipo de atendimento deverão encaminhar / referenciar este atendimento.

Será referência para o atendimento psicológico e social as vitima de violência sexual acima de 18 anos e atendimento ao vitimizador sexual acima de 18 anos:

- CAPS – Centro de Apoio Psicossocial, de cada cidade ou referência.

Atendimento social e jurídico às crianças e adolescentes vítimas de violência

sexual, suas famílias, e atendimento psicológico ao vitimizador sexual adolescente, deverá ser realizado em:

- CREAS – Centro Referência Especializada em Assistência Social, para os municípios de Chapecó, Pinhalzinho e Quilombo.
- Equipe de Referência lotada na Gestão da Secretaria Municipal de Assistência Social ou Departamento – para os municípios que não possuem CREAS.

Atendimento Jurídico as vítimas, vitimizadores e suas famílias.

- Escritório Sócio Jurídico – Municípios de Chapecó
- Ordem dos Advogados do Brasil – OAB
- CREAS - Centro Referência Especializada em Assistência Social, para os municípios de Chapecó, excetuando-se o atendimento aos menores vitimizadores.

2.4 INFORMAÇÃO - BANCO DE DADOS

As unidades de referência são responsáveis pelo preenchimento e encaminhamento da Ficha de Notificação e Investigação de Violências à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Saúde de Chapecó, estes encaminhamento deverão ser realizados sempre que houver um atendimento.

Unidades Notificantes:

- Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste
- Hospital da Criança “Augusta Muller Bonher”.

As Unidades de Referência em saúde, segurança e apoio psicossocial manterão estreito relacionamento com vistas a efetuar encaminhamentos entre si, garantindo atendimento integral à vítima.

3 DAS COMPETÊNCIAS

3.1 COMISSÃO DE RESPONSÁVEL PELA REVISÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DOS MUNICÍPIOS DA AMOSC

Compete à comissão:

- Submeter a proposta do Protocolo Regional de Atenção às Vítimas de Violência Sexual dos Municípios da Região da AMOSC para apreciação dos órgãos, programas e entidades que direta ou indiretamente participam da rede de atendimento;
- Realizar reunião para apresentação pública do Protocolo, bem como, a articulação da sensibilização dos profissionais que prestarão serviços na rede;
- Monitoramento, avaliação e viabilização do atendimento na rede, através das reuniões mensais junto ao Fórum pelo Fim da Violência e Exploração Sexual;
- Promover a capacitação de Multiplicadores de forma continuada e articulada com Estado e Municípios;
- Capacitação específica dos serviços que atenderão na rede, em parceria com a SES/SC;

3.2 HOSPITAL REGIONAL DO OESTE

A Associação Lenoir Vargas Ferreira como unidade de saúde será referência ao atendimento de emergência às vítimas de violência sexual e se dispõem a atender as pessoas que residem nos municípios da região AMOSC. Todas as pessoas serão atendidas de acordo com protocolo vigente, com vistas a preservar a integridade física, psicológica, e biológica dos pacientes assistidos por esta instituição.

- Crianças de 0 a 13 anos completos: serão atendidas no Hospital da Criança “Augusta Muller Bonher”, sito a rua: Uruguai, Q 159 – Bairro SAIC Chapecó – SC.

- Pessoas acima de 13 anos: serão atendidas na Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira – Hospital Regional, sito a rua: Florianópolis, 1448 E – Bairro Esplanada – Chapecó – SC.

I. COMPETE AO ENFERMEIRO DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA:

- Disponibilizar local e recursos humanos e materiais capacitados para o atendimento às vítimas;
- Realizar o acolhimento à vítima e ao responsável dando as seguintes orientações:

1. Quando maior de 18 anos: Orientar a necessidade de realizar Boletim de Ocorrência (B.O.) procurando a Delegacia da Mulher (em horário comercial) ou Central de Polícia (finais de semana, feriados ou após horário comercial), esse registro também pode ser realizado por telefone. Se a vítima não quer realizar BO, mesmo após bem orientada, o Enfermeiro deve iniciar os próximos itens;

2. No caso do menor de 18 anos deve ser acionado Conselho Tutelar com ou sem autorização do responsável;

3. Entrevistar o paciente e/ou responsável preenchendo adequadamente:

- a) Ficha de Notificação/Investigação – Violência Doméstica e/ou outras Violências Interpessoais (anexo)
- b) Termo de Consentimento Informado para Exames e Medicamentos
- c) Formulário de solicitação de medicamentos (01 cópia fica no prontuário e 01 cópia para farmácia + Xerox da prescrição médica)

4. Após a liberação do paciente, encaminhar todos os papéis juntamente com prontuário para Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HRO que realizará o encaminhamento a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do Município.

5. Fornecer local adequado para coleta dos exames laboratoriais abaixo listados, assim como conferir a solicitação preenchida pelo médico para coleta dos exames no Hospital:

- Sífilis / VDRL
- Anti-HIV

- Hepatite B – HBsAg
 - Hepatice C - Anti HCV
 - Transaminases
 - Hemograma
 - B-HCG, e
 - Conteúdo vaginal (responsabilidade do Perito do IGP)
6. Disponibilizar local para avaliação do perito e realização do exame de corpo de delito e conjunção carnal.
 7. Administrar medicamentos conforme prescrição médica;
 8. Fornecer medicamentos para uso nos próximos 30 dias, prestando as devidas orientações quanto à indicação, contra indicação e efeitos adversos dos medicamentos;
 9. Reforçar com acompanhante e/ou familiares que os medicamentos devem ser usados durante 30 dias ininterruptos;
 10. Liberar paciente com orientação por escrito sobre os medicamentos aos quais deverá fazer uso;
 11. Fornecer encaminhamento ao Hospital Dia Chapecó, em posse dos medicamentos recebidos, assim como carteira de vacinação, no primeiro dia útil após o acontecido, aos cuidados Enfermeiro (a) responsável;
 12. Registrar no prontuário do paciente todas as orientações fornecidas, exames coletados e medicamentos fornecidos;

Realizar as seguintes atividades administrativas, conforme escala de atividades e atribuições previamente estabelecidas pela Gerência de Enfermagem:

1. Conferir semanalmente o estoque de medicamentos disponíveis na farmácia do HRO;
2. Certificar-se junto ao Laboratório de referência, do encaminhamento dos exames médicos ao Hospital Dia, para a continuidade do atendimento a vítima de violência;
3. Encaminhar ficha de notificação ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, no primeiro dia útil após o atendimento a vítima;

II. COMPETE AO MÉDICO DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL

REFERÊNCIA:

- Estar atento as possíveis situações indicativas de violência contra a mulher, criança e adolescente;
- Quando da suspeita de situação de violência, comunicar equipe de enfermagem para juntos realizarem o levantamento preciso da situação encontrada;
- Não revitimizar o paciente;
- Realizar consulta médica aos pacientes vítimas de violência sexual;
- Comunicar equipe de enfermagem quando da constatação de situação de violência contra a mulher, criança e adolescente;
- Solicitar avaliação do médico legista;
- Solicitar exames laboratoriais em conformidade com o estabelecido na Nota Técnica sobre Prevenção e Tratamento os Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes;
- Prescrever quimioprofilaxia para DST's virais e não virais, em conformidade com o estabelecido na Nota Técnica sobre Prevenção e Tratamento os Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes;
- Reforçar junto ao paciente a necessidade do uso dos medicamentos pelo período de 30 dias;
- Encaminhar paciente para unidade de referência para o acompanhamento no primeiro dia útil após o atendimento;
- Reforçar para que o paciente leve consigo os medicamento e encaminhamento recebidos, nesta unidade de atendimento.

Ressalva:

- O teste rápido para HIV deverá ser realizado somente no vitimizador;
- O teste rápido será fornecido mensalmente pela Secretaria de Estado da Saúde, através da Gerência de Saúde de Chapecó;
- Pacientes de outros municípios e menores de 18 anos, comunicar o Conselho Tutelar do Município.

- Pacientes encaminhados de outras unidades da rede, com notificação preenchida, o enfermeiro deve fazer as complementações e encaminhar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Regional do Oeste.

3.3 PREFEITURAS MUNICIPAIS

Compete à Prefeitura Municipal:

- Responsabilizar-se pelo pagamento e recebimento dos exames laboratoriais através da Programação Pactuada Integrada com Chapecó;
- Garantir acompanhamento médico ambulatorial às vítimas residentes em cada município para realização dos exames de DST/AIDS, Hepatites Virais, gravidez e controle de medicação; com a devida periodicidade estabelecida pela Norma Técnica Do Ministério Da Saúde – 2010.
- Os municípios que não possuem em sua rede de atendimentos laboratórios que realizem os exames citados deverão encaminhá-los para realização no LACEN Chapecó – Laboratório Regional de Chapecó, desta forma deverão estar contatando o responsável para pactuarem as rotinas de coleta e encaminhamento.
- Deverão repassar ao município de Chapecó os medicamentos para DST's não virais, descritos na normatização de atendimento na área da saúde (anexo I, II e III);
- Serão responsáveis pelo transporte de suas vítimas até a referência para o atendimento;
- O fornecimento de materiais técnicos e lúdicos ao serviço de psicologia;
- A orientação dos profissionais da rede municipal de saúde (centros de saúde) quanto ao funcionamento da rede e das Unidades de Referência em Saúde e Assistência Social para eventuais encaminhamentos;
- Promover a divulgação do Protocolo e da rede de atendimento nos municípios e em toda a rede.
- Oferecer atendimento psicológico e social as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias.
- Garantir recursos humanos capacitados para o atendimento na REDE.
- Garantir local apropriado para atendimento às vítimas, evitando a revitimização.
- Garantir sigilo e ética de todos os profissionais de saúde;

- Assegurar o direito a presença de um acompanhante à vítima de qualquer idade, na realização do exame de conjunção carnal/corpo de delito.

3.4 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Compete à Secretaria de Estado da Saúde:

- Mobilização de recursos financeiros e ações políticas para continuidade dos atendimentos em rede.
- Capacitar recursos humanos para o reconhecimento e encaminhamento para Unidade de Referência em Saúde das Redes Municipais e Estadual.
- Capacitar recursos humanos para o atendimento dos pacientes encaminhados a Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste e ao Hospital da Criança “Augusta Muller Bonher”.
- Sensibilizar a equipe da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste e ao Hospital da Criança “Augusta Muller Bonher”, para assegurar local apropriado para atendimento das vítimas, evitando a revitimização em conformidade com a Norma Técnica do Ministério da Saúde, 2010, onde consta: *“Para o atendimento de mulheres que sofreram violência sexual, deve ser definido local específico, preferentemente fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, no sentido de garantir a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame. Essa medida é fundamental no processo de acolhimento, estabelecendo ambiente de confiança e de respeito. Por outro lado, deve-se evitar a criação de situações que favoreçam constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação nominal do setor ou da sala destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro. Para a avaliação clínica e ginecológica, é necessário espaço físico correspondente a um consultório médico”*.
- Os procedimentos para o abortamento previsto por lei deverão ser amplamente discutidos com toda a rede e realizados em hospital com local cirúrgico adequado, em conformidade com a Norma Técnica de Atenção ao Abortamento e a Portaria Ministerial Nº **1.508, de 1º de setembro de 2005**.
- Fornecer a medicação antirretroviral necessária para o cumprimento das normalizações da área da saúde (anexo I, II e III).

3.5 SECRETARIAS DE EDUCAÇÃO E TODAS AS DEMAIS INSTITUIÇÕES DE ENSINO DOS MUNICÍPIOS DA AMOSC

Compete à Secretarias de Educação e todas as demais instituições de ensino dos municípios da AMOSC:

- Fomentar a discussão sobre violência doméstica e violência sexual, no ambiente escolar para educadores e alunos.
- Comunicar ao Conselho Tutelar situações de suspeita ou violência sexual.

3.6 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

Compete à Secretaria de Estado da Segurança Pública:

- Capacitar e sensibilizar os funcionários para o correto atendimento e encaminhamento das vítimas de violência sexual aguda (até 72 horas) como integrante da rede.
- Garantir o atendimento por representante da DPCAMI (em horário de expediente) ou da CPP (designado pelo Delegado Plantonista, das 18 às 08h do dia seguinte, feriados e finais de semana), para realização do registro de ocorrência (inclusive por telefone quando comunicado pelo Conselho Tutelar ou pelo Hospital) e, se necessário, deslocamento do servidor à unidade de saúde para entrega da guia de perícia e apreensão de objetos, evitando o deslocamento da mesma à Delegacia;
- Garantir que os exames de lesão corporal e/ou conjunção carnal também sejam feitos na unidade de atendimento de referência (Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste e Hospital da Criança “Augusta Muller Bonher”), pelo médico legista do IML, este acionado pela Autoridade Policial;
- Garantir que o IML se responsabilize pelo recebimento e acondicionamento de material (conteúdo vaginal e anal) para pesquisa de esperma, sendo este colhido pelo próprio médico legista, quando for caso de instauração de procedimento criminal;
- Adequação, assim que possível, da estrutura física das Delegacias (sala reservada) com vistas a garantir melhor atendimento às vítimas de crimes sexuais, evitando constrangimentos desnecessários e/ou revitimização, quando o primeiro atendimento for realizado em Delegacia de Polícia.
- Evitar a revitimização, providenciando a oitiva da vítima em momento

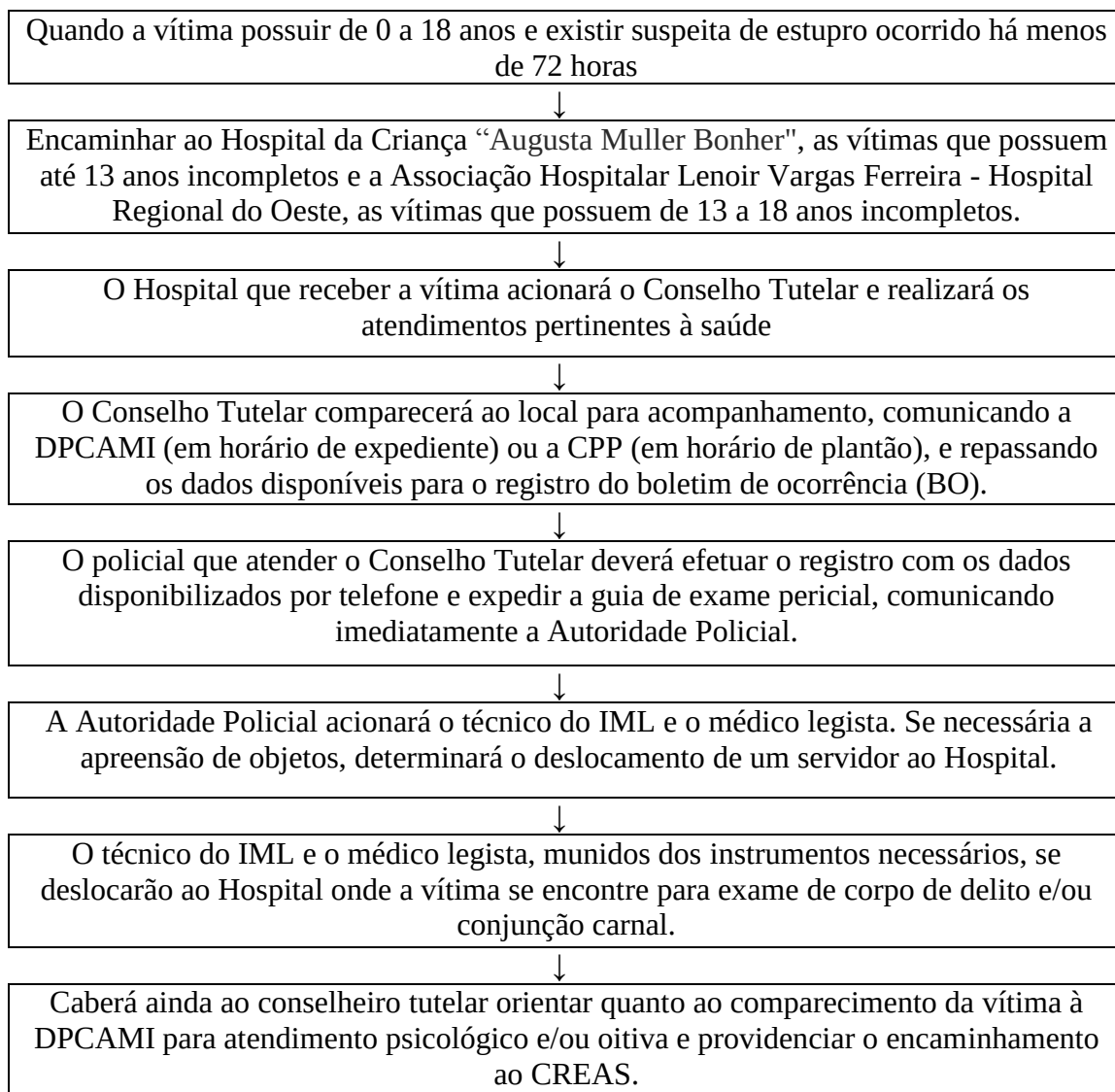
oportuno a ser definido pela Autoridade Policial responsável pelo caso, bem como garantir que a intervenção com vítimas de até 17 anos seja realizada por psicólogo com atuação na DPCAMI.

- Zelar pela observância dos fluxogramas que seguem.

4 FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL AGUDA (até 72 horas após o fato)

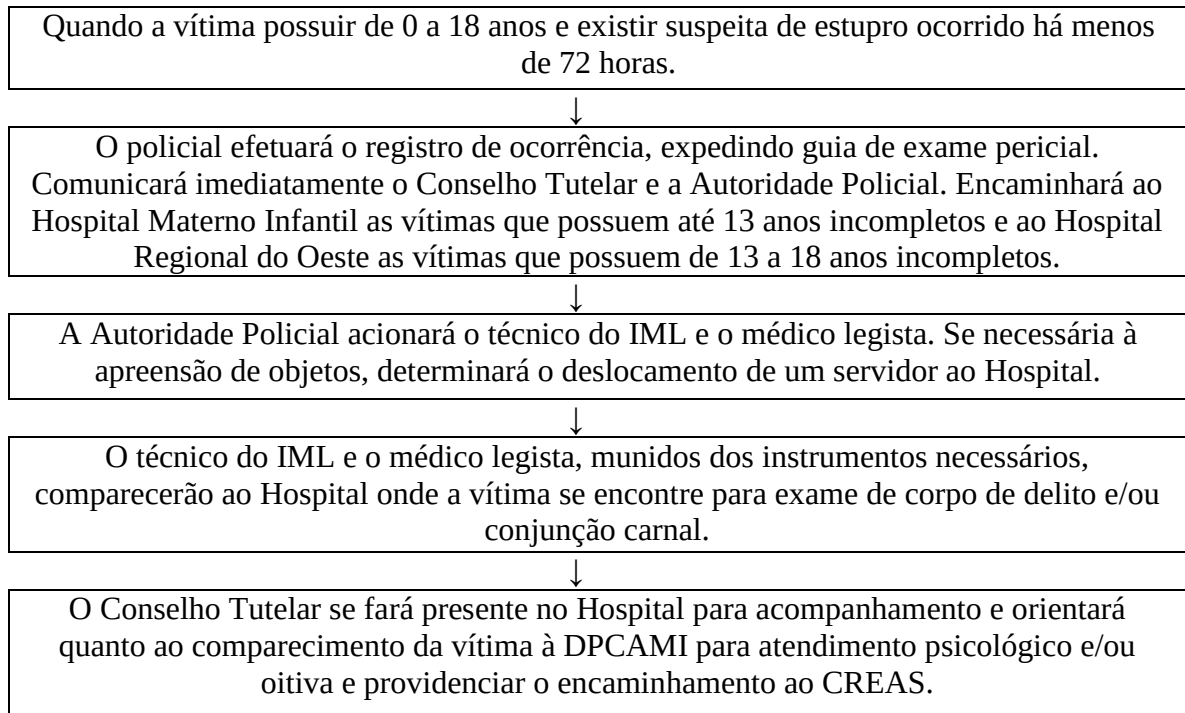
Caso 1

Quando a porta de entrada for diferentes instituições:



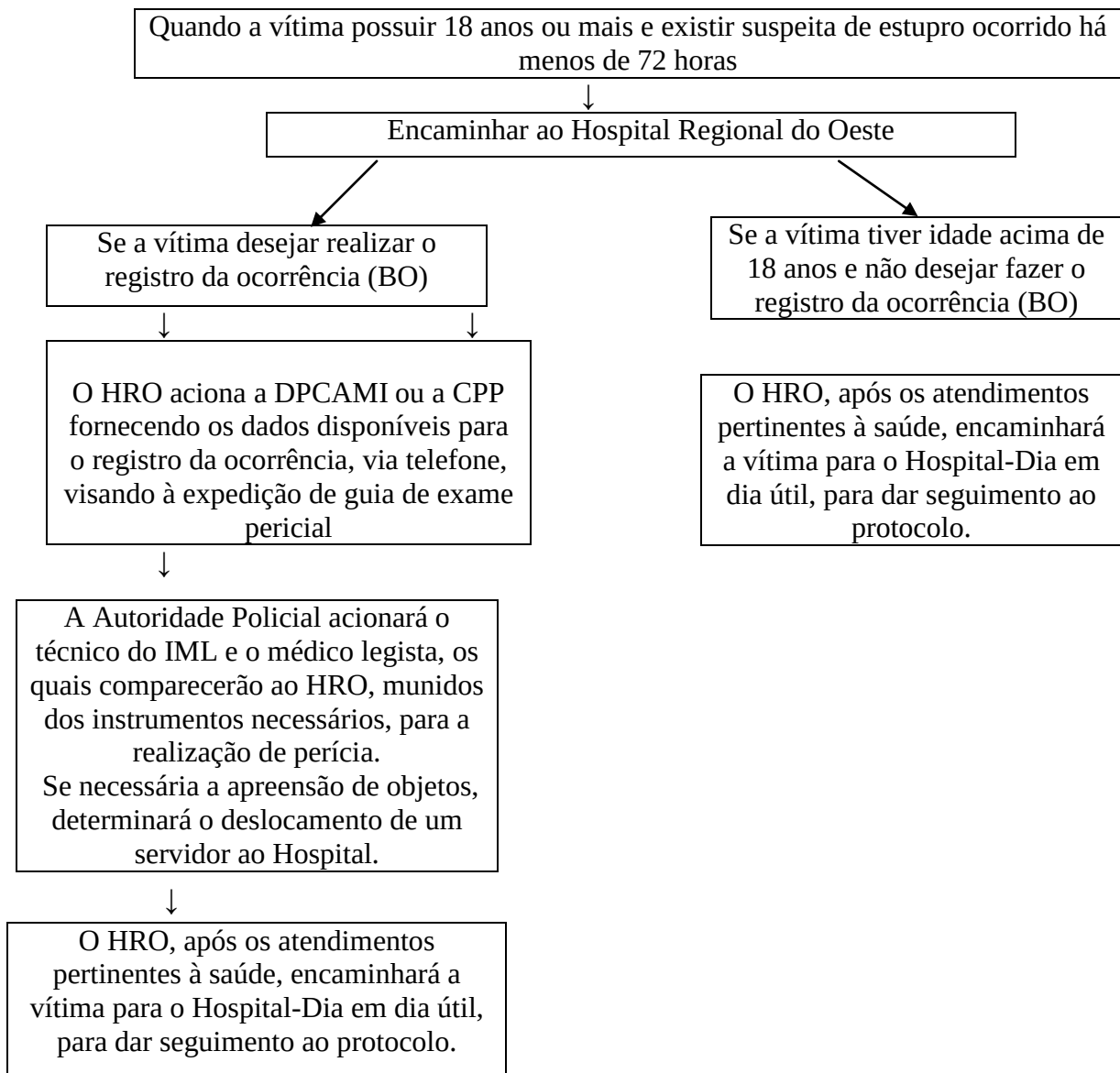
Caso 2

Quando a porta de entrada for Delegacia de Polícia:



Caso 3

Quando a porta de entrada for diferentes instituições:



* Caso a porta de entrada da vítima seja a Delegacia de Polícia, o policial atendente deverá observar o previsto no fluxograma “Caso 2”, no que for pertinente.

5 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Grande parte dos crimes sexuais ocorre durante a idade reprodutiva da mulher. O risco de gravidez, decorrente dessa violência, varia entre 0,5 e 5%, considerando-se a aleatoriedade da violência em relação ao período do ciclo menstrual, bem como se a violência foi um caso isolado ou se é uma violência continuada. No entanto, a gravidez decorrente de violência sexual representa, para grande parte das mulheres, uma segunda forma de violência. A complexidade dessa situação e os danos por ela provocados podem ser evitados, em muitos casos, com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE). O método anticonceptivo pode prevenir a gravidez forçada e indesejada utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo. Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado a 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 em que se encontre, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. A AE é desnecessária se a mulher ou a adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral ou injetável, esterilização cirúrgica ou DIU. Obviamente também só se aplica se houve ejaculação vaginal, pois em caso de coito oral ou anal não é necessária. A AE hormonal constitui o método de eleição devido seu baixo custo, boa tolerabilidade, eficácia elevada e ausência de contra indicações absolutas.

5.1 MECANISMO DE AÇÃO

O mecanismo de ação da AE, se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, altera o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou a retardando por vários dias. Usada na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a AE atua modificando o muco cervical, tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração sustentada dos espermatozóides do trato genital feminino até as trompas em direção ao óvulo. A AE não produz efeitos sobre o endométrio, não modifica sua receptividade e não altera as condições para a implantação do blastocisto, caso a fecundação ocorra. Por esses mecanismos a AE impede somente a fecundação. Não existem indicadores de que a AE exerça efeitos após a fecundação, altere o endométrio,

prejudique a implantação, ou que resulte na eliminação precoce do embrião. Portanto, acumulam-se evidências científicas suficientes de que não existe “efeito abortivo” com o uso da AE.

5.2 ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

O método de primeira escolha da AE hormonal consiste no uso exclusivo de um progestágeno, o levonorgestrel, na dose total de 1,5 mg. Nas apresentações comerciais contendo dois comprimidos, cada um com 0,75 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de dois comprimidos, via oral, em dose única. Nas apresentações com um comprimido de 1,5 mg de levonorgestrel, recomenda-se o uso de um comprimido, via oral, em dose única. A AE deve ser realizada quanto antes possível, dentro do limite de cinco dias da violência sexual. Outro método de AE, conhecido como Regime de Yuzpe, utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar, conhecidos como “pílulas anticoncepcionais”. O método de Yuzpe consiste na administração de um estrogênio associado a um progestágeno sintético, administrados até cinco dias após a violência. A associação mais estudada, recomendada pela Organização Mundial da Saúde, é a que contém dose total de 0,2 mg de etinil-estradiol e de 1 mg de levonorgestrel, dividida em duas doses iguais, em intervalo de 12 horas. Existem no mercado AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido. Nesse caso, utilizam-se dois comprimidos, via oral, a cada 12 horas, em um total de 4 comprimidos. Nas apresentações comerciais com 0,03 mg de etinil-estradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido, devem ser administrados quatro comprimidos, via oral, a cada 12 horas, em um total de oito comprimidos (Quadro 2).

Quadro 2 - Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal.

MÉTODO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO
LEVONORGESTREL	0,75 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	2 comprimidos dose única
Primeira Escolha	1,5 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	1 comprimido dose única
MÉTODO DE YUZPE	AHOC com 0,05 mg de etinil-estradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	2 comprimidos cada 12 horas – total de 4 comprimidos
Segunda Escolha	AHOC com 0,03 Mg de etinil-estradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral	4 comprimidos cada 12 horas – total de 8 comprimidos

Comparado ao levonorgestrel, o Regime de Yuzpe apresenta maior taxa de falha. A frequência e a intensidade dos efeitos colaterais também são maiores. O método de

Yuzpe não deve ser empregado quando se utiliza o ritonavir, presente na profilaxia da infecção pelo HIV, pela significativa redução dos níveis séricos do etinil-estradiol no sistema microssomal hepático. Portanto, o método de Yuzpe constitui segunda escolha, reservado somente para situações excepcionais onde o levonorgestrel se encontre indisponível.

A administração da AE, por muitos anos, foi recomendada dividindo-se a dose total em duas doses iguais, em intervalo de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas (três dias). As evidências mais recentes apontam que a dose única de 1,5 mg de levonorgestrel é tão eficaz como duas doses de 0,75 mg separadas. No entanto, o uso da AE em dose única oferece evidente vantagem quanto à adesão. Estudos também verificam efeitos da AE até cinco dias do contato sexual desprotegido, embora com taxa significativamente menor de proteção. Seu emprego, portanto, não deve ser limitado aos três primeiros dias da violência sexual.

5.3 SEGURANÇA E CONTRAINDICAÇÕES

Mulheres e adolescentes podem usar a AE com segurança, mesmo aquelas com contraindicação aos AHOC. A única contraindicação absoluta da AE, categoria 4 da OMS, é a gravidez confirmada. Antecedente de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa ou diabetes com complicações vasculares, são classificados na categoria 2, que recomenda precauções apenas para o método de Yuzpe. Nesses casos, a AE deve ser realizada com o levonorgestrel. A segurança da AE se explica pelo tempo muito curto de tratamento e pela baixa dose hormonal total administrada, dentro de limites farmacológicos aceitáveis. Eventos graves, como o tromboembolismo e acidente vascular, têm risco pequeno e menor que o verificado para usuárias de AHOC.

Em situações de suspeita não confirmada de gravidez a AE deve ser obrigatoriamente realizada com o levonorgestrel exclusivo. Não se recomenda que a decisão de uso da AE se condicione a testes laboratoriais de gravidez, exceto quando os mesmos estejam disponíveis e ofereçam resultado em curto intervalo de tempo. Não existem evidências de que mulheres expostas a AE acidentalmente durante o primeiro trimestre de gestação apresentem maior incidência de anomalias fetais. Em caso de falha da AE não há evidências de risco aumentado de gravidez ectópica ou de anomalias fetais.

5.4 EFEITOS SECUNDÁRIOS

Os efeitos secundários mais frequentes da AE são as náuseas, em 40 a 50% dos casos, e o vômito, em 15 a 20%. Esses efeitos podem ser minimizados com o uso de antieméticos cerca de uma hora antes da tomada da AE. Outros efeitos podem ocorrer, embora com menor frequência. Cefaléia, dor mamária e vertigens têm remissão espontânea nas primeiras 24 horas após o uso da AE. Se o vômito ocorrer nas primeiras 1 a 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 mesma recomendação vale para mulheres em inconsciência, onde a via oral não pode ser usada.

5.5 EFICÁCIA

A eficácia da AE é elevada, com índice de efetividade médio de 75% a 80% e índice de Pearl (índice de falha) de cerca de 2%. Significa dizer que a AE pode evitar, em média, três de cada quatro gestações que ocorreriam após a violência sexual. No entanto, a eficácia da AE pode variar em função do número de horas entre a violência sexual e sua administração. As taxas de falha do método de Yuzpe variam de 2% (0-24 horas) até 4,7% (49-72 horas). As taxas de falha do levonorgestrel variam de 0,4% (0-24 horas) até 2,7% (49-72 horas). Entre o 4º e 5º dia da violência sexual a AE ainda oferece razoável proteção, embora com taxas de falha expressivamente maiores. Portanto, a AE deve ser administrada tão rápido quanto possível dentro dos cinco dias da violência sexual.

5.6 ORIENTAÇÕES PARA A MULHER

A mulher em situação de violência sexual deve ser orientada a retornar ao serviço de saúde, assim que possível, se ocorrer atraso menstrual, que pode ser indicativo de gravidez. No entanto, devem estar informadas de que, na maioria das vezes, pouca ou nenhuma alteração significativa ocorrerá no ciclo menstrual. A AE não provoca sangramento imediato após o seu uso, e cerca de 60% das mulheres terão a menstruação seguinte ocorrendo dentro do período esperado, sem atrasos ou

antecipações. Em 15% dos casos a menstruação poderá atrasar até sete dias e, em outros 13%, pouco mais de sete dias.

5.7 DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU

A inserção do dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre, como AE, não é recomendada devido ao risco potencial de infecção genital agravado pela violência sexual. Além disso, deve-se considerar que manipulação genital pode ser pouco tolerada na mulher em circunstância de violência sexual recente, particularmente entre as mais jovens e as que ainda não iniciaram vida sexual. Cabe lembrar, no entanto, que a inserção do DIU é alternativa válida em situações excepcionais, a exemplo das mulheres classificadas na categoria 2 da Organização Mundial de Saúde para o uso do método de Yuzpe, quando não se disponha do levonorgestrel para substituí-lo.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A Lei 9.263, de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal, determina que o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro da visão de atendimento global e integral à saúde. Tratando-se de adolescente, o direito à confidencialidade e ao sigilo sobre a atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticonceptivos deve ser igualmente preservado, segundo os artigos 11, 102 e 103 do Código de Ética Médica, reiterados pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O uso da AE encontra-se aprovado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela International Planned Parenthood Federation (IPPF), pela Family Health International (FHI), pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), e pelas agências reguladoras da maioria dos países, incluindo-se a Food and Drug Administration (FDA). No Brasil, a AE é aprovada pelos órgãos de Vigilância Sanitária, mediante prescrição médica. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) incluem a AE em seus protocolos e recomendações. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) acrescenta que a AE é direito da mulher e que negar sua prescrição, sem justificativa aceitável, constitui infração. O Conselho Federal de

Medicina (CFM), segundo resolução CFM nº 1.811/2006, estabelece normas éticas para o uso da AE por médicos assegurando que ela não fere os dispositivos legais vigentes.

6 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves consequências físicas e emocionais. A prevalência de DST em situações de violência sexual é elevada, e o risco de infecção depende de diversas variáveis, como o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral), o número de agressores, o tempo de exposição (única, múltipla ou crônica), a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e susceptibilidade da mulher, a condição himenal, a presença de DST e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor. Estudos têm mostrado que, dentre mulheres que sofreram violência sexual, 16 a 58% delas adquirem pelo menos uma DST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico.

A prevalência de DST em grávidas que sofreram abuso sexual é maior quando comparada a não expostas a este tipo de violência. Parcela significativa das infecções genitais decorrentes de violência sexual pode ser evitada. Doenças como gonorréia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres dos possíveis e intensos impactos da violência sexual. A vaginose bacteriana pode estar presente no momento do exame inicial, porém atualmente não é considerada uma DST.

Algumas DST virais como as infecções por herpes simples e pelo papilomavírus humano (HPV) ainda não possuem profilaxias para situações de violência.

6.1 INDICAÇÕES E CUIDADOS FUNDAMENTAIS

A profilaxia das DST não virais em mulheres que sofreram violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher.

Nos casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo (masculino ou feminino) durante todo o crime sexual, não se recomenda a profilaxia de DST não virais. Entretanto, é essencial interromper o ciclo de violência, e o uso da profilaxia deve ser individualizado.

Os esquemas de profilaxia devem considerar a eficácia da medicação, a comodidade posológica, a presença de reações adversas e de interações

medicamentosas. A eficácia dos esquemas para a prevenção de DST após a violência sexual não foi avaliada, entretanto, considera-se que as medicações propostas são eficazes por sua aplicação rotineira para tratamento dessas infecções.

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência sexual. Ao contrário da profilaxia para a infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser postergada a critério do profissional de saúde e da mulher, em função das condições de adesão desta ou mesmo para evitar intolerância gástrica, significativa com o uso simultâneo de diversas medicações. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos ao tratamento.

Para evitar o uso concomitante de diversas medicações, que poderia levar a intolerância gástrica e baixa adesão, deve-se optar preferencialmente pela via parenteral para administração dos antibióticos, os quais devem ser administrados no primeiro dia de atendimento. Sendo assim, é preferível adotar o esquema: penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina. Pelo baixo impacto da tricomoníase na saúde da mulher e por apresentar reações adversas e interações medicamentosas significativas, a administração profilática do metronidazol é facultativa ou pode ser postergada.

Caso seja feita a opção por medicações orais, recomenda-se realizar a profilaxia para as DST em, no máximo, duas semanas após a violência sexual. Os médicos devem informar aos pacientes sobre os benefícios e os efeitos adversos associados à profilaxia. Podem ser associados antieméticos, principalmente se for feita a contracepção de emergência.

A coleta de amostras cérvico-vaginais para diagnóstico de infecções pode ser feito no momento do exame, porém não deve retardar o início da profilaxia para as DST não virais.

6.2 PROFILAXIA PARA MULHERES E ADOLESCENTES

O esquema recomendado para mulheres adultas e adolescentes é composto por penicilina benzatina, ceftriaxona e azitromicina, conforme posologia indicada no quadro 3. A penicilina ainda é a medicação de escolha para sífilis, apresenta excelente relação custo-benefício e deve ser dispensada e administrada nas unidades básicas de saúde. A maioria das reações anafiláticas à penicilina ocorre em 10-40/100.000 injeções aplicadas, com aproximadamente dois óbitos por 100.000 tratamentos. A Portaria

156/GM/MS, de 19 de janeiro de 2006, dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica o esquema profilático recomendado no quadro 3. A ciprofloxacina está contraindicada durante a gestação. O metronidazol deve ser evitado durante o primeiro trimestre da gravidez.

Quadro 3 - Profilaxia das DST não Virais em Adultos e Adolescentes com mais de 45 Kg não Gestantes

Medicação	Apresentação	Via de administração	Posologia
Penicilina G benzatina	1,2 milhão UI	IM	2,4 milhões UI (1,2 milhão em cada nádega), dose única
Ceftriaxona	250mg	IM	250mg, dose única
Azitromicina	500mg	VO	02 comprimidos, dose única

* Esse esquema pode ser utilizado durante a gestação. **Gestantes devem usar ceftriaxona.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68)

6.3 INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. O uso de ceftriaxona e de azitromicina para a profilaxia da sífilis está sendo investigado, mas doses adequadas ainda não foram estabelecidas para esse fim.
2. A administração profilática do metronidazol e de 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 profilaxia antirretroviral.
3. Na falta do Ceftriaxone, a Azitromicina já é uma medicação efetiva para a prevenção da gonococcia, além da clamídia, embora não seja a primeira escolha. Desta maneira, na falta da ceftriaxone o uso da Penicilina associada à azitromicina já seria razoável, principalmente naquelas pacientes com problemas gástricos.

6.4 PROFILAXIAS PARA CRIANÇAS

Crianças apresentam maior vulnerabilidade às DST devido à imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores. O diagnóstico de uma DST em crianças pode ser o primeiro sinal de abuso sexual. Contudo, crianças são frequentemente submetidas a tipos de abuso sexual diferentes da penetração vaginal, anal ou oral, que não as expõem ao contato contaminante com o agressor. Deve-se considerar também que, em grande parte dos casos, a violência sexual na infância é crônica e prolongada, perpetrada pelo mesmo agressor. Nesses dois casos, a profilaxia das DST não virais e do HIV e da imunoprofilaxia da hepatite B não estão recomendadas, porém é essencial que se interrompa o ciclo de violência.

O esquema de escolha para profilaxia das DST não virais em crianças inclui as mesmas do esquema para mulheres adultas (penicilina benzatina + ceftriaxona + azitromicina). As apresentações e doses recomendadas estão no quadro 4. O uso de quinolonas é contraindicado em crianças, adolescente e gestante com peso menor que 45 kg.

Quadro 4 - Profilaxia das DST não virais em gestantes, crianças e adolescentes com < 45 kg

Medicação	Apresentação	Via de administração	Posologia
Penicilina G benzatina	Frasco-amp. com 150.000UI, 300.000UI, 400.000UI	IM	50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI), dose única
Ceftriaxona	250mg (acompanha diluente de 2ml)	IM	Aplicar 125mg (1ml)
Azitromicina	600mg/15ml ou 900mg/22,5ml	VO	20mg/kg (dose máxima: 1g), dose única

1. Caso opte pela prescrição com metronidazol, a dose recomendada para crianças é 15mg/kg/dia (dose máxima: 2g), VO, divididos em três tomadas, por sete dias.

Fonte: (Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68).

6.5 ALTERNATIVAS

Em pessoas com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, em especial à penicilina, deve-se utilizar alternativa de profilaxia. As drogas de primeira escolha poderão ser substituídas por alternativas em caso de contraindicação, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 - Esquema alternativo para a profilaxia das DST não-virais.

Medicação	Adultos	Crianças e adolescentes
Estearato de eritromicina*	500mg, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis) OU 7 dias (clamídia)	50mg/kg/dia, VO, 6/6hs por 15 dias (sífilis/clamídia)
Ciprofloxacina**	500mg, VO, dose única	Contra-indicado

*O uso da eritromicina pode acarretar significativos efeitos colaterais, como intolerância gastrointestinal. **contra-indicada em grávidas.
Fonte: (Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68)

LEMBRAR QUE A UTILIZAÇÃO DE ANTIFÚNGICOS PODEM LEVAR A COMPLICAÇÕES HEPÁTICAS AGUDAS.

7 HEPATITES VIRAIS

A imunoprofilaxia contra a hepatite B está indicada em casos de violência sexual nos quais ocorra exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. A abordagem da condição sorológica da mulher ou adolescente que sofre violência sexual e a interpretação dos resultados encontram-se discriminadas no quadro 6. Cabe ressaltar, que a decisão de iniciar a imunoprofilaxia contra a hepatite B não deve estar condicionada à solicitação ou à realização de exames complementares. Em condições de desconhecimento ou dúvida sobre o status vacinal, a profilaxia deverá ser administrada.

Quadro 6 - Abordagem Sorológica da Hepatite B

HBsAg	Anti-HBc IgM	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
(+)	(+)	Infecção aguda (há pelo menos 15 dias)	Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em seis meses
(+)	(-)	Infecção aguda precoce (há menos de 15 dias) ou Hepatite crônica	Realizar em 15 dias Anti-HBc IgM: (+) Infecção aguda. Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em seis meses (-) Fazer Anti-HBc total se + indica infecção crônica Anti-HBs: (+) cura (-) doença crônica
(-)	(+)	Infecção aguda	Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em seis meses
(-)	(-)	Negativo ou não produz anti-corpo* * condição rara.	VACINAÇÃO e IGHAHB

Fonte: (BRASIL, 2008)

7.1 IMUNOPROFILAXIA CONTRA HEPATITE B

Mulheres imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Mulheres não imunizadas ou que desconhecem seu status vacinal devem receber a

primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, considerando o intervalo de um e seis meses. Mulheres com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas (Quadro 7). A dose da vacina, em micrograma ou mililitros, varia de acordo com o fabricante, devendo-se seguir as orientações da bula e as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI). O esquema completo de vacinação (três doses) induz imunidade em 90 a 95% dos casos.

As mulheres em situação de violência sexual também devem receber dose única de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), na dose de 0,06 ml/kg, IM, em sítio de aplicação diferente da vacina. No caso do volume a ser administrado ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAB pode ser administrada em até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora seja recomendada a aplicação nas primeiras 48 horas após a violência (Quadro 7). A vacina contra hepatite B deve ser aplicada no músculo deltóide, uma vez que a aplicação na região glútea resulta em menor imunogenicidade. Desse modo, a administração de IGHAB está indicada para todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizada, com esquema vacinal incompleto ou que desconhecem seu status vacinal. A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contraindica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAB.

Em exposições com paciente-fonte infectado pelo vírus da hepatite C e naquelas com fonte desconhecida, está recomendado o acompanhamento da vítima. Como o período de incubação da hepatite C dura em média sete semanas (variando entre duas a 24 semanas) e mais de 75% dos casos agudos são assintomáticos, é necessária a investigação laboratorial para o diagnóstico.

Momento de realização dos testes:

- A) Bioquímica (ALT): momento da exposição (D0), 45 dias após a exposição (D45), 90 dias após a exposição e 180 dias após a exposição (D180).
- B) Sorologia (anti-HCV): momento da exposição (D0), 90 dias após a exposição (D90) e 180 dias após a exposição (D180).
- C) HCV-RNA (PCR qualitativo): recomenda-se realizá-lo no 90º dia após a exposição, considerando a inexistência de medidas profiláticas, a exemplo de vacinas e imunoglobulinas, e diante de algumas evidências de que o tratamento da infecção aguda com antivirais (p ex. interferon) poderia prevenir a evolução da doença crônica.

QUADRO 7 - Imunoprofilaxia da Hepatite B

VACINA ANTI-HEPATITE B

Aplicar IM em deltóide 0, 1 e 6 meses após a violência sexual
Imunização ativa

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B

0,06 ml/Kg

Aplicar IM em glúteo dose única
Imunização passiva

Fonte: (CGPNI/SVS/MS 2006)

7.2 INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. Não deverão receber a imunoprofilaxia contra hepatite B:

A) os casos de violência sexual nos quais a mulher apresente exposição repetida ao mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual intrafamiliar;

B) mulheres cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.

2. A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - Crie.

3. Como a imunização contra hepatite está incluída no calendário vacinal para menores de 20 anos, deverá ser considerada a administração da vacina naqueles que não a receberam.

8 TRANSMISSÃO VERTICAL

Em gestantes que sofrerem violência sexual, na hipótese de transmissão da hepatite B ou C deve-se considerar a possibilidade de transmissão vertical. O risco de transmissão da mãe para o filho é baixo para hepatite C exceto se existe coinfeção com o HIV e não existem medidas profiláticas específicas. O aleitamento não está contraindicado, mas devem ser ponderados riscos e benefícios.

Por outro lado, o risco de transmissão vertical do vírus B é elevado, cerca de 90%. Nestes casos, deve-se proceder com a vacinação imediata (1ª dose) da criança associada a IGHAHB administradas em grupos musculares separados, ambas devem ser realizadas o mais precocemente possível, nas primeiras 12 a 24 horas de vida. Nessas condições, a proteção conferida contra transmissão no momento do parto é de praticamente 100%.

O esquema preconizado consiste em três doses, com intervalo de 1 mês entre a primeira e a segunda doses; e seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses). Prematuros menores de 33 semanas ou 2000 g deverão receber uma dose extra com dois meses de idade (0,1, 2 e 6). O HBsAg pode ser detectado no leite materno de mães HBsAg positivas; no entanto a amamentação não traz riscos adicionais para os recém-nascidos dessas mães, desde que os mesmos tenham recebido a primeira dose da vacina e imunoglobulina humana anti-hepatite B, nas primeiras 12 horas de vida (PICKERING,2000).

8.1 EFEITOS SECUNDÁRIOS

Os eventos adversos da imunoglobulina humana anti-hepatite B são raros e quando ocorrem incluem febre, dor no local da aplicação e, excepcionalmente, reações alérgicas. Não há registro de eventos adversos severos. A administração da vacina e da imunoglobulina humana antihepatite B é segura e bem tolerada pelas mulheres, em qualquer idade.

8.2 CONDUTA FRENTE À INFECÇÃO

Em caso de positividade para hepatite B ou C, tanto no momento inicial como nos exames no 3º ou 6º mês, a mulher deve ser encaminhada para avaliação médica

especializada. No quadro 8 encontra-se a interpretação dos exames sorológicos para hepatite B.

Quadro 8 - Interpretação dos Marcadores Hepatite B

Interpretação	HbsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc	Anti-HBe	Anti-HBs
Fase de incubação	Pos	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
Fase aguda	Pos	Pos	Pos	Pos	Neg	Neg
Portador com replicação viral	Pos	Pos	Neg	Pos	Neg	Neg
Portador sem replicação viral	Pos	Neg	Neg	Pos	Pos	Neg
Provável cicatriz sorológica	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Neg
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Pos	Pos
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Pos
Imunidade após vacina	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Pos
Ausência de contato com HBV	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg

Fonte: (BRASIL/MS, Hepatites Virais: O Brasil está atento. 2008)

9 INFECÇÃO PELO HIV

A infecção pelo HIV é uma das grandes preocupações para a maioria das mulheres em situação de violência sexual. Os estudos existentes indicam que o risco de transmissão em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%, sendo comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfuro-cortantes entre profissionais de saúde. O trauma genital com lacerações pode chegar a 40% nas mulheres violentadas, comparando com 5% nas situações de sexo consentido. O risco de infecção pelo HIV, à semelhança do que ocorre com as DST, depende de muitas condições.

Entre elas, destacam-se:

- os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral);
- o número de agressores;
- a susceptibilidade da mulher;
- a rotura himenal;
- a exposição a secreções sexuais e/ou sangue;
- a presença de DST ou úlcera genital;
- a carga viral do agressor; e
- o início precoce da profilaxia ARV, quando indicada.

Também está associado ao trauma subjacente, na medida em que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade mais frequentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção.

As evidências que suportam benefício da utilização de profilaxia ARV para violência sexual são indiretas e derivam de modelos teóricos de outras situações, tais como os conceitos de dinâmica viral e o impacto na redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto. Além destas evidências, estudos observacionais de profilaxia de acidentes com materiais biológicos (PEP) e de exposição sexual do HIV têm estimulado o emprego de esquemas antirretrovirais em situações de violência sexual.

Alguns estudos em animais, utilizando macacos com inoculação endovenosa ou em mucosa do vírus da imunodeficiência símia (SIV), também têm servido como modelo de extrapolação para o contexto de profilaxia de transmissão do HIV.

Os riscos potenciais parecem inferiores aos benefícios da profilaxia. Devem ser consideradas principalmente a toxicidade no período de utilização dos antirretrovirais e a potencial seleção de variantes resistentes, caso ocorra a soroconversão.

9.1 INDICAÇÕES E CUIDADOS FUNDAMENTAIS

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada, indiscriminadamente, a todas as situações. Exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo de violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime.

*A quimioprofilaxia antirretroviral está recomendada em todos os casos de penetração vaginal e/ou anal nas primeiras 72 horas após a violência, **inclusive** se o status sorológico do agressor for desconhecido.*

Em situações de exposição envolvendo sexo oral exclusivo, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral, a transmissão do HIV é rara, mas já foi descrita. Como não existem evidências definitivas para assegurar a indicação profilática dos antirretrovirais nestes casos, a relação risco benefício deve ser cuidadosamente considerada e a decisão individualizada, levando em consideração o desejo da vítima em realizar a profilaxia, a presença de lesões na cavidade oral e o conhecimento do status sorológico do agressor.

De forma geral, não está recomendada profilaxia para o HIV no caso de violência sexual em que a mulher, a criança ou a adolescente apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor devido à possibilidade da contaminação já ter ocorrido no passado. Entretanto, é importante avaliar o contexto em que a violência vem ocorrendo e essencial interromper o ciclo de agressão. Nestes casos, independente da indicação da profilaxia, a investigação sorológica deverá ser feita por seis meses, considerando-se o último episódio conhecido de exposição (anal, vaginal ou oral), e a decisão de indicar profilaxia deve ser individualizada. A quimioprofilaxia não está indicada nos casos de uso de preservativo durante todo o crime sexual.

Quadro 9 - 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

A testagem para HIV do agressor não deve retardar o início da profilaxia ARV, mas deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, utilizando o fluxograma com testes rápidos (Anexo 1) para tomada de decisão terapêutica. Nas situações em que o agressor é desconhecido ou soropositivo para o HIV, está indicada profilaxia ARV até que a vítima seja reavaliada em serviço de referência.

Caso o resultado seja negativo, a quimioprofilaxia antirretroviral não deve ser realizada ou deve ser interrompida. Nesses casos, a possibilidade de soroconversão recente (“janela imunológica”), sem a presença de sintomas de infecção aguda, é extremamente rara. De qualquer forma, resultados falso-negativos devem sempre ser avaliados dentro do contexto clínico e epidemiológico do agressor.

A decisão final deve considerar sempre a motivação e o desejo da vítima em se submeter à profilaxia. A falta de médico infectologista no momento imediato do atendimento pós-exposição não justifica o atraso do início da quimioprofilaxia.

9.2 ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

A profilaxia ARV do HIV deve ser iniciada até, no máximo, 72 horas da violência sexual; após esse período, não existem evidências que suportem sua indicação, já que os riscos potenciais (seleção de variantes resistentes, caso a transmissão já tenha ocorrido, toxicidade medicamentosa, dentre outros) superam os benefícios.

A profilaxia ARV do HIV deve ser considerada uma emergência e iniciada imediatamente após a violência, ainda nas primeiras 24 horas. O esquema deve ser

mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas. Vale ressaltar que a maioria dos medicamentos comumente utilizados causa efeitos adversos, principalmente relacionados ao sistema gastrointestinal. Portanto, caso exista necessidade, pode ser necessário o manejo sintomático, como o uso de antieméticos. Além disso, devem-se levar em consideração que as reações emocionais decorrentes da violência estão presentes desde o pronto-atendimento até a tomada dos medicamentos prescritos.

Recomenda-se o emprego de esquema antirretroviral com elevada potência de supressão viral, baixo potencial de toxicidade, baixo custo e posologia cômoda, facilitando a adesão.

O esquema de primeira escolha deve combinar três antirretrovirais, por sua maior potência na redução da carga viral plasmática, sendo composto por dois inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN), combinados com um inibidor da protease (IP) adicionado de ritonavir (r) como adjuvante farmacológico (booster).

Não deve ser recomendado o uso de inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRNN), como a nevirapina (NVP) ou o efavirenz (EFV) devido a potencial toxicidade hepática no caso da NVP e da teratogenicidade do EFV.

Nos casos em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento antirretroviral, a estruturação do esquema para profilaxia deverá ser individualizada: caso o agressor esteja com carga viral abaixo dos limites de detecção, o esquema ARV indicado para a vítima poderá ser o mesmo do agressor. Entretanto, caso esteja em falha virológica, o esquema deve ser estruturado conforme princípios de resgate, utilizando testes de genotipagem anteriores, caso disponíveis. A estruturação da profilaxia antirretroviral em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento deve ser indicada por médicos experientes no manejo ARV.

É importante garantir que, mesmo na ausência de um médico infectologista, não ocorra retardo do início da profilaxia. Nestas circunstâncias, a profilaxia deverá ser iniciada como recomendado nas situações de desconhecimento do esquema antirretroviral do autor da agressão, com reavaliação posterior do especialista para indicar a mudança ou não dos antirretrovirais iniciados.

9.3 PROFILAXIA PARA MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES

O esquema de primeira escolha deve combinar dois inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN), como a zidovudina (AZT) associada a lamivudina (3TC) e

a um inibidor da protease adicionado de ritonavir (IP/r) coformulado, como o lopinavir/ritonavir (LPV/r). Uma das vantagens da coformulação é a apresentação atualmente disponível de comprimidos que não necessitam de condicionamento em câmara fria.

O esquema de 1ª escolha deve ser composto por zidovudina (AZT) + lamivudina + lopinavir/ritonavir (Quadro 5).

Em mulheres adultas e adolescentes, recomenda-se usar a associação da zidovudina (AZT) 300mg e lamivudina (3TC) 150mg (inibidores da transcriptase reversa), referentemente combinados na mesma formulação, utilizando um comprimido a cada 12 horas. O lopinavir-r (LPV/r) deve ser administrado na dose de dois comprimidos a cada 12 horas (Quadro 6).

Nos casos de intolerância ao AZT, o tenofovir é uma alternativa para compor o esquema com 3TC e um IP/r, porém sua utilização deve ser reservada para impossibilidade de indicação de timidínicos, devido à menor experiência de uso durante o primeiro trimestre gestacional.

Em situações de intolerância ao LPV/r, o tenofovir deve ser considerado devido a sua maior comodidade posológico, perfil mais favorável em relação a efeitos adversos, o que contribui para sua adesão até a finalização da profilaxia no período recomendado.

Em pacientes em uso de AZT, a toxicidade hematológica é um dos principais efeitos adversos que resultam na modificação do tratamento. Recomenda-se evitar o uso de AZT em casos de anemia ($Hb < 8,0$) e/ ou neutropenia (neutrófilos < 500 células). O AZT deve ser substituído nos casos de anemia e/ou neutropenia, com tendência consistente de queda dos glóbulos vermelhos e/ou brancos.

A lipoatrofia, que consiste na perda de tecido adiposo na face, glúteos e membros, é um efeito adverso do AZT e principalmente da estavudina, que pode ocorrer com uso crônico, não sendo evidenciada com a utilização por período de tempo curto.

O lopinavir/r (LPV/r) é geralmente bem tolerado, porém pode determinar diarreia associada a perda de peso, náuseas e vômitos.

Quadro 10 - Drogas e combinações preferenciais e alternativas

Classe de antirretroviral	1.ª escolha	2.ª escolha
ITRN	Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)	Tenofovir (1)+ Lamivudina (3TC)
IP/r	Lopinavir/r (LPV/r)	Tenofovir
Abreviaturas:		
ITRN = inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo ou nucleotídeo		
IP/r = inibidor da protease associado a ritonavir		

(1) Contraindicação ao AZT entendida como: hemoglobina < 8,0g % e/ou contagem de neutrófilos < 500/mm³.

Os inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRNN) não devem ser indicados pela possibilidade de gestação pós-violência sexual (potencial teratogênico do efavirenz) e pela toxicidade imediata (exantema, síndrome de Stevens-Johnson e hepatite fulminante) associado a nevirapina em mulheres com contagem de linfócitos T CD4+ elevadas.

Quadro 11 – Doses de ARV para profilaxia da transmissão do HIV para mulheres adultas e adolescentes*

1ª escolha	Apresentação	Via de administração	Posologia
ZIDOVUDINA (AZT) + LAMIVUDINA (3TC)	300mg/150mg	VO	01 comprimido a cada 12 horas (café e jantar)
LOPINAVIR/ RITONAVIR (LPV/r)	200mg/50mg	VO	02 comprimidos a cada 12 horas (café e jantar)

* Esse esquema pode ser utilizado na gestação.

Obs.: Para contraindicações ou recomendações de outros esquemas, consultar o documento: Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV-2008.

As interações medicamentosas dos antirretrovirais serão consideradas mais adiante.

9.4 PROFILAXIA PARA CRIANÇAS

O esquema recomendado para as crianças também inclui dois ITRN e um IP/r, sendo composto por zidovudina + lamivudina + lopinavir/ ritonavir. As apresentações e posologias destes fármacos estão descritas no Quadro 12.

Quadro 12 – Profilaxia do HIV para crianças

Medicamento	Apresentação	Via de administração	Posologia
ZIDOVUDINA (ZDV)	Solução oral 10mg/ml Cápsula 100mg	VO	180mg/m ² /dose, de 12/12h Dose máxima: 300mg/dose
LAMIVUDINA (3TC)	Solução oral 10mg/ml Comprimidos 150mg	VO	4 mg/ kg – dose – 12/12h Dose máxima: 150 mg – 12/12h > 12 anos: 150 mg 12/12 h ou 300 mg em dose única diária
LOPINAVIR/ RITONAVIR	Solução oral 80mg/20mg/mL (LPV /r) Comprimidos: 200mg/50mg (LPV/r)	VO	Crianças < 2 anos: 300 mg/m ² – 12/12h Crianças > 2anos: 230 mg/m ² – 12/12h Dose máxima: 200mg – 12/12h Adolescentes: 400 mg-12/12 h

OBS: (1) Superfície corporal (m²) = (Peso x 4) + 7
(2) Peso em kg = 2 x idade + 8

Nos casos de intolerância ao AZT, a estavudina é o ITRN alternativo para substituí-lo, sempre combinado com a lamivudina. Caso exista intolerância ao LPV/r, o FPV/r deve ser indicado para maiores de seis anos de idade e FPV (sem booster de ritonavir) para menores de seis anos de idade.

Para contraindicações ou recomendações de outros esquemas, consultar o documento: Recomendações para terapia antirretroviral para crianças e adolescentes infectados pelo HIV 2009.

9.5 ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão à profilaxia antirretroviral é um dos fatores principais na redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV. A não adesão ao esquema antirretroviral está diretamente relacionada ao risco de falha da profilaxia e de surgimento de cepas virais multirresistentes.

O termo adesão deve ser observado dentro de um contexto em que a pessoa não apenas siga as orientações da equipe de saúde, mas entenda e concorde com a

necessidade e os objetivos das mesmas e utilize os medicamentos prescritos (processo de responsabilidade compartilhada).

Vários fatores afetam a capacidade de adesão, como aspectos socioeconômicos, grau de escolaridade e qualidade do serviço de saúde. Quanto maior a interferência dos antirretrovirais nas atividades cotidianas e mais incômodos os efeitos colaterais, menor a adesão à profilaxia. A adesão também pode ser prejudicada se a comunicação e o vínculo entre a vítima de violência sexual e o profissional de saúde forem inadequados.

Algumas das estratégias para garantir adesão adequada aos antirretrovirais incluem:

- Identificar as rotinas diárias e, se possível, coincidir a administração dos medicamentos com atividades rotineiras (atentar para os horários de atividades profissionais).
- Apesar das refeições ocorrerem geralmente em horários bem definidos, nem sempre funcionam como boa referência para a ingestão dos medicamentos. Isto se deve às restrições ou às exigências do esquema antirretroviral e aos hábitos alimentares variáveis das pessoas.
- Utilizar lembretes para tomada dos medicamentos antes da atividade de rotina selecionada para reduzir a possibilidade de esquecimento.
- Sugerir despertadores ou beepers para avisar o horário de tomada dos medicamentos.
- Elaborar junto com a vítima de violência sexual, ou responsável, no caso de crianças, uma escala diária dos medicamentos, definindo horários ou atividades relacionadas com as tomadas.
- Manter a pessoa em atendimento bem informada e esclarecer dúvidas em toda consulta.
- Sugerir que alguém de confiança possa acompanhar e apoiar a profilaxia, sempre que possível.
- Planejar cuidados e modificações na escala das tomadas em casos de viagens, mesmo que de curta duração.

Torna-se fundamental, neste processo, o esclarecimento precoce dos possíveis efeitos adversos mais comuns relacionados ao esquema prescrito, bem como formas de minimizá-los (medicamentos sintomáticos, estratégias para o melhor bem estar) durante a sua utilização. É extremamente importante considerar uma nova avaliação da vítima

de violência sexual na primeira semana após o início da profilaxia, durante a qual é possível rever a ocorrência de efeitos adversos e reforçar a necessidade de adesão para que a profilaxia seja tolerada até o final das quatro semanas.

Independente das estratégias adotadas, a forma mais efetiva para garantir adesão adequada é conscientizar a pessoa sobre a necessidade da profilaxia, utilizando medidas práticas, fazendo ajustes necessários e oferecendo permanente apoio.

9.6 ACONSELHAMENTO À PACIENTE

O aconselhamento, como processo de escuta ativa, permite estabelecer relação de confiança entre a vítima de violência sexual e o profissional de saúde, facilitando a superação da situação traumática. O apoio emocional permite que a pessoa em atendimento entre em contato com a equipe de saúde de maneira menos defensiva e possa iniciar o processo de elaboração do trauma. Também permite minimizar o dano emocional e aderir à profilaxia prescrita. Nesse momento, é imprescindível que o profissional de saúde disponha de tempo para ouvir a usuária e promova ambiente de confiabilidade e empatia. Além das medidas de aconselhamento específicas para a adesão aos antirretrovirais, o aconselhamento deve incluir outras questões:

- Considerar os possíveis impactos de um resultado positivo e identificar alternativas de apoio familiar e social.
- No caso da investigação do HIV, é necessário reforçar que os resultados iniciais, quando negativos, não são definitivos devido à possibilidade de janela imunológica e não dispensam a realização de exames futuros nos períodos indicados (acompanhamento por seis meses, com retorno ambulatorial para coleta de novos exames).
- Mulheres em situação de violência sexual que estejam amamentando deverão ser orientadas a suspender o aleitamento durante a quimioprofilaxia antirretroviral, pela possibilidade de exposição da criança aos antirretrovirais (passagem pelo leite materno) e também para evitar o risco de transmissão vertical.
- Levando em consideração a possibilidade de uma infecção, deve ser reforçada a necessidade do uso do preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais.

9.7 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

O manejo da violência sexual determina a utilização de outros fármacos, além dos ARV, devendo o profissional de saúde estar atento a potenciais interações medicamentosas.

Em relação ao uso de metronidazol, pode ocorrer efeito antabuse devido à formulação em solução alcoólica do ritonavir.

Considerando que a gravidez decorrente de estupro é um dos maiores temores das vítimas de violência sexual, deve-se optar pela contracepção de emergência com o levonorgestrel quando o ritonavir estiver incluso no esquema, já que este antirretroviral reduz significativamente os níveis séricos dos estrogênios.

Quando forem necessários ajustes nas doses dos medicamentos, recomenda-se que sejam feitas por médico experiente no manejo antirretroviral. Medicamentos psicotrópicos como hipnóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes, muitas vezes indicados para a vítima possuem potencial interação com antirretrovirais.

Os anexos B, C e D apresentam as interações entre ARV e outros medicamentos.

9.8 REAÇÕES ADVERSAS

A pessoa que inicia profilaxia antirretroviral deve ser informada sobre a possibilidade de toxicidade medicamentosa e orientada para procurar atendimento caso surjam quaisquer sintomas ou sinais clínicos. Em geral, os sintomas são inespecíficos e autolimitados, como efeitos gastrintestinais, cefaléia e fadiga. As alterações laboratoriais são usualmente discretas, transitórias e pouco frequentes. Na presença de intolerância medicamentosa, a paciente deve ser reavaliada para adequação do esquema terapêutico. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, podendo ser utilizados medicamentos sintomáticos, a exemplo dos antieméticos ou antidiarréicos. Nessa reavaliação, esquemas alternativos de antirretrovirais podem, eventualmente, ser necessários na tentativa de se manter a profilaxia durante as quatro semanas.

9.9 ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal realizadas no momento de admissão da vítima de violência sexual é necessária para estabelecer a eventual presença de DST, HIV ou hepatite prévias à violência sexual. Entretanto, tal coleta não deve retardar o início da profilaxia.

O Brasil recentemente modificou as normas para a realização dos testes anti-HIV para os laboratórios e serviços de saúde do país. O objetivo foi incluir metodologias mais modernas, aumentando o leque de opções, além da redução do número de etapas para agilizar a entrega do resultado sem qualquer perda da confiabilidade do diagnóstico.

Desta forma, a realização dos testes anti-HIV devem seguir o disposto na Portaria SVS/MS Nº 151/2009 (Anexo E) que preconiza o diagnóstico por testes rápidos em situações especiais (Anexo F), como é o caso das vítimas de violência sexual, além do diagnóstico laboratorial.

Segundo as novas regras, o diagnóstico rápido da infecção pelo HIV é feito exclusivamente com testes rápidos validados pelo Departamento de DST/Aids e distribuídos aos estados pelo Ministério da Saúde.

Deve-se realizar a testagem inicialmente com um único teste rápido. Caso o resultado seja negativo, o diagnóstico estará definido. Caso seja positivo, deverá ser realizado um segundo teste rápido para a conclusão do diagnóstico.

Ainda, serviços que não dispuserem dos insumos de teste rápido podem colher uma amostra de soro, plasma ou sangue total de acordo com o que é preconizado pela metodologia utilizada no laboratório de referência para seguir o fluxograma que trata do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV (Anexo G).

A realização de teste anti-HIV nos serviços de emergência deve ser feita após aconselhamento e consentimento verbal da mulher (ou do responsável nos casos de crianças).

O apoio laboratorial é fundamental para auxiliar no diagnóstico e na investigação das DST/HIV/Hepatites. No entanto, o diagnóstico final deve ser o resultado dos achados do exame clínico e ginecológico, associados aos testes complementares. As instituições de referência devem oferecer suporte laboratorial para a execução dos exames recomendados (Quadro 8) e de outros que, a critério clínico, possam ser necessários.

A realização de hemograma e dosagem de transaminases é necessária somente para mulheres que iniciem a profilaxia com antirretrovirais, devendo ser solicitados no primeiro atendimento e repetidos após duas semanas de uso da profilaxia antirretroviral e a critério clínico. A avaliação do conteúdo vaginal compreende a coleta de material para a realização de exame bacterioscópico e de cultura da secreção vaginal.

Quadro 13 – Acompanhamento laboratorial após violência sexual

	ADMISSÃO	2 SEMANAS	6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES
Conteúdo vaginal					
Sífilis (VDRL ou RPR)					
Anti-HIV*					
Hepatite B (HBsAg)					
Hepatite C (anti-HCV)					
Transaminases					
Hemograma					

* Excepcionalmente a avaliação sorológica deverá ser repetida com 12 meses: nos casos que envolvem agressores co-infectados pelo HIV/HCV e quando a mulher tiver história de imunossupressão. A testagem anti-HIV também deve ser recomendada para mulheres que apresentem quadro sugestivo de infecção aguda pelo HIV, independentemente do intervalo desde a exposição.

Excepcionalmente a avaliação sorológica deverá ser repetida aos 18 meses após o incidente nos casos que envolvem agressores soropositivos para HIV.

GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL.

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres.

O problema se agrava na medida em que parte importante das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que realizem o abortamento, mesmo quando previsto e permitido pela legislação. Por falta de informação sobre seus direitos ou por dificuldade de acesso a serviços seguros muita mulheres, convencidas em interromper a gestação, recorrem aos serviços clandestinos de abortamento, frequentemente em condições inseguras e com graves consequências para a saúde, incluindo-se a morte da mulher.

No plano internacional, as Conferências das Nações Unidas, das quais o Brasil é signatário, reconhecem a importância do problema no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva. Segundo a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993), “os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais”.

No mesmo sentido, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo (1994) e a Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995), afirmam que os direitos reprodutivos são fundamentais para os direitos humanos. Incluem o direito de todo casal e indivíduo a ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência. Na conferência de Cairo+5, acrescenta-se que “em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e deve tomar outras medidas para assegurar-se de que tais abortos sejam seguros e acessíveis”.

A importância específica dos serviços de saúde, dentro desse contexto, é destacada pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979) e pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994). A prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas consequências são de alta prioridade para profissionais de saúde. Às mulheres deve ser garantido o acesso à informação e à orientação humana e solidária; ao abortamento previsto em lei; à atenção de qualidade

em complicações derivadas de abortos; e ao planejamento reprodutivo pós aborto para, inclusive, evitar abortos repetidos.

9.10 ALTERNATIVAS FRENTE A GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro.

Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a futura criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação. Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção.

9.11 ASPECTOS LEGAIS

De acordo com o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos pelo ECA, no Capítulo I: do Direito à Vida e à Saúde, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento.

O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência, deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, portanto não cabe ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima, o que agravaria ainda mais as consequências da violência sofrida. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados a Polícia ou Justiça.

Caso revele-se, após o abortamento, que a gravidez não foi resultado de violência sexual, o Código Penal brasileiro, artigo 20, § 1º, afirma que “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”. Assim, se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação de violência sexual somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente pelo crime de aborto.

10 PROCEDIMENTOS DE JUSTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA INTERRUPÇÃO DE GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

A Portaria MS/GM nº 1.508, do Ministério da Saúde, de 1º de setembro de 2005, estabelece os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esses procedimentos devem ser adotados pelos serviços de saúde para a realização do abortamento em situações de violência sexual, e incluem cinco diferentes termos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é documento imprescindível para a realização do abortamento. Deve constar a declaração da mulher e/ou de seu representante legal pela escolha da interrupção da gestação, ciente da possibilidade de manter a gestação até o seu término e das alternativas existentes nesse caso. Devem declarar conhecimento dos procedimentos médicos que serão adotados, bem como dos desconfortos e riscos possíveis para a saúde, formas de assistência e acompanhamentos posteriores. Deve constar que a mulher e/ou seu representante legal solicitam a interrupção da gestação e autorizam os profissionais de saúde a realizar os procedimentos necessários.

O Termo de Responsabilidade é assinado pela mulher e/ou seu representante legal, onde declaram que as informações prestadas para a equipe de saúde correspondem à legítima expressão da verdade. Deve constar que os (as) declarantes estão cientes das consequências dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto previstos pelos artigos 299 e 214 do Código Penal, respectivamente, assumindo a responsabilidade caso as informações prestadas não correspondam à verdade.

No terceiro documento, Termo de Relato Circunstanciado, a mulher e/ou seu representante legal devem descrever as circunstâncias da violência sexual sofrida que resultaram na gravidez. Sobre a violência sexual, deve constar a data, o horário aproximado, o local, e a descrição detalhada do ocorrido. Quanto ao autor da violência, deve especificar o número de envolvidos, se conhecido, a idade aparente, a raça, a cor dos cabelos, os trajes, sinais particulares, eventual grau de parentesco, e se o mesmo apresentava sinais de uso de álcool ou de drogas ilícitas. Deve acrescentar se o crime sexual foi ocasionalmente testemunhado por alguma pessoa.

Acrescenta-se um Parecer Técnico, assinado por médico, atestando a compatibilidade da idade gestacional com a data da violência sexual alegada, afastando-se a hipótese da gravidez decorrente de outra circunstância diferente da violência

sexual. Cumpridas as etapas anteriores, completa-se com o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção de Gravidez, firmado pela equipe multiprofissional e pelo diretor ou responsável pela instituição. Todos os termos, devidamente assinados, devem ser anexados ao prontuário hospitalar e cópia de cada um deve ser entregue para a mulher e/ou seu representante legal (Anexo K). Os casos que não recebam aprovação devem ter motivos justificados e cuidadosamente registrados em prontuário hospitalar.

A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que sentencie e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. A lei penal brasileira também não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada a apresentação dos mesmos. Não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento caso a mulher não possa apresentá-los.

10.1 CONSENTIMENTO

Segundo o Código Penal brasileiro é imprescindível o consentimento por escrito da mulher para a realização do abortamento em caso de violência sexual, que deve ser anexado ao prontuário médico. O Código Civil estabelece que, a partir dos 18 anos, a mulher é considerada capaz de consentir sozinha para a realização do abortamento.

No caso de adolescentes, a existência de limitações etárias para o exercício de seus direitos em diversas normas legais como o Código Civil, o Código Penal dentre outros, suscita dúvidas e receios entre profissionais de saúde no atendimento, do ponto de vista ético e legal, a esta população.

O Marco Legal: Saúde um Direito de Adolescentes do Ministério da Saúde recomenda que, na interpretação e aplicação das diversas normas de tutela, é necessário compreender, primeiramente, a concepção dos direitos que envolvem a assistência à saúde do adolescente – o direito à saúde e os direitos da criança e do adolescente. O direito à saúde, garantido na Constituição Federal, constitui um direito humano fundamental visto em uma perspectiva integradora e harmônica dos direitos individuais e sociais, um direito tutelar que exclui qualquer outra norma que se mostre prejudicial ao bem juridicamente tutelado à saúde da pessoa humana. O ECA, no seu Artigo 1º,

dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, determinando a natureza dos direitos ali elencados, que estarão acima de qualquer outro que possa prejudicá-los. No Art. 3º, Art. 3.º (excluir) “A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”.

Segundo o Marco Legal, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente e seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias, e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara quanto à necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento.

A ausência dos pais ou responsável não deve impedir o atendimento pela equipe de saúde em nenhuma consulta. Todos os esclarecimentos e riscos sobre aborto legal devem ser fornecidos à adolescente. É indispensável comunicar, esclarecer e acordar com a adolescente sobre o momento e os procedimentos que serão realizados.

Quando houver indicação de um procedimento invasivo, como no caso do aborto, torna-se necessária a presença de um dos pais ou do responsável, excluindo-se as situações de urgência, quando há risco de vida iminente, e em casos de violência sexual. Tal procedimento deve estar rigorosamente dentro das normas do Ministério da Saúde para a realização do aborto legal.

Havendo desejo de continuidade da gravidez pela adolescente e discordância de pais ou responsáveis que desejam o aborto, o serviço deve respeitar o direito de escolha da adolescente e não realizar nenhum encaminhamento ou procedimento que se oponha a sua vontade. Nesses casos, deve ser oferecido o acompanhamento psicossocial à família e à adolescente.

Em casos onde haja posicionamentos conflitantes, onde a adolescente deseja a interrupção da gravidez e a família não deseja, e estes não estejam envolvidos na violência sexual, deve ser buscada a via judicial, através do Conselho Tutelar ou

Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude, que deverão, através do devido processo legal, solucionar o impasse.

Cabe ao Promotor de Justiça da Infância e da Juventude postular, em juízo, os direitos da adolescente.

Para o atendimento às solicitantes ao aborto legal devem ser seguidas as orientações da Portaria nº 1.508 de 2005, de Procedimento ao Aborto Legal:

- menores de 18 anos grávidas com direito ao aborto legal, devem ser acolhidas e esclarecidas sobre o seu direito à escolha da opção do abortamento, sendo necessária a autorização de responsáveis ou tutores para a solicitação do procedimento.
- menores de 14 anos, necessitam adicionalmente de uma comunicação ao Conselho Tutelar e acompanhamento do processo, com sua solicitação de agilização.

Se o adolescente se recusa a informar determinadas situações de sua vida à família, observa-se que pode haver uma desarmonia a qual pode e deve ser enfrentada pela equipe de saúde, preservando sempre o direito do adolescente em exercer seu direito à saúde. Assim, recomenda-se que, havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal, implique em afastamento do usuário ou dano à sua saúde, se aceita pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso, aplicando-se analogicamente o princípio do art. 142 do Estatuto da Criança e do Adolescente que institui que os menores de dezesseis anos serão representados e os maiores de dezesseis e menores de vinte e um anos assistidos por seus pais, tutores ou curadores, na forma da legislação civil ou processual.

O parágrafo único reforça, ainda, que a autoridade judiciária dará curador especial à criança ou adolescente, sempre que os interesses destes colidirem com os de seus pais ou responsável, ou quando carecer de representação ou assistência legal ainda que eventual.

Diante dos casos de maior complexidade que podem trazer consequências legais, recomenda-se que o serviço de saúde busque uma ação conjunta com o Conselho Tutelar da região e com a Promotoria da Infância e da Juventude na condução das

questões excepcionais, de forma harmônica com os princípios éticos que regem esse atendimento.

O consentimento do (a) representante legal também é necessário se a mulher, por qualquer razão, não tiver condição de discernimento e expressão de sua vontade, a exemplo das deficientes mentais. É desejável que conste no termo de consentimento a informação à mulher ou a seu representante legal da possibilidade de responsabilização criminal caso as declarações prestadas forem falsas, conforme artigo 299 do Código Penal brasileiro, sem prejuízo para a credibilidade da palavra da mulher. De qualquer forma, sempre que a mulher ou a adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir. Também deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser praticado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

10.2 OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Segundo o artigo 7 do cap. I do Código de Ética Médica “o médico deve exercer a profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente”. O artigo 2 do cap. II acrescenta que é direito do médico(a) “indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país”. Também é direito do médico(a), artigo 9, “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. No entanto, é vedado ao médico(a) “descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”, conforme o artigo 15 do cap. III.

Assim, é garantido ao médico(a) a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento em casos de gravidez resultante de violência sexual. No entanto, é dever do(a) médico(a) informar à mulher sobre seus direitos e, no caso de objeção de consciência, deve garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional, e os direitos humanos das mulheres.

Cabe ressaltar que não há direito de objeção de consciência em algumas situações excepcionais: 1) risco de morte para a mulher; 2) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) profissional que o faça; 3) quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional; 4) no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

É dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei. Caso a mulher venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer a responsabilização pessoal e/ou institucional.

11 PROCEDIMENTOS DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

Sob a perspectiva da saúde, abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana de gestação, e com produto da concepção pesando menos que 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado pelo abortamento.

O abortamento é considerado inseguro quando praticado em condições precárias e inadequadas, por pessoal com insuficiente habilitação, ou ambas as condições. Nesses casos, o abortamento relaciona-se com taxas elevadas de mortalidade, com cerca de 10% das mortes relacionadas maternas. Também acarreta em condições de morbidade que, muitas vezes, comprometem a saúde reprodutiva da mulher. Por outro lado, se realizado em ambiente apropriado, com técnica adequada, e com profissionais de saúde capacitados, o abortamento induzido é procedimento considerado seguro, com riscos muito pequenos se comparado com outros procedimentos médicos.

Para garantir o abortamento seguro para as mulheres em situação de gravidez decorrente de violência sexual, que assim o solicitem, é necessário que existam suprimentos e equipamentos adequados, aplicação de técnicas corretas e capacitação dos(as) profissionais de saúde. Além disso, o cumprimento de algumas medidas e cuidados simples é fundamental para que o abortamento seja oferecido de forma segura e acessível para a mulher nos serviços de saúde.

11.1 DETERMINAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

A estimativa da idade gestacional deve ser feita em semanas, calculadas a partir da data da última menstruação (DUM) conhecida e de certeza. O cuidadoso exame bimanual da pelve pode determinar o volume uterino, e os sinais de gravidez a partir da 6ª a 8ª semana de gestação. O exame de ultrassonografia é o método mais preciso e adequado para confirmar a idade gestacional.

Determinar a idade gestacional é importante para a escolha do método do abortamento e para estabelecer a concordância entre a idade gestacional e o período da violência sexual. Além disso, o exame clínico e a ultrassonografia são necessários para afastar a ocorrência de gravidez ectópica ou de gestação molar. Sempre que possível, o exame de ultrassonografia deve ser realizado em local ou horário diferente daquele utilizado para o atendimento pré-natal, evitando constrangimento e sofrimento para a mulher. Mesmo cuidado deve ser tomado durante o exame, evitando-se comentários desnecessários sobre as condições fetais.

11.2 CONDIÇÕES PRÉ-EXISTENTES

A história clínica, o exame físico geral e o exame tocoginecológico são fundamentais para estabelecer as condições de saúde da mulher e identificar doenças pré-existentes que possam interferir na realização da interrupção da gravidez. Antecedentes de transtornos da coagulação ou de reações alérgicas a medicamentos devem ser investigados. Medicamentos em uso também devem ser considerados. A determinação do tipo sanguíneo, do fator Rh e o hemograma devem ser procedimentos de rotina. Outros exames complementares pré-peratórios devem ser solicitados, sempre que necessário, em função das condições clínicas da mulher e do procedimento de interrupção a ser adotado.

11.3 MÉTODOS DE INTERRUPÇÃO ATÉ 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

Para a interrupção da gravidez de até 12 semanas de idade gestacional o método de escolha é a aspiração a vácuo intrauterina, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). A aspiração a vácuo é procedimento muito seguro, rápido e eficiente. As complicações são excepcionais e, raramente, de gravidade relevante. A Aspiração Elétrica a Vácuo (AEV) utiliza bomba de vácuo de fonte elétrica, o que exige equipamento nem sempre disponível. A Aspiração Manual Intrauterina (Amiu) utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre quatro e 12 mm acopladas à seringa com vácuo de 60cc, promovendo a raspagem e a aspiração simultânea da cavidade uterina. A técnica pode ser realizada, grande parte das vezes, sem necessidade de dilatação cervical em gestações iniciais. Pode ser necessária a dilatação do colo de útero com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar.

A curetagem uterina utiliza curetas de diferentes formas e dimensões após a dilatação do colo de útero, com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar, resultando na raspagem da cavidade uterina. O procedimento pode também utilizar outros instrumentos específicos, como a pinça de Winter, auxiliar na extração do conteúdo uterino. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido, curetas e pinças oferecem maior risco de acidentes, principalmente o de perfuração do útero e de sangramento

excessivo durante o procedimento. A curetagem uterina deve ser usada apenas quando a aspiração a vácuo não estiver disponível. Recomenda-se que os gestores de saúde capacitem os(as) profissionais de saúde para substituir a curetagem uterina pela aspiração a vácuo. O abortamento medicamentoso com misoprostol é opção válida e segura para interrupção da gravidez, particularmente no primeiro trimestre de gravidez. A escolha do esquema de misoprostol varia em diferentes estudos, não sendo possível identificar vantagens evidentes entre eles. Cabe, portanto, considerar a experiência de cada serviço de saúde no manejo do abortamento medicamentoso. As evidências mais recentes permitem recomendar a dose de 800 microgramas, aplicada nos fundos de saco laterais da vagina, a cada seis ou 12 horas, até completar três doses.

Os comprimidos preparados especificamente para uso vaginal não necessitam ser umedecidos com água ou com soro fisiológico. A maioria dos abortamentos ocorre nas primeiras 24 horas e, em alguns casos, pode ser necessário aguardar até 72 horas pela expulsão fetal. Após esse prazo, não ocorrendo o abortamento, o misoprostol pode ser repetido, nas mesmas doses, por até uma semana do início do tratamento. Pode-se, também, optar pela aspiração a vácuo ou pela curetagem uterina, considerando-se o desejo da mulher.

A via vaginal deve ser preferentemente escolhida para o uso do misoprostol, por ser mais efetiva que a via oral e por provocar menos efeitos secundários do que a via sublingual. No entanto, deve-se considerar a via sublingual como alternativa para mulheres que apresentem grande dificuldade ou intolerância ao manejo próprio da via vaginal, situação não rara entre adolescentes e mulheres jovens que sofreram violência sexual antes da primeira relação sexual consentida. O mesmo pode ser aplicado para gestantes portadoras de deficiência mental que não permitam ou que não colaborem com o emprego da via vaginal. Nesses casos, se houver aceitabilidade, o misoprostol pode ser utilizado na dose de 800 microgramas, via sublingual, a cada quatro horas, até completar três doses. Não ocorrendo o abortamento em até 72 horas o procedimento pode ser repetido, nas mesmas doses, por até uma semana do início do tratamento. No entanto, a aspiração a vácuo ou a curetagem uterina, nesses casos de insucesso, são métodos mais aceitáveis de tratamento.

A eficácia do abortamento medicamentoso com misoprostol é de cerca de 90%, com expulsão completa da gravidez e sem necessidade de procedimentos complementares para o esvaziamento uterino, tanto no primeiro como no segundo

trimestre. Embora reserve controvérsia, alguns estudos referem menores taxas de sucesso para o misoprostol na presença de infecções vaginais e cervicais. De toda forma, recomenda-se o tratamento específico dessas condições sempre que identificadas, sem que com isso se postergue o início do misoprostol.

A mulher que eventualmente decida pelo abortamento medicamentoso deve ser informada das limitações e efeitos do método. O procedimento é mais demorado e, geralmente, mais desconfortável. Dor em cólica e sangramento vaginal são presentes na maioria dos casos, assim como ocorre no abortamento espontâneo. Esses efeitos devem ser esclarecidos para a mulher que escolhe o abortamento com misoprostol e não devem ser confundidos com complicações do tratamento. A dor deve ser minimizada com uso de analgésicos. Os anti-inflamatórios não hormonais podem ser usados na dor de menor intensidade e não interferem no efeito do misoprostol. Analgésicos opiáceos ficam indicados para situações de dor intensa que não responda satisfatoriamente aos analgésicos de rotina.

O sangramento no abortamento induzido com misoprostol costuma ser mais intenso do que aquele que ocorre na menstruação regular e, na maior parte dos casos, não excede o sangramento produzido pelo abortamento espontâneo. Contudo, o risco de sangramento excessivo, ainda que pequeno, deve ser discutido e ponderado com a mulher. Náuseas, vômitos e diarreia são outros efeitos possíveis com o uso de misoprostol, mais frequentes na via sublingual. A febre, com ou sem calafrios, é efeito característico do misoprostol e não deve ser interpretada ou confundida com infecção. A rotura uterina, embora grave, é complicação excepcional e, geralmente, relacionada com antecedente de cesárea. A falha do misoprostol no primeiro trimestre de gravidez pode ser admitida como complicação, pois é possível que se relacione com aumento de risco de malformações fetais.

O misoprostol é contraindicado em mulheres ou adolescentes com disfunção hepática severa, com coagulopatias ou em uso de anticoagulante, e com antecedente de alergia às prostaglandinas. Em portadoras de doenças cerebrovasculares, cardíacas ou vasculares; neuropatias, diabetes mellitus ou hipertensão arterial descompensada, o misoprostol deve ser acompanhado de rigorosa vigilância. Nas lactantes é prudente desprezar o leite materno durante as primeiras seis horas após cada dose do misoprostol.

O mifepristone (RU 486), método alternativo para o abortamento medicamentoso, não é disponível para uso no Brasil. A associação do misoprostol com

metotrexate não apresenta evidências de maior eficácia ou de outros benefícios, não sendo recomendada sua utilização.

11.4 MÉTODOS DE INTERRUÇÃO APÓS 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

No segundo trimestre, o abortamento medicamentoso constitui método de eleição. Para as gestações com mais de 12 e menos de 22 semanas de idade gestacional recomenda-se a utilização do misoprostol para a dilatação cervical e a expulsão ovular. A mulher deve permanecer, obrigatoriamente, internada até a conclusão da interrupção, completando-se o esvaziamento uterino com curetagem nos casos de abortamento incompleto. Assim como nas gestações iniciais, as doses utilizadas de misoprostol variam em diferentes investigações. Entre os esquemas disponíveis, recomenda-se administrar 200 mg via vaginal a cada 12 horas, durante 48 horas. O tratamento pode ser repetido após intervalo de três a cinco dias, em caso de insucesso. A aspiração intrauterina e a curetagem não são recomendadas como métodos de interrupção de gestações com mais de 12 semanas. Métodos cirúrgicos maiores devem ser reservados para situações excepcionais e a histerectomia deve ser abolida como método de abortamento em qualquer circunstância.

Assim como nas gestações iniciais, as doses utilizadas de misoprostol variam em diferentes investigações e deve-se considerar a experiência adquirida de cada serviço de saúde. Para gestações entre 13 e 15 semanas recomenda-se administrar 400 microgramas, via vaginal. Não ocorrendo o abortamento, repetir a mesma dose em 6 ou 12 horas. Se não ocorrer resposta em 24 horas, administrar 800 microgramas, via vaginal, repetindo a mesma dose em 12 horas, até o máximo de quatro doses. Para gestações entre 16 e 20/22 semanas recomenda-se administrar 200 microgramas, via vaginal. Não ocorrendo o abortamento, repetir a mesma dose em 6 ou 12 horas. Se não houver resposta em 24 horas, administrar 400 microgramas via vaginal, repetindo a dose em 12 horas, até o máximo de quatro doses. Nos casos de insucesso, períodos maiores de tempo de uso de misoprostol podem ser empregados, considerando-se a experiência de cada serviço de saúde e a concordância da mulher em manter o método.

Embora o conceito de abortamento preconizado pela Organização Mundial da Saúde estabeleça limite de 22 semanas de idade gestacional, casos que ingressem para atendimento entre 20 e 22 semanas devem ser rigorosamente avaliados, considerando-se a possibilidade de erro de estimativa da idade gestacional. Portanto, recomenda-se

limitar o ingresso para atendimento ao aborto previsto em lei com 20 semanas de idade gestacional ou, quando disponível, com predição de peso fetal menor que 500 gramas.

11.5 GESTAÇÕES COM MAIS DE 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

Não há indicação para interrupção da gravidez após 22 semanas de idade gestacional. A mulher deve ser informada da impossibilidade de atender a solicitação do abortamento e aconselhada ao acompanhamento pré-natal especializado, facilitando-se o acesso aos procedimentos de adoção, se assim o desejar.

11.6 PREPARAÇÃO DO COLO DE ÚTERO

Em gestações de primeiro trimestre, principalmente entre nove e 12 semanas, a preparação ou maturação do colo de útero com misoprostol torna o procedimento de esvaziamento uterino (aspiração a vácuo ou curetagem) mais rápido e com menor risco de complicações imediatas. O método é particularmente indicado para nulíparas e adolescentes, ou para aquelas que apresentam anomalia ou cirurgia cervical prévia. Recomenda-se utilizar dose única de 400 microgramas de misoprostol, via vaginal, de três a quatro horas antes do procedimento.

11.7 ALÍVIO DA DOR

É fundamental que a equipe de saúde garanta alívio apropriado para a dor em cada tipo de procedimento de interrupção de gravidez. A inadequação do controle da dor provoca sofrimento desnecessário e injustificado, e aumenta o dano emocional e o risco de complicações. Em todos os tipos de abortamento, seja na indução medicamentosa ou no esvaziamento uterino, deve-se proceder com escolha criteriosa do método de alívio da dor. A decisão deve considerar as condições clínicas de cada mulher, que deve ser apoiada e estimulada a participar da escolha.

O nível de dor durante o abortamento depende de muitos fatores. A fragilidade emocional da mulher em situação de violência sexual limita o uso de alternativas de alívio da dor utilizadas, com sucesso, em outras situações de abortamento. Geralmente são necessárias medidas de maior intervenção, que utilizem procedimentos específicos de anestesia ou analgesia. Nesses casos, além de respeitar a escolha da mulher, devem

ser consideradas as características e experiências de cada serviço. A escolha de anestesia geral deve ser reservada a provedores de saúde capacitados e equipados.

Em condições favoráveis, mulheres que apresentem gestações iniciais, abaixo de 8/9 semanas, e com satisfatória interação com a equipe de saúde podem ser tratadas com apoio verbal e anestesia paracervical, especialmente nos casos de indicação e disponibilidade da técnica de Amiu. A anestesia local ou bloqueio paracervical é realizada utilizando-se lidocaína a 1%, sem vasoconstritor, injetando-se lentamente o anestésico na transição do colo com a mucosa vaginal, às cinco e sete horas, com agulha calibre 23 ou de insulina, a uma profundidade de 3-5 mm, na quantidade de 3-8 ml em cada ponto, com o cuidado de evitar a injeção intravenosa do anestésico. A associação de drogas tranquilizantes, como o diazepam ou midazolam, é desejável quando há elevada ansiedade.

Nas situações em que a idade gestacional é superior a 12 semanas o uso de analgésicos narcóticos, petidina ou morfina, pode ser necessário durante o período de indução do esvaziamento uterino, para alívio da dor provocada pela contração uterina e dilatação cervical. A equipe de saúde deve estar atenta para possíveis efeitos adversos, principalmente a depressão respiratória. Caso o esvaziamento ocorra de forma incompleta, os mesmos cuidados rotineiros devem ser tomados para o alívio da dor durante a curetagem ou aspiração complementar.

11.8 INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES

Informações claras, completas e de forma acessível devem ser oferecidas para a mulher que realiza o abortamento previsto em lei, respeitando-se os princípios de confidencialidade e de privacidade. Essas informações devem ser colocadas de forma cuidadosa, considerando-se as condições emocionais de cada mulher. Elas devem ser esclarecidas sobre os procedimentos técnicos que serão adotados, sobre as medidas para alívio da dor, tempo do procedimento, período de internação, segurança do procedimento e possíveis riscos envolvidos. É comum que as mulheres expressem diferentes dúvidas e receios, muitas vezes imprevisíveis para os profissionais de saúde, principalmente sobre os riscos do procedimento ou seu impacto para a fertilidade futura.

11.9 PROFILAXIA DE INFECÇÃO

A existência de infecção do trato genital inferior prévia ao abortamento previsto em lei deve ser cuidadosamente investigada, por representar importante fator de risco para infecções mais severas após o procedimento. Essa condição é particularmente preocupante nas situações de violência sexual, onde há considerável risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, por vezes assintomáticas no momento da interrupção da gravidez. Na presença de sinais clínicos sugestivos ou indicativos de infecção, ou nas situações diagnosticadas em exames complementares, recomenda-se iniciar o tratamento sem retardar o abortamento.

Há evidências de que o uso profilático de antibióticos, nas situações onde não existam indicadores de infecção, reduz as taxas de complicações infecciosas pós-operatórias. Os serviços de saúde devem adotar as normas estabelecidas pelas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar. Na ausência de protocolo específico, recomenda-se o uso de cefalotina 1

a 2 g, endovenoso, em dose única, ou a cada seis horas, com máximo de três doses, antes do início do procedimento. A utilização de antibióticos por período de tempo ou número de doses maior não configura profilaxia antibiótica, justificando-se somente em casos que exista necessidade de tratamento. Mulheres e adolescentes com antecedente de hipersensibilidade a penicilina e derivados devem usar alternativa de profilaxia, a critério do serviço de saúde.

11.10 CUIDADOS DE COLETA E GUARDA DE MATERIAL

Recomenda-se que amostras do material embrionário do abortamento induzido sejam guardadas para eventual investigação de DNA, mediante solicitação do Poder Judiciário. As medidas necessárias para esse procedimento encontram-se no capítulo 12. Recomenda-se que, sempre que possível e disponível, uma parte do material seja encaminhada para exame de anatomia patológica para afastar a possibilidade de gestação molar.

11.11 ISOIMUNIZAÇÃO PELO FATOR RH

Não há evidências conclusivas que assegurem a necessidade de imunização passiva de todas as mulheres Rh negativas após o abortamento induzido do primeiro trimestre. No entanto, nos serviços onde a medida é praticada de rotina, deve-se

administrar 300 a 500 mg de imunoglobulina Anti-Rh, via intramuscular, até 72 horas da interrupção da gravidez para as mulheres com teste de Coombs Indireto negativo. A imunoglobulina Anti-Rh deve ser obrigatoriamente empregada para as gestações com mais de 12 semanas em mulheres e adolescentes Rh negativas com Coombs Indireto negativo.

11.12 ALTA HOSPITALAR E SEGUIMENTO

A mulher pode receber alta hospitalar assim que capaz, com sinais vitais estáveis e ao término da recuperação anestésica, se houver. Na ocasião da alta hospitalar devem ser informadas sobre sinais e sintomas comuns ao período de recuperação. Sangramento vaginal de menor ou igual volume ao menstrual pode ocorrer por poucos ou vários dias. Cólicas abdominais, geralmente de intensidade tolerável, podem estar presentes nos primeiros dias.

A mulher poderá retornar às atividades cotidianas em poucos dias e o período de afastamento necessário deverá ser avaliado em cada caso. A primeira consulta médica deve ser realizada entre sete e dez dias do procedimento. Devem ser orientados a retornar ao serviço de saúde a qualquer momento se ocorrer febre, corrimento vaginal relevante, dor abdominal ou sangramento vaginal de maior volume. A equipe de saúde deve enfatizar a necessidade de retorno da mulher para receber as demais medidas de atenção, principalmente para completar a investigação de DST/HIV/Hepatites.

12 COLETA DE MATERIAL

A identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância nas situações de violência sexual, tanto para a comprovação material do crime alegado, como para a identificação e responsabilização do autor.

No Brasil, a coleta de evidências materiais dos crimes sexuais é procedimento formalmente atribuído aos peritos do Instituto Médico Legal ou, em casos específicos, a outros profissionais legalmente investidos para esse fim. No entanto, em diversas situações é desejável que o serviço de saúde proceda com o recolhimento de elementos que, eventualmente, colaborem com necessidades das autoridades ou que auxiliem na confecção de laudo indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal. Essas situações podem surgir, principalmente, nos casos de atendimento de emergência em que se indique o exame ginecológico, mas que ainda não tenha sido realizado o exame pericial. Ou em situações em que a mulher, em um primeiro momento, não manifeste desejo de comunicar o fato para a autoridade policial, ou que não deseje ou não possa realizar o exame pericial.

Nos casos de atendimento imediato, nas primeiras horas ou dias da violência sexual, o material do conteúdo vaginal, oral ou anal deve ser obtido por meio de swab estéril, acondicionado em papel filtro, mantido em envelope lacrado e identificado, se possível em ambiente climatizado. O material não deve ser colocado em sacos plásticos que mantenham a umidade, facilitando a proliferação bacteriana e consequente destruição do DNA. Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, por resultar na desnaturação do DNA. Deve-se, ainda, realizar esfregaço desse material biológico em duas lâminas de vidro, sem fixadores, devidamente identificadas.

Nas situações de abortamento, o material embrionário deve ser acondicionado diretamente em frasco de pequeno volume, abolindo-se qualquer tipo de fixador. Nas gestações com menos de 12 semanas recomenda-se preservar parte dos restos embrionários obtidos pelo esvaziamento uterino cirúrgico ou pelo abortamento medicamentoso, secos o quanto possível com compressa ou similar. Nas gestações com 13 semanas ou mais, recomenda-se preservar parte do cordão umbilical ou parte de material fetal. Essas amostras devem ser devidamente identificadas e encaminhadas para congelamento o mais breve possível, mantendo-as dessa forma preservada por prazo indeterminado.

Além dessas coletas específicas, outros cuidados podem oferecer possibilidade adicional de recuperar elementos de materialidade do crime sexual. Dessa forma, recomenda-se preservar as roupas que a mulher utilizava no momento da violência sexual. Pelos do autor da violência, identificados em vagina ou em outras regiões, também devem ser preservados. Fragmentos da pele do autor podem ser encontrados abaixo das unhas da mulher, particularmente nos casos em que a mesma ofereceu resistência física.

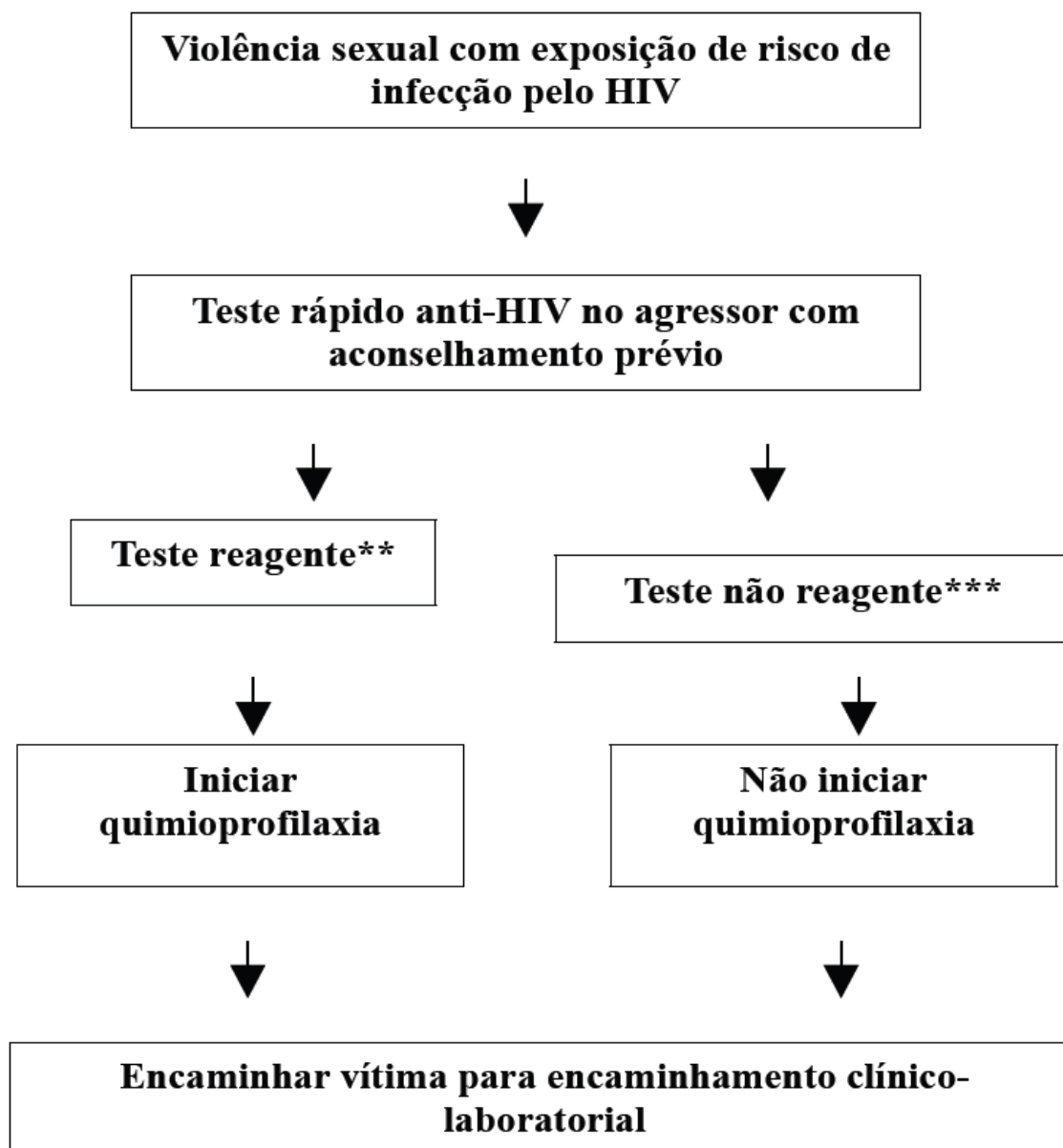
A análise comparativa de DNA permite estabelecer, com absoluta segurança, a relação de paternidade com a gestação interrompida com o suposto autor da violência sexual. Da mesma forma, identifica o DNA do autor no material biológico recuperado imediatamente após a violência sexual. Recomenda-se que retirada do material biológico seja precedida de ofício da autoridade requerente, formalizando a transferência da guarda.

13 REFERÊNCIAS

1. ABORTO legal: implicações éticas e religiosas. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1984. (Série Textos Básicos de Saúde, n. 6).
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Imunizações. **Manual de vacinação**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1984. (Série Normas e Manuais Técnicos, n.15).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série Manuais, n. 46).
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. (Série Manuais, n.18).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria de Políticas de Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
10. CARVALHO, Marília Pinto. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Guacira Lopes Louro (Org.). **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 109, mar. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742000000100012>. Acesso em: 03 ago. 2010.
11. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Código de ética: Resolução CFM n. 1.931/2009. **Diário Oficial da União**: de 24/09/2009, seção I, pág. 90.
12. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. Violência sexual e aspectos éticos da assistência. In: **Cadernos de Ética em Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, 2. ed. p. 71-78, 2002.
13. ESTATUTO da Criança e do Adolescente. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado S.A., 1993.
14. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Anticoncepção**: manual de orientação. São Paulo, 1997.
15. FÓRUM INTERPROFISSIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO NA LEI. 1. In: **Femina**, São Paulo, v. 25, p. 1-8, 1997.
16. FÓRUM INTERPROFISSIONAL SOBRE O ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO POR LEI. 2. In: **Femina**, São Paulo, n. 26, p. 134-138, 1998.

14 ANEXOS

14.1 ANEXO A - FLUXOGRAMA PARA USO DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV PARA O AGRESSOR*



* Além do teste rápido anti-HIV, colher as sorologias convencionais para Hepatite C (anti-HCV) e Hepatite B (HBsAg) na investigação do status sorológico do agressor.

**Vale ressaltar que toda testagem anti-HIV deve ser antecedida pelo consentimento informado, devendo seguir a premissa da voluntariedade e das orientações sobre a importância de realização da testagem.

** A possibilidade de soroconversão recente ("janela imunológica") diante de sorologia negativa sem a presença de sintomas de infecção aguda é extremamente rara. O resultado do exame deve sempre ser avaliado dentro do contexto clínico e epidemiológico do agressor.

14.2 ANEXO B – INTERAÇÃO ENTRE ARV E OUTROS MEDICAMENTOS QUE DETERMINAM MUDANÇA DE DOSES OU CUIDADO QUANDO O ADMINISTRADAS – IPS.

	ATAZANAVIR	FOSAMPRENAVIR
ANTIFÚNGICO		
Cetoconazol Itraconazol	↑ toxicidade	Risco de maior toxicidade. Evitar co-administrar.
Voriconazol	Estudos <i>in vitro</i> sugerem que o voriconazol pode inibir o metabolismo dos inibidores da protease.	Estudos <i>in vitro</i> sugerem que o voriconazol pode inibir o metabolismo dos inibidores da protease.
ANTIMICOBACTERIANOS		
Rifampicina	Não co-administrar.	Não co-administrar.
Rifabutina	(↓ ATV e ↑ rifabutina): reduzir dose de rifabutina para 150 mg em dias alternados ou 3x/semana.	(↓ APV e ↑ rifabutina): ajustar dose de rifabutina para 150 mg/dia ou 300 mg 2 a 3x/semana.
Clarithromicina	Aumento da concentração sérica em 94% e prolongamento do intervalo QT (reduzir dose da claritromicina em 50% ou usar medicação alternativa).	
CONTRACEPTIVO HORMONAL		
Etinilestradiol	Potencial risco de maior toxicidade pelo aumento dos níveis séricos (considerar alternativas).	(↓ níveis séricos de etinilestradiol): usar método contraceptivo alternativo ou adicional.
Noretindrona	Potencial risco de maior toxicidade pelo aumento dos níveis séricos (considerar alternativas).	
ANTILIPEMIANTES		
Atorvastatina	Permitido o uso, monitorar toxicidade.	Aumento da concentração sérica em até 150%. Monitorar toxicidade.
Pravastatina Rosuvastatina	Permitido o uso, monitorar toxicidade.	Permitido o uso, mas há risco de maior toxicidade.
Sinvastatina Lovastatina	Não co-administrar.	Não co-administrar.
ANTICONSULSIVANTES		
Carbamazepina Fenobarbital Fenitoína	Risco de redução níveis de ambas as classes de drogas. Considerar alternativas terapêuticas.	Redução de níveis séricos das drogas com risco de perda de eficácia do anti-retroviral e dos anticonvulsivantes (monitorar concentrações séricas ou não associar).
ANTIDISFUNÇÃO ERÉTIL		
Sildenafil	Risco de maior toxicidade (dose máxima 25 mg cada 48h).	↑ níveis séricos (não exceder a dose de 25 mg em 48 horas).
Tadalafil	Risco de maior toxicidade (dose máxima 10 mg cada 72h).	Não exceder a dose de 10 mg em 72 horas.
Vardenafil	Risco de maior toxicidade.	Não exceder a dose de 2,5 mg em 72 horas.

OUTROS

Apomorfina: risco potencial de maior toxicidade.
Benzodiazepínicos: aumento dos níveis séricos e da toxicidade dos diazepamínicos (evitar co-administração ou monitorar efeitos).
Cisaprida: não co-administrar.
Diltiazem: aumento da concentração sérica (↑ 125%); reduzir dose do diltiazem em 50% e monitorar com ECG.
Ergotamina: não usar.
Erva de São João, suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea: não associar.
Fentanil: redução do clearance do fentanil (maior toxicidade); monitorar ou reduzir dose do fentanil.
Flecainida, propafenona: não co-administrar.
Quinidina: maior toxicidade (não usar ou avaliar redução de dose).
Varfarina: aumento do efeito anticoagulante (monitorar e considerar redução de dose da varfarina).

Amiodarona: maior risco de toxicidade (monitorar níveis séricos).
Antiácidos: pode reduzir níveis séricos do amprenavir (intervalo mínimo de duas horas).
Antidepressivos tricíclicos: ↑ toxicidade (monitorar).
Bepiridil: não co-administrar.
Cisaprida: não co-administrar.
Clozapina, lidocaina, quinidina, dissulfiram: maior toxicidade.
Eritromicina: ↑ níveis séricos de ambas as drogas (maior risco de toxicidade).
Erva de São João, cápsulas de alho, echinacea: não co-administrar.
Fentanil: redução do clearance do fentanil (maior toxicidade); monitorar ou reduzir dose do fentanil.
Metronidazol: não usar com a solução oral de amprenavir.
Varfarina: aumento do efeito anticoagulante (monitorar e considerar redução de dose da varfarina).
Vitamina E: maior risco de hemorragia (não co-administrar).

	DARUNAVIR	LOPINAVIR/R
ANTIFÚNGICOS		
Cetoconazol itraconazol	Precaução com uso de cetoconazol e de itraconazol (não exceder dose de 200 mg/dia).	Aumento níveis séricos do cetoconazol. Evitar co-administração. Aumento dos níveis séricos de itraconazol (não usar dose acima de 200mg/dia).
Voriconazol	Estudos <i>in vitro</i> sugerem que o voriconazol pode inibir o metabolismo dos inibidores da protease. Evitar co-administração.	Estudos <i>in vitro</i> sugerem que o voriconazol pode inibir o metabolismo dos inibidores da protease. Evitar co-administração.
Fuconazol		Não necessita de ajuste de doses.
ANTIMICOBACTERIAIS		
Rifampicina	Não associar.	Redução de níveis séricos do LPV (não há dados suficientes para recomendar esta associação).
Rifabutina	Reduzir dose da rifabutina para 150 mg em dias alternados.	↑ rifabutina. Reduzir dose de rifabutina para 150mg em dias alternados ou 3x/semana.
Clarithromicina	Não é necessário ajuste da dose, exceto em caso de insuficiência renal.	Aumento níveis séricos da claritromicina com risco de toxicidade, especialmente quando há alterações renais.
CONTRACEPTIVO HORMONAL		
Ethinilestradiol	Redução da concentração do etinilestradiol em 50% (usar outro método contraceptivo).	Redução de cerca de 40% dos níveis séricos de etinilestradiol (não associar).
ANTIPIEPIANTES		
Atorvastatina	Aumento dos níveis séricos dos inibidores da HMG-coA-redutase levando a maior toxicidade (iniciar com dose menor e monitorar).	Aumento importante dos níveis de atorvastatina com risco de toxicidade elevada (evitar co-administrar ou monitorar).
Pravastatina Rosuvastatina	Não usar pravastatina com darunavir. Ausência de dados sobre uso de rosuvastatina e darunavir.	Permitido o uso de pravastatina e de rosuvastatina, mas há risco de maior toxicidade.
Simvastatina Lovastatina	Não co-administrar.	Não co-administrar.

ANTICONVULSIVANTES		
Carbamazepina	Não associar.	↓ LPV e aumentam os níveis séricos da carbamazepina com aumento da toxicidade; não co-administrar ou monitorar níveis séricos de ambas as classes de drogas.
Fenobarbital	Não associar.	Redução níveis do LPV (não associar).
Fenitoína	Não associar.	Redução níveis de fenitoína (não co-administrar ou monitorar níveis séricos).
ANTIDISFUNÇÃO ERÉTIL		
Sildenafil	Não exceder dose, 25 mg em 48 horas.	Não exceder dose, 25 mg em 48 horas.
Tadalafil	Não exceder dose, 10 mg em 72 horas.	Não exceder dose, 10 mg em 72 horas.
Vardenafil	Não exceder dose, 2,5 mg em 72 horas.	Não exceder dose, 2,5 mg em 72 horas.
OUTROS		
Amlodarona, bepridil, quinidina, lidocaina, flecainida, propafenona: não associar. Astemizol, ergotamina, pimozida: não co-administrar. Gidosporina e outros imunossupressores: monitorar clinicamente (aumento dos níveis séricos dos imunossupressores). Cisaprida: não co-administrar. Diltiazem, felodipina, nicardipina, verapamil: precaução (monitorar clinicamente). Erva de São João, suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea: não associar. Felodipina, nifedipina, nicardipina: aumento da concentração plasmática destas drogas (maior toxicidade; considerar redução de doses e monitorar). Glimepirida, Pioglitazona, Tolbutamida: monitorar glicemia (poucos dados sobre associação). Meperidina: evitar uso prolongado (maior toxicidade). Metadona: ocorre redução de 50% da concentração plasmática da metadona (necessário aumento da dose). Midazolam, triazolam: não associar. Ranitidina, omeprazol, esomeprazol, pantoprazol e similares: sem interação significativa. Sertralina, paroxetina: monitorar resposta do antidepressivo pela redução de níveis. Trazodona: maior toxicidade (reduzir dose da trazodona). Varfarina: monitorar níveis séricos. Ácido Valpróico: redução de níveis séricos do ácido valpróico com risco de perda de eficácia do mesmo. Alprazolam, clonazepam e diazepam: aumento dos níveis séricos (maior toxicidade). Amlodarona: aumento dos níveis séricos de amlodarona com risco de hipotensão, bradicardia e arritmia (monitorar ou ajustar dose). Bepridil: aumento importante do risco de toxicidade (não co-administrar). Bupropiona: maior toxicidade pelo aumento dos níveis séricos da bupropiona (pode ser necessária redução de dose). Cannabis (maconha): pode reduzir eficácia do IP (monitorar). Cisaprida: não co-administrar. Ergotamina: não co-administrar. Erva de São João, suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea: não associar. Fentanil: redução do clearance do fentanil (maior toxicidade – monitorar e ajustar dose). Fluoxetina: risco de alterações cardíacas e neurológicas por mecanismo pouco conhecido (monitorar). Meperidina: não co-administrar. Metronidazol: efeito antabuse com solução oral pela presença de álcool. Midazolam, triazolam: não usar. Paroxetina e sertralina: aumento níveis séricos com risco de toxicidade da paroxetina e da sertralina. Tramadol: aumento níveis séricos e de toxicidade do tramadol (pode necessitar de redução de dose). Varfarina: maior risco de perda de eficácia da varfarina. Zolpidem: maior toxicidade (pode ser necessário reduzir dose do zolpidem).		
SAQUINAVIR/R		NELFINAVIR
ANTIFÚNGICOS		
Cetoconazol Itraconazol	Não necessita de ajuste de doses.	Não necessita de ajuste de doses.
Voriconazol	Os estudos <i>in vitro</i> sugerem que o voriconazol pode inibir o metabolismo dos inibidores da protease.	Os estudos <i>in vitro</i> sugerem que o voriconazol pode inibir o metabolismo dos inibidores da protease.
Ruconazol	Não necessita de ajuste de doses.	

ANTIMICOBACTERIANOS		
Rifampicina	Recentemente foi contra-indicada a associação (ver texto).	Contra-indicada a associação.
Rifabutina	Ajustar dose de rifabutina para 150mg dias alternados ou 3x/semana (associar ritonavir ao saquinavir).	↓ NFV e ↑ rifabutina (ajustar dose de rifabutina para 150mg/dia ou 300 mg 3x/semana).
CONTRACEPTIVO HORMONAL		
Ethinilestradiol Noretindrona	↓ níveis séricos dos hormônios (evitar co-administrar; usar método contraceptivo alternativo ou adicional).	↓ níveis séricos dos hormônios (evitar co-administrar; usar método contraceptivo alternativo ou adicional).
ANTIPIEPIANTES		
Atorvastatina	Grande aumento dos níveis séricos, evitar co-administração.	Maior toxicidade (monitorar com cautela).
Pravastatina Rosuvastatina	Permitido o uso, mas há risco de maior toxicidade.	permitido o uso, mas há risco de maior toxicidade).
Sinvastatina Lovastatina	Contra-indicado o uso.	Contra-indicada a associação.
ANTICONVULSIVANTES		
Carbamazepina Fenobarbital Fenitoína	↓ níveis séricos de ambas as classes. Considerar alternativas terapêuticas.	↓ níveis séricos de ambas as classes.
ANTIDISFUNÇÃO ERÉTIL		
Sildenafil	Risco toxicidade, dose máxima 25 mg cada 48h.	Risco toxicidade, dose máxima 25 mg cada 48h.
Tadalafil	Risco toxicidade, dose máxima 10 mg cada 72h.	Risco toxicidade, dose máxima 10 mg cada 72h.
Vardenafil	Risco toxicidade, dose máxima de 2,5mg cada 72h.	Risco toxicidade, dose máxima de 2,5mg cada 72h.
OUTROS		
	Alprazolam: aumento dos níveis séricos de alprazolam (monitorar). Amlodaronac: contra-indicado o uso. Bepiridil: não usar. Cisaprida: não co-administrar. Dapsona: aumento dos níveis séricos da dapsona (maior toxicidade; pode ser necessário ajuste da dose). Ergotamina: não associar. Erva de São João, suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea: não associar. Fentanil: aumento dos efeitos do fentanil (monitorar ou reduzir dose). Midazolam, triazolam: não usar.	Alimento: aumentam os níveis séricos (administrar sempre com alimentos). Amlodaronac: aumento da toxicidade da amlodaronac (não co-administrar). Apomorfina: risco potencial de maior toxicidade. Azitromicina: maior toxicidade (monitorar função auditiva; não necessita de ajuste de dose). Bloqueadores de cálcio: aumento de níveis séricos dos bloqueadores (monitorar toxicidade). Cannabis (maconha): reduz níveis séricos dos IP (monitorar eficácia do neftinavir). Considerar alternativas terapêuticas. Cisaprida: não co-administrar. Ergotamina: não co-administrar. Erva de São João, suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea: não associar. Fentanil: aumento dos efeitos do fentanil (monitorar ou reduzir dose). Midazolam, triazolam: não usar.

	RITONAVIR	INDINAVIR/R
ANTIFÚNGICOS		
Cetoconazol	Aumento níveis séricos do cetoconazol (evitar associação).	Evitar co-administrar.
Itraconazol	Aumento dos níveis séricos de itraconazol, não usar dose acima de 200mg/dia).	Evitar co-administrar.
Voriconazol	O efeito de baixas doses de ritonavir na concentração de voriconazol ainda não é conhecido.	Estudos <i>in vitro</i> sugerem que o voriconazol pode inibir o metabolismo dos inibidores da protease.
Fluconazol	Não necessita de ajuste de doses.	Redução de níveis séricos de IDV em cerca de 20% (não necessita de ajuste de dose).
ANTIMICOBACTERIAIS		
Rifampicina	Redução de níveis séricos do RTV e maior toxicidade hepática (não co-administrar).	Não co-administrar
Rifabutina	↑ rifabutina, reduzir dose de rifabutina para 150mg em dias alternados ou 3x/semana.	
Clarithromicina	Aumento níveis séricos da claritromicina em 77% com risco de toxicidade, especialmente na presença de alterações renais.	↓ IDV e ↑ rifabutina, ajustar dose de IDV para 1g 3x/dia e de rifabutina para 150mg/dia ou 300mg 3x/semana.
CONTRACEPTIVO HORMONAL		
Etinilestradiol	Redução considerável dos níveis séricos de etinilestradiol (não usar).	Aumento níveis séricos do hormônio (evitar co-administração e monitorar).
ANTIPIEPIANTES		
Atorvastatina	Aumento importante dos níveis de atorvastatina, risco de toxicidade, evitar co-administrar ou monitorar.	Aumento importante dos níveis de atorvastatina, risco de toxicidade, evitar co-administrar ou monitorar.
Pravastatina Rosuvastatina	Permitido o uso, mas há risco de maior toxicidade).	Permitido o uso, mas há risco de maior toxicidade).
Sínavastatina Lovastatina	Não co-administrar.	Não co-administrar.
ANTICONSULSIVANTES		
Carbamazepina	↓ LPV e aumenta níveis séricos da carbamazepina, aumento dos efeitos adversos; não co-administrar ou monitorar níveis séricos de ambas as classes.	↓ AUC de ambas as classes (considerar alternativas terapêuticas).
Fenobarbital	Redução níveis do IP (não associar).	↓ AUC de ambas as classes (considerar alternativas terapêuticas).
Fenitoína	Redução níveis de fenitoína (não co-administrar ou monitorar).	↓ AUC de ambas as classes (considerar alternativas terapêuticas).
ANTIDISFUNÇÃO ERÉTIL		Sildenafil: risco de maior toxicidade.

Sildenafil	Risco toxicidade, dose máxima 25 mg cada 48h.	Risco toxicidade, dose máxima 25 mg cada 48h.
Tadalafil	Risco toxicidade, dose máxima 10 mg cada 72h.	Risco toxicidade, dose máxima 10 mg cada 72h.
Vardenafil	Risco toxicidade, dose máxima de 2,5mg cada 72h.	Risco toxicidade, dose máxima de 2,5mg cada 72h.

OUTROS

Ácido Valpróico: redução de níveis séricos do ácido valpróico (monitorar perda de eficácia do ácido valpróico).
Alprazolam, clonazepam, diazepam, lorazepam: aumento dos níveis séricos dos sedativos (maior toxicidade).
Amiodarona: aumento dos níveis séricos de amiodarona com risco de hipotensão, bradicardia e arritmia (não usar).
Bepiridil: aumento importante do risco de toxicidade (não co-administrar).
Bupropiona: maior toxicidade pelo aumento dos níveis séricos da bupropiona (monitorar; pode ser necessária redução de dose).
Cannabis (maconha): pode reduzir eficácia do IP (monitorar).
Cisaprida: não co-administrar.
Citalopram: aumento dos níveis séricos (pode ser necessária redução da dose de citalopram).
Codeína: possível redução dos níveis séricos da codeína.
Digoxina: aumento dos níveis séricos da digoxina (monitorar toxicidade).
Diltiazem: redução dos níveis de diltiazem (buscar alternativas ou monitorar possível perda de eficácia).
Ergotamina: não co-administrar.
Erva de São João, suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea: não associar.
Fentanil: redução do clearance do fentanil (aumento do nível sérico; monitorar). Pode necessitar de redução de dose.
Fluoxetina: risco de alterações cardíacas e neurológicas (monitorar).
Meperidina: não co-administrar por tempo prolongado.
Metronidazol: efeito antabuse com solução oral pela presença de álcool.
Midazolam, triazolam: não usar.
Paroxetina e sertralina: aumento da toxicidade da paroxetina e da sertralina (pode ser necessário reduzir dose).
Varfarina: risco de perda da eficácia da varfarina (monitorar).
Zolpidem: maior toxicidade (pode ser necessário reduzir dose do zolpidem).

Aciclovir: maior risco de nefrolitase.
Apomorfina: risco potencial de maior toxicidade.
Cisaprida: não co-administrar.
Erva de São João, suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea: não associar.
Ergotamina, ergonovina: maior toxicidade (não co-administrar).
Midazolam, triazolam: não co-administrar.
Varfarina: aumento do efeito anticoagulante (monitorar e considerar redução de dose da varfarina).

14.3 ANEXO C – INTERAÇÃO ENTRE ARV E OUTRAS DROGAS QUE DETERMINAM MUDANÇA DE DOSES OU CUIDADO QUANDO COADMINISTRADAS – ITRNS.

ABACAVIR	DIDANOSINA	ESTAVUDINA
Aminoglicosídeos: aumento da nefrotoxicidade e/ou neurotoxicidade Entecavir: risco de acidose láctica Etanol: pode aumentar risco de efeitos adversos. Significado clínico desconhecido, não sendo necessário ajuste de dose. Fenitoína, fenobarbital: podem reduzir a concentração plasmática do abacavir Ribavirina: risco de acidemia ou acidose láctica. Tenofovir: mesmo sem alterações de níveis séricos, há poucos dados sugerindo risco de desenvolvimento de resistência precoce (evitar co-administração sem IP/r no esquema) e de maior toxicidade (pancreatite, acidose láctica, neuropatia periférica).	Álcool: ↑ toxicidade (pancreatite, neuropatia periférica). Alimentos: tanto o ddl tamponado como o ddl entérico devem ser administrados 1 hora antes ou 2 horas após alimentos sólidos ou líquidos. Alopurinol: aumento considerável dos níveis séricos e da concentração máxima de ddl com elevado risco de toxicidade: não co-administrar ou reduzir dose do ddl em 50%. Cetoconazol e itraconazol: redução de níveis séricos dos antifúngicos se administrados com ddl tamponado (intervalo mínimo de duas horas). Ciprofloxacina: administrar seis horas após ou duas horas antes do ddl tamponado. Dapsona: perda de eficácia da dapsona se administrada com ddl tamponado (intervalo mínimo de duas horas) Efavirenz/Nevirapina: elevado risco de falha precoce com o uso da associação tenofovir/ddl/efavirenz (ou nevirapina) em pacientes virgens de terapia Estavudina: maior toxicidade (neurotoxicidade, pancreatite, acidose láctica, lipodistrofia). Evitar co-administrar (proibida associação em gestantes) Etambutol e Etionamida: maior toxicidade (neuropatia periférica) Fenitoína: maior toxicidade (neuropatia periférica). Fluconazol: redução de níveis séricos de fluconazol por possível alteração da absorção (monitorar resposta clínica). Ganciclovir (↑ níveis de ddl): maior toxicidade (pancreatite, neuropatia periférica) Hidroxiuréia: maior risco de pancreatite (casos fatais) e de hepatotoxicidade. Inibidores da Protease: administrar com intervalo mínimo de duas horas, especialmente atazanavir. Isoniazida: maior toxicidade (neuropatia periférica) Pentamidina: maior risco de pancreatite (monitorar). Ribavirina: não co-administrar (risco elevado de toxicidade mitocondrial). Tetraciclina: não co-administrar. Tenofovir: ↑ AUC ddl (maior toxicidade do ddl; reduzir ddl para dose única diária de 250 mg). Há dados sugerindo maior risco de resistência quando associados (não usar sem IP/r no esquema). Vincristina: maior toxicidade (neuropatia periférica)	Doxorrubicina: reduz eficácia da estavudina (evitar co-administração pelo risco potencial de falha). Etambutol e etionamida: maior toxicidade (pancreatite, neuropatia periférica). Fenitoína: maior toxicidade (neuropatia periférica). Ganciclovir: maior toxicidade (pancreatite, neuropatia periférica). Isoniazida: maior toxicidade (neuropatia periférica). Ribavirina: risco de acidose láctica e redução de eficácia da estavudina (não co-administrar). Vincristina: maior toxicidade (neuropatia periférica). Zidovudina: potencial redução da atividade anti-retroviral por antagonismo. Proibido uso concomitante

LAMIVUDINA	TENOFOVIR	ZIDOVUDINA
Não há interações importantes, exceto com zalcitabina (não co-administrar)	Abacavir: mesmo sem alterações de níveis séricos, há dados sugerindo risco de desenvolvimento de resistência quando associados (não associar sem IP/r no esquema). Aciclovir, ganciclovir, foscarnet, valaciclovir e valganciclovir: aumento da toxicidade (monitorar). Amicacina: maior toxicidade (não co-administrar). Anfotericina B: maior toxicidade (não co-administrar). Cidofovir: maior toxicidade (não co-administrar). ddl: ↑ AUC ddl (maior toxicidade do ddl; reduzir ddl para dose única diária de 250 mg). Há dados sugerindo maior risco de desenvolvimento de resistência precoce (não associar sem IP/r no esquema). Entecavir: maior toxicidade de ambos e risco de acidose láctica Gentamicina: maior toxicidade (não co-administrar). Inibidores da protease: TDF pode reduzir AUC de diversos IP. Usar sempre com ritonavir no esquema (IP/r) e monitorar maior risco de toxicidade renal. Pentamidina (IV): maior toxicidade (não co-administrar). Tobramicina: maior toxicidade (não co-administrar).	Acetaminofen: maior risco de neutropenia e hepatotoxicidade (evitar co-administração frequente ou em doses elevadas). Ácido valpróico: ↑ níveis séricos de AZT (monitorar). Anfotericina B: maior risco de mielotoxicidade (monitorar). Claritromicina: reduz níveis séricos de AZT (considerar intervalo mínimo de duas horas). Clotrimoxazol: mielotoxicidade (monitorar). Dapsona: mielotoxicidade (monitorar). Doxorrubicina: reduz eficácia e aumenta mielotoxicidade (evitar co-administrar). Estavudina: Contra-indicado uso concomitante (antagonismo). Fenitoína: pode haver redução de níveis séricos de ambas as drogas. Fluconazol: risco de maior toxicidade de ambas as drogas. Ganciclovir, valganciclovir, cidofovir, pirimetamina, citostáticos, sulfadiazina: ↑ mielotoxicidade (monitorar). Interferon: maior mielotoxicidade (não associar). Metadona: aumenta níveis séricos de AZT (maior toxicidade). Probenecida: ↑ níveis séricos de AZT (monitorar ou evitar co-administrar). Ribavirina: inibe a fosforilação do AZT (não co-administrar).

14.4 ANEXO D - DROGAS QUE NÃO DEVEM SER USADAS JUNTAMENTE COM ANTIRRETROVIRAIS INIBIDORES DE PROTEASE (IP) OU INIBIDORES DE TRANSCRIPTASE REVERSA NÃO-ANÁLOGOS DE NUCLEOSÍDEOS ITRNN).

Medicamento (1)	Bloqueador do canal de cálcio	Cardíaco	Agentes redutores de lipídios	Anti-mico-bacterianos (2)	Anti-histamínicos (7)	Medicamentos gastrointestinais (7)
Inibidores de Protease						
Amprenavir(8) e Fosamprenavir	Bepidil	(Nenhum)	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Atazanavir	Bepidil	(Nenhum)	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida Inibidores da bomba de prótons
Darunavir	(Nenhum)	(Nenhum)	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Indinavir	(Nenhum)	Amiodarona	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Lopinavir + Ritonavir	(Nenhum)	Recainida Propafenona	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina (4)	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Nelfinavir	(Nenhum)	(Nenhum)	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Ritonavir	Bepidil	Amiodarona Recainida Propafenona Quinidina	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Saquinavir	(Nenhum)	(Nenhum)	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina Rifabutina(3)	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Tipranavir	Bepidil	Amiodarona Recainida Propafenona Quinidina	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Inibidores de Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos						
Delavirdina	(Nenhum)	(Nenhum)	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina Rifabutina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida Bloqueadores de H2 Inibidores da bomba de prótons
Efavirenz	(Nenhum)	(Nenhum)	(Nenhum)	Rifapentina(2)	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Nevirapina	(Nenhum)	(Nenhum)	(Nenhum)	Rifampicina	(Nenhum)	(Nenhum)

Drogas que não devem ser usadas juntamente com anti-retrovirais Inibidores de Protease (IP) ou Inibidores de Transcristase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos (ITRNN) - Parte 2/2

Medicamento(1)	Neurolépticos	Psicotrópicos	Alcalóides ergot (vasoconstritores)	Ervas	Outros
Inibidores de Protease					
Amprenavir(8) e Fosamprenavir	Pimozida	Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João	Delavirdina Fluticasona Contraceptivos orais
Atazanavir	Pimozida	Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João	Fluticasona Indinavir Irinotecan
Darunavir	Pimozida	Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João	Carbamazepina Fenobarbital Fenitoína Fluticasona(9)
Indinavir	Pimozida	Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João	Atazanavir
Lopinavir + Ritonavir	Pimozida	Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João	Fluticasona(9)
Nelfinavir	Pimozida	Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João	
Ritonavir	Pimozida	Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João	Voriconazol (com RTV ≥ 400mg (ID)) Fluticasona(9) Afluzosin
Saquinavir	Pimozida	Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João Suplementos de alho	
Tipranavir	Pimozida	Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João	Fluticasona(9)

Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos

Delavirdina	(Nenhum)	Alprazolam Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João	Amprenavir Fosamprenavir Carbamazepina Fenobarbital Fenitoína
Efavirenz	(Nenhum)	Midazolam(5) Triazolam	Dihidroergotamina (DHE 45) Ergotamina(6) (várias formas) Ergonovina Metilergonovina	Erva-de-São-João	Voriconazol
Nevirapina	(Nenhum)	(Nenhum)	(Nenhum)	Erva-de-São-João	

(1) Certos medicamentos listados são contra-indicados com base em considerações teóricas. Portanto, medicamentos com baixos índices terapêuticos e suspeita de envolvimento metabólico com P450-3A, 2D6, ou reações desconhecidas estão incluídos nesta tabela. Interações efetivas podem ou não ocorrer entre os pacientes.

(2) Pacientes com HIV tratados com rifampina têm uma taxa mais alta de incidência de TB dos que os tratados com outros esquemas baseados na rifamicina; recomenda-se um agente alternativo.

(3) A rifabutin só pode ser usada com saquinavir quando combinado com zidovudina.

(4) Em um pequeno estudo, doses mais altas de RTV (300mg BID adicionais) ou uma dose dupla de LPV/RTV compensam a atividade indutora de rifampina da LPV. Observou-se que 38% dos sujeitos descontinuaram o uso devido a aumentos em LFTs. A segurança dessa combinação ainda está sob avaliação. São necessários estudos posteriores.

(5) O midazolam pode ser usado com cautela como dose única e ministrado em uma situação monitorada para procedimento de sedação.

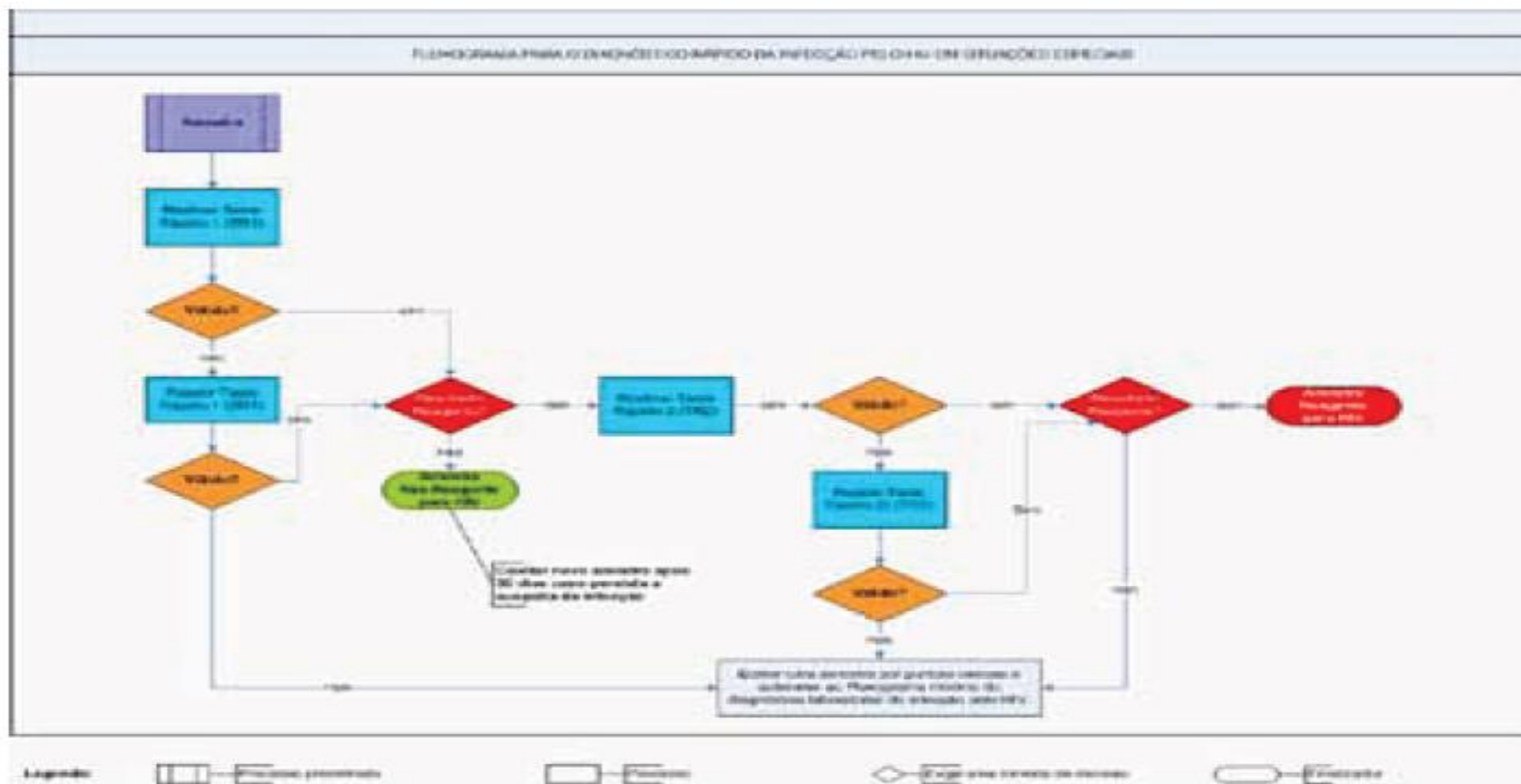
(6) Este é provavelmente um efeito de classe.

(7) O atemizol e a terfenadina não são mais comercializados nos EUA. O fabricante da cisaprida tem um protocolo de acesso limitado para pacientes que preencham critérios clínicos específicos de elegibilidade.

(8) Cada ml de solução oral de amprenavir contém 46 UI de vitamina E. Os pacientes devem ser orientados a evitar doses suplementares de vitamina E. Produtos polivitamínicos contendo doses mínimas de vitamina E são aceitáveis.

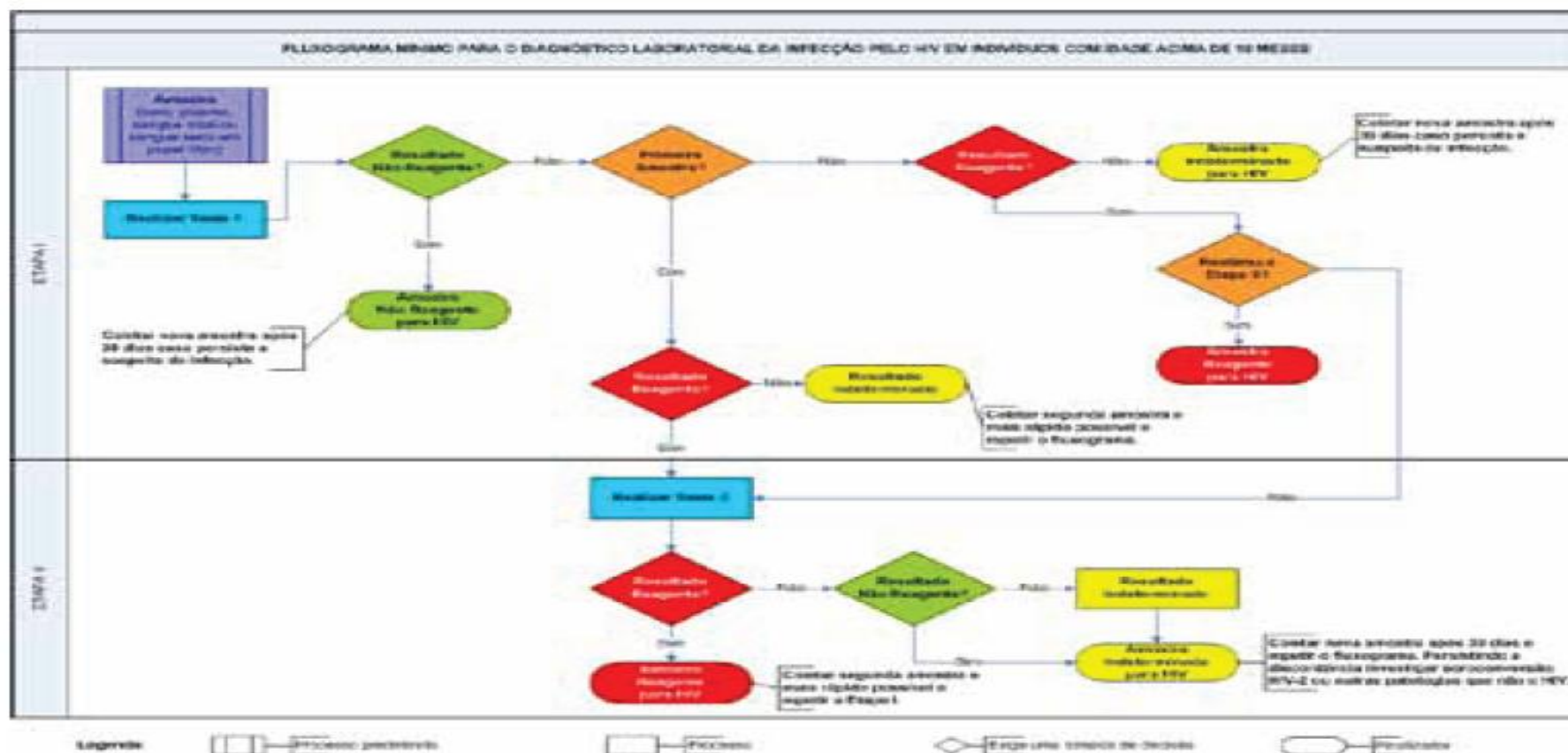
(9) O uso concomitante de fluticasona e ritonavir resulta em concentrações significativamente reduzidas de cortisol sérico. A co-administração de fluticasona e ritonavir ou qualquer esquema contendo IF com incremento de ritonavir não é recomendada, a menos que o potencial benefício compense o risco de efeitos colaterais sistêmicos do corticosteróide. A fluticasona deve ser usada com cuidado, devendo-se considerar alternativas antes quando ministrada com IF não incrementado.

14.5 ANEXO E – FLUXOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO RÁPIDO DA INFECÇÃO PELO HIV E SITUAÇÕES ESPECIAIS.



ATENÇÃO: Este documento está em processo de revisão! Setembro de 2015.

14.6 ANEXO F - FLUXOGRAMA MÍNIMO PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 18 MESES.



ATENÇÃO: Este documento está em processo de revisão! Setembro de 2015.

ATENÇÃO: Este documento esta em processo de revisão! Setembro de 2015.

Traumatismos Extragenitais | | 1. não 2. sim (descrever) _____
Profilaxia do Tétano | | 1. não necessária 2. sim (tipo) _____
Coleta de Material de Interesse Pericial | | 1. não 2. sim (tipo) _____
Outras Informações Relevantes | | 1. não 2. sim (descrever) _____

profissional responsável _____

4. ANTECEDENTES PESSOAIS

Menarca | | | anos Data da última menstruação | | | | | | | Início de Vida Sexual | | | anos
Método Anticonceptivo no Momento da Violência Sexual _____
Gestações | | | Partos Normais/Fórcipe | | | Cesáreas | | | Abortos | | |

Doenças Pré-Existentes _____
Alergia a Medicamentos _____ Medicamentos em Uso _____

5. EXAME FÍSICO GERAL E GINECOLÓGICO

Peso | | | Kg Pressão Arterial | | | | / | | | | mm Hg Pulso | | | | bpm Temperatura | | | | °C
Exame Físico Geral | | 1. normal 2. alterado (descrever) _____
Exame das Mamas | | 1. normal 2. alterado (descrever) _____
Exame dos Órgãos Genitais Externos | | 1. normal 2. alterado (descrever) _____
Exame Especular | | 1. normal 2. alterado (descrever) _____
Exame de Toque Bimanual | | 1. normal 2. alterado (descrever) _____
Outras Informações Relevantes | | 1. não 2. sim (descrever) _____

médico(a) responsável _____

6. EXAMES COMPLEMENTARES

Exame Colposcópico | | 1. normal 2. não realizado 3. alterado (descrever) _____
Exame de Ultrassonografia | | 1. normal 2. não realizado 3. alterado (descrever) _____
Hemograma e Transaminases | | 1. normal 2. alterado (descrever) _____
Outros Exames Laboratoriais | | 1. normal 2. não realizado 3. alterado (descrever) _____

7. ATENDIMENTO EM CASO DE GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Idade Gestacional no Ingresso (DUM) | | | semanas Idade Gestacional no Ingresso (Ultra-Sonografia) | | | semanas
Decisão da Mulher ou Representante Legal | | 1. solicitação de interrupção 2. aceitação e assistência pré-natal 3. assistência pré-natal e doação
Solicitação de Interrupção da Gravidez | | 1. atendida 2. negada (motivo) _____
Outras Informações Relevantes | | 1. não 2. sim (descrever) _____

8. INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

Data | | | | | | Idade Gestacional na Época da Interrupção | | | semanas. Tempo de Internação | | dias
Técnica de Interrupção da Gravidez | | 1. AMIU 2. curetagem 3. aborto farmacológico 4. outro (descrever) _____
Alívio da Dor (descrever método) _____
Intercorrências | | 1. não 2. sim (descrever) _____
Tipagem ABO | | Fator Rh | | Coombs Indireto | | 1. negativo 2. positivo Imunoglobulina Anti-Rh | | 1. não 2. sim 3. não necessária
Outras Informações Relevantes | | 1. não 2. sim (descrever) _____

9. INVESTIGAÇÃO DE DST/HEPATITES/HIV

Investigação no Ingresso | ☐ | 1. normal 2. alterada (descrever) _____

Investigação na 6ª semana | ☐ | 1. normal 2. alterada (descrever) _____

Investigação no 3º mês | ☐ | 1. normal 2. alterada (descrever) _____

Investigação no 6º mês | ☐ | 1. normal 2. alterada (descrever) _____

Outras Informações Relevantes | ☐ | 1. não 2. sim (descrever) _____

10. INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO DA SAÚDE MENTAL

_____ psicólogo(a) responsável _____

11. INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

_____ assistente social responsável _____

12. ENCAMINHAMENTOS

Orientação para Realização de Boletim de Ocorrência Policial e demais medidas Médico-Legais | ☐ | 1. sim 2. não 3. não necessário

Comunicação ao Conselho Tutelar ou Vara da Infância e da Juventude | ☐ | 1. sim 2. não 3. não necessário 4. não cabe

Comunicação de Acidente de Trabalho | ☐ | 1. sim 2. não 3. não necessário 4. não cabe

Oferecimento Proteção/ Abrigo | ☐ | 1. sim 2. não 3. não necessário 4. não cabe

14.8 ANEXO H - RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DO TÉTANO.

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO CONTRA TÉTANO	FERIMENTO LIMPO OU SUPERFICIAL VACINA	SAT ou IGHAT*	OUTROS TIPOS DE FERIMENTO VACINA	SAT ou IGHAT*
Incerta ou menos de 3 doses	sim	não	sim	sim
3 doses ou mais; última dose há menos de 5 anos.	não	não	não	não
3 doses ou mais; última dose entre 5 a 10 anos.	não	não	sim	não
3 doses ou mais; última dose há mais de 10 anos.	sim	não	sim	não

(*) 5.000 unidades de SAT (soro antitetânico) via I.M. após realização do teste de sensibilidade, aos alérgicos ao SAT indicar imunoglobulina humana dose única de 250 unidades.

14.9 ANEXO I – LEI DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

Lei de notificação compulsória 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 2º Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I - tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II - tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III - seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3º Para efeito da definição serão observados também as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4º As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 7º O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação.

Brasília, 24 de novembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

José Dirceu de Oliveira e Silva

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 25.11.2003.

14.10 ANEXO J - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

SEXUAL E/ OU OUTRAS VIOLÊNCIAS.



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome			8 Data de Nascimento
	9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado	
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 10) Não se aplica 99) Ignorado		
	14 Ocupação		15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado	
	16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Visual Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva	
	18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe	
	20 UF		21 Município de residência	Código (IBGE)
	22 Bairro de residência		23 Logradouro (rua, avenida,...)	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
	26 Ponto de Referência		27 CEP	
Dados de Residência	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	30 País (se residente fora do Brasil)		31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado	
	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência	
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		36 Número	37 Complemento (apto., casa, ...)
	38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		41 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado Arma branca Enforcamento/sufocação Arma de fogo Queimadura Objeto contundente Outros Força corporal	
	42 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Sexual Tortura Psicológica / Moral Tráfico de seres humanos Patrimonial Negligência/ Abandono Trabalho infantil Outros			

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais

SVS 28/06/2006

14.11 ANEXO K – PORTARIA GM/MS Nº 1.508, DE 1 DE SETEMBRO DE 2005

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.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que o Código Penal Brasileiro estabelece como requisitos para o aborto humanitário ou sentimental, previsto no inciso II do art. 128, que ele seja praticado por médico e com o consentimento da mulher;

Considerando que o Ministério da Saúde deve disciplinar as medidas assecuratórias da licitude do procedimento de interrupção da gravidez nos casos previstos em lei quando realizado no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de se garantir aos profissionais de saúde envolvidos no referido procedimento segurança jurídica adequada para a realização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei; e

Considerando que a Norma Técnica sobre Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes não obriga as vítimas de estupro da apresentação do Boletim de Ocorrência para sua submissão ao procedimento de interrupção da gravidez no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei é condição necessária para adoção de qualquer medida de interrupção da gravidez no âmbito do Sistema Único de Saúde, excetuados os casos que envolvem riscos de morte à mulher.

Art. 2º O Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei compõe-se de quatro fases

que deverão ser registradas no formato de Termos, arquivados anexos ao prontuário médico, garantida a confidencialidade desses termos.

Art. 3º A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante, perante dois profissionais de saúde do serviço.

Parágrafo único. O Termo de Relato Circunstanciado deverá ser assinado pela gestante ou, quando incapaz, também por seu representante legal, bem como por dois profissionais de saúde do serviço, e conterá:

- I - local, dia e hora aproximada do fato;
- II - tipo e forma de violência;
- III - descrição dos agentes da conduta, se possível; e
- IV - identificação de testemunhas, se houver.

Art. 4º A segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que porventura houver.

§ 1º Paralelamente, a mulher receberá atenção e avaliação especializada por parte da equipe de saúde multiprofissional, que anotará suas avaliações em documentos específicos.

§ 2º Três integrantes, no mínimo, da equipe de saúde multiprofissional subscreverão o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez, não podendo haver desconformidade com a conclusão do parecer técnico.

§ 3º A equipe de saúde multiprofissional deve ser composta, no mínimo, por obstetra, anestesista, enfermeiro, assistente social e/ou psicólogo.

Art. 5º A terceira fase verifica-se com a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade ou, se for incapaz, também de seu representante legal, e esse Termo conterá advertência expressa sobre a previsão

dos crimes de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e de aborto (art. 124 do Código Penal), caso não tenha sido vítima de violência sexual.

Art. 6º A quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedecerá aos seguintes requisitos:

I - o esclarecimento à mulher deve ser realizado em linguagem acessível, especialmente sobre:

a) os desconfortos e riscos possíveis à sua saúde;

b) os procedimentos que serão adotados quando da realização da intervenção médica;

c) a forma de acompanhamento e assistência, assim como os profissionais responsáveis; e

d) a garantia do sigilo que assegure sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos, exceto quanto aos documentos assinados por ela em caso de requisição judicial;

II - deverá ser assinado ou identificado por impressão datiloscópica, pela gestante ou, se for incapaz, também por seu representante legal; e

III - deverá conter declaração expressa sobre a decisão voluntária e consciente de interromper a gravidez.

Art. 7º Todos os documentos que integram o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, conforme Modelos dos Anexos I, II, III, IV e V desta Portaria, deverão ser assinados pela gestante, ou, se for incapaz, também por seu representante legal, elaborados em duas vias, sendo uma fornecida para a gestante.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 9º Fica revogada a Portaria nº 1145/GM, de 7 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 130, de 8 de julho de 2005, Seção 1, página 31.

SARAIVA FELIPE

14.12 ANEXO L - TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO

Eu, _____
, brasileira, _____ anos, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro que no dia _____, do mês _____ do ano de _____ às _____, no endereço _____ (ou proximidades - indicar ponto de referência) _____, bairro _____, cidade _____, fui vítima de crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias: _____

Em caso de agressor(s) desconhecido(os)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por _____ homem(s) de aproximadamente _____ anos, raça/cor _____ cabelos _____, trajando (calça, camisa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcoolizado, drogado, condutor do veículo/tipo _____ etc.). -

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

Em caso de agressor (a)(s) conhecido (a)(s)

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação opcional) _____, sendo meu/minha _____ (indicar grau de parentesco ou de relacionamento social e afetivo), com _____ anos de idade e que no momento do crime encontrava-se/ ou não (alcoolizado, drogado)

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) _____

É o que tenho/ temos a relatar

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura

TESTEMUNHAS

Profissional de saúde
Nome, identificação e assinatura

Profissional de saúde
Nome, identificação e assinatura

14.13 ANEXO M - PARECER TÉCNICO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO: _____

PARECER TÉCNICO

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultra-sonografia obstétrica e demais documentos anexados ao prontuário hospitalar nº _____ da paciente _____, documento tipo _____ nº _____; manifesta-se pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data: _____

Médico

(assinatura e carimbo)

**14.14 ANEXO N - TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE
INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO**

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO: _____

**TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPÇÃO DA
GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO**

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de _____ do Hospital _____, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada, pela usuária _____, portadora do documento de identificação tipo _____, nº _____, registro hospitalar nº _____ com _____ semanas de gestação. Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data _____

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

Equipe multiprofissional:

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

Carimbo e assinatura

14.15 ANEXO O - TERMO DE RESPONSABILIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por meio deste instrumento, eu _____, portadora do documento de identificação tipo _____ nº _____, ou legalmente representada por _____, portador (a) do documento de identificação tipo _____ nº _____, assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ideológica e de Aborto, previstos nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência sexual do Hospital _____ NÃO correspondam à legítima expressão da verdade.

Local e Data: _____

Nome, identificação e assinatura.

14.16 ANEXO P - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ RESULTANTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____ registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____ documento de identificação tipo

_____ nº _____, em conformidade com o Artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro, estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos posteriores e os profissionais responsáveis

Declaro, que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial .

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do Hospital _____ aos procedimentos necessários.

Local e data: _____

Nome, identificação e assinatura.

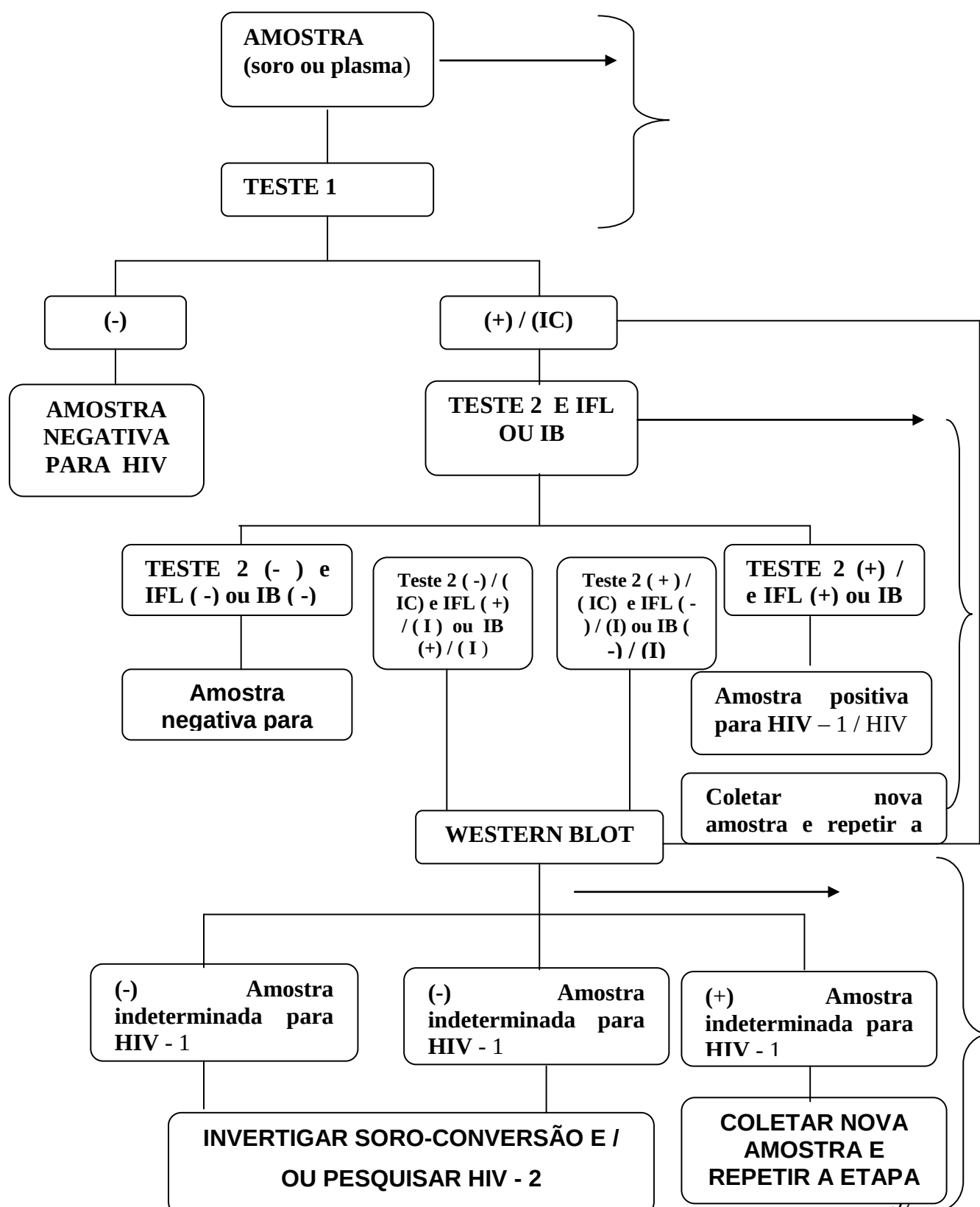
Testemunha

Nome, identificação e assinatura

Testemunha

Nome, identificação e assinatura

**14.17 ANEXO R - FLUXOGRAMA PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS
ANTI HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE DOIS ANOS**



ATENÇÃO: Este documento está em processo de revisão! Setembro de 2015.

15 LISTA DE ESTABELECIMENTOS E ENDEREÇOS PARA ENCAMINHAMENTOS:

Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira - Hospital Regional do Oeste
Rua Florianópolis, nº1448 E,
Bairro: Esplanada
Chapecó – SC
Fone: (49) 33216500

Hospital da Criança “AUGUSTA MULLER BONHER”
Rua Uruguai, 159
Bairro Saic
Chapecó - SC

Delegacia Regional de Chapecó / Delegacia da Mulher Criança, Adolescente e Idoso
R: Uruguai, 39 D
Bairro: Centro
Chapecó - SC
Fone: (49) 33231522

1º Departamento de Polícia de Chapecó
R: Pequim, 79 D
Bairro: Passo dos Fortes
Chapecó - SC
Fone: (49) 33230123

Conselho Tutelar de Chapecó
R: Minas Gerais, 526 E / Esquina com Quintino Bocaiúva
Bairro: Presidente Médice
Chapecó – SC
Fone: 08006441407

Hospital Dia / Aids – Chapecó
R: Eriberto Hulse, 84 D
Bairro: Passo dos Fortes
Chapecó - SC
Fone: (49) 20499036

SMS Águas de Chapecó
Av: Joinville, 447
Bairro: Centro
Águas de Chapecó – SC

SMS Águas Frias
Av: Anita Boraro, s/n
Bairro: Centro
Águas Frias – SC

SMS Caxambu do Sul
R: Cristiano Perosa, 307
Bairro: Centro
Caxambu do Sul – SC

SMS Chapecó
R: Marechal Floriano Peixoto, 145
Bairro : Centro
Chapecó - SC
Fone: (49) 33210090

SMS Cordilheira Alta
Av: Celso Tozzo, s/n
Bairro :Centro
Cordilheira Alta - SC

SMS Coronel Freitas
R: Minas Gerais, 361
Bairro:Centro
Coronel Freitas– SC

SMS Formosa do Sul
R; Antônio Cella, 585
Bairro: Centro
Formosa do Sul – SC

SMS Guatambu
Travessa João B. Dal Piva, s/n
Bairro: Centro
Guatambu – SC

SMS Irati
R: João Beux Sobrinho, s/n
Bairro: Centro
Irati – SC

SMS Jardinópolis
Av: Santo Antônio, s/n
Bairro :Centro
Jardinópolis – SC

SMS Nova Erechim
R: São Pedro, 131
Bairro: Centro
Nova Erechim – SC

SMS Nova Itaberaba
R: Frei Liberato, s/n
Bairro: Centro
Nova Itaberaba – SC

SMS Pinhalzinho
R: Paraná, 183
Bairro: Santo Antônio
Pinhalzinho – SC

SMS Planalto Alegre
R: Julio Chirello, 357
Bairro: Centro
Planalto Alegre – SC

SMS Quilombo
R: Joaçaba, 35
Bairro: Centro
Quilombo – SC

SMS Santiago do Sul
R: Castelo Branco, 209
Bairro: Centro
Santiago do Sul

SMS São Carlos
R: Concórdia, 100
Bairro: Centro
São Carlos – SC

SMS Serra Alta
R: Almirante Barroso, 525
Bairro: Centro
Serra Alta – SC

SMS Sul Brasil
R: Drº José Leal Filho, s/n
Bairro: Centro
Sul Brasil – SC

SMS União do Oeste
R: São Luiz, 771
Bairro: Centro
União do Oeste - SC