

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES

Norma Técnica



Brasília – DF
2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES

Norma Técnica

3ª edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6



BRASÍLIA - DF

2011

□ 1999 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

Tiragem: 3ª edição – 2010 – 149.536 exemplares

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Mulher

SAF, Trecho 2, Lote 5/6, Ed. Premium

Torre II, Sala 17, Térreo, CEP: 70070-600

Tel: 61-3306-8101

E-mail: www.saude.mulher@saude.gov.br

Elaboração da 1ª Edição:

Ana Paula Portella, Aloísio José Bedone,

Eugênio Marcelo Pitta Tavares,

Elycyne Maria de Araújo Leocádio,

Janine Schirmer

Jorge Andalaff Neto.

Elaboração da 2ª Edição:

Antônio Carlos Toledo Junior

Cristiane Rapparini

Jackeline Fabiúla Esteves Ferreira de Souza

Jefferson Drezett Ferreira

Kátia Barreto Souto

Márcia Camargo

Márcia Rachid

Marco Antônio de Ávila Vitória

Norma de Paula Motta Rubini

Paulo Feijó Barroso

Rosana Del Bianco

Stella Maris Bueno

Colaboração da 2ª Edição:

Cristão Fernando Rosas

Eduardo Campos de Oliveira

Helena Brígido

Iolanda Vaz Guimarães

Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira

João Eduardo Pereira

Josué Nazareno de Lima

Juliana Monti Maifrino

Leila Adesse

Luciana Teodoro de Rezende Lara

Mie Okamura

Rivaldo Mendes Albuquerque

Elaboração da 3ª Edição:

Ana Amélia Galas Pedrosa

Ana Sudário Lemos Serra

Avelar de Holanda Barbosa

Carmem Regina Nery e Silva

Cheila Marina de Lima

Cláudia Araújo de Lima

Comissão de Violência Sexual e Aborto

Previsto em Lei da FEBRASGO

Daniela Gontijo

Denis Ribeiro

Denise Serafim

Emília Moreira Jalil

Helena Barroso Bernal

Helena Cristina Alves Vieira Lima

Jefferson Drezett Ferreira

José Henrique Torres

Liliane Brum Ribeiro

Luciana Theodoro Rezende Lara

Marcelo Araújo de Freitas

Marcelo Joaquim Barbosa

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas

Marta Maria Alves da Silva

Mercia Gomes de Oliveira de Carvalho

Naiza Nayla Bandeira de Sá

Osmar Ribeiro Colás

Rachel Baccarini

Ricardo Gadelha de Abreu

Romina do Socorro Marques de Oliveira

Ronaldo Campos Hallal

Rosângela M^a M Ribeiro

Thereza de Lamare Franco Netto

Thiago Rodrigues de Amorim

Valdir Pinto

Colaboração da 3ª Edição:

Ivete Boulos

Cristiane Rapparini Soares

Norma de Paula Motta Rubini

Rosana Del Bianco

Editora MS

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Normalização: Adenilson Félix de Freitas

Revisão: Caroline Milagre Côrtes e Júlio Maria de Oliveira Cerqueira

Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo Rodrigues

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

124 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ; Caderno n. 6)

ISBN 978-85-334-1724-3

1. Aborto Legal. 2. Psicoterapia. 3. Violência sexual. I. Título. II. Série.

CDU 343.6

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0184

Titulos para indexação:

Em inglês: Prevention and Treatment of Damages Resulting from Sexual Violence Against Women and Adolescents: Technical Standard

Em espanhol: Prevención y Tratamiento de Daños Resultantes de La Violencia Sexual contra Mujeres y Adolescentes. Norma Técnica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO	17
INSTALAÇÃO E ÁREA FÍSICA.....	18
RECURSOS HUMANOS	19
EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTAL	19
SENSIBILIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO	20
3 NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO.....	21
TRAUMATISMOS FÍSICOS	23
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	23
4 APOIO PSICOSSOCIAL	29
VALIDAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS.....	29
AUTONOMIA, INDIVIDUALIDADE E DIREITOS	30
VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES...	31
SIGILO E ATENDIMENTO	32
HUMANIZAÇÃO.....	32
AVALIAÇÃO DE RISCOS	33
ENCAMINHAMENTOS.....	34
SUPORTE PARA A EQUIPE DE SAÚDE.....	34
REDE INTEGRADA DE ATENDIMENTO.....	35
ATENÇÃO AO AUTOR DA VIOLÊNCIA SEXUAL	36

5 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	38
MECANISMO DE AÇÃO	38
ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO.....	39
SEGURANÇA E CONTRAINDICAÇÕES	40
EFEITOS SECUNDÁRIOS	41
EFICÁCIA	41
ORIENTAÇÕES PARA A MULHER	42
DISPOSITIVO INTRAUTERINO - DIU	42
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	42
6 DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS	44
INDICAÇÕES E CUIDADOS FUNDAMENTAIS	44
PROFILAXIA PARA MULHERES E ADOLESCENTES	46
INFORMAÇÕES IMPORTANTES.....	46
PROFILAXIAS PARA CRIANÇAS.....	47
ALTERNATIVAS.....	48
7 HEPATITES VIRAIS	49
IMUNOPROFILAXIA CONTRA HEPATITE B.....	50
INFORMAÇÕES IMPORTANTES.....	51
TRANSMISSÃO VERTICAL	52
EFEITOS SECUNDÁRIOS	52
CONDUTA FRENTE À INFECÇÃO	52
8 INFECÇÃO PELO HIV	54
INDICAÇÕES E CUIDADOS FUNDAMENTAIS	55
ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO.....	57

PROFILAXIA PARA MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES.....	58
PROFILAXIA PARA CRIANÇAS	60
ADESÃO AO TRATAMENTO	61
ACONSELHAMENTO À PACIENTE	63
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	63
REAÇÕES ADVERSAS	64
9 ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL	65
10 GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	67
ALTERNATIVAS FRENTE A GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL	68
ASPECTOS LEGAIS	68
11 PROCEDIMENTOS DE JUSTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA INTERRUPÇÃO DE GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI.....	70
CONSENTIMENTO	71
OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA	74
12 PROCEDIMENTOS DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ.....	76
DETERMINAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL	76
CONDIÇÕES PRÉ-EXISTENTES.....	77
MÉTODOS DE INTERRUPÇÃO ATÉ 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL	77
MÉTODOS DE INTERRUPÇÃO APÓS 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL.....	80
GESTAÇÕES COM MAIS DE 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL	81
PREPARAÇÃO DO COLO DE ÚTERO	82
ALÍVIO DA DOR.....	82

INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES.....	83
PROFILAXIA DE INFECÇÃO	83
CUIDADOS DE COLETA E GUARDA DE MATERIAL	84
ISOIMUNIZAÇÃO PELO FATOR RH.....	84
ALTA HOSPITALAR E SEGUIMENTO	85
13 COLETA DE MATERIAL	86
REFERÊNCIAS	88
ANEXOS	95
ANEXO A – FLUXOGRAMA PARA USO DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV PARA O AGRESSOR.....	95
ANEXO B – INTERAÇÃO ENTRE ARV E OUTROS MEDICAMENTOS QUE DETERMINAM MUDANÇA DE DOSES OU CUIDADO QUANDO CO-ADMINISTRADAS – IPS	96
ANEXO C – INTERAÇÃO ENTRE ARV E OUTRAS DROGAS QUE DETERMINAM MUDANÇA DE DOSES OU CUIDADO QUANDO CO-ADMINISTRADAS – ITRNS.....	102
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).....	104
ANEXO E – FLUXOGRAMA PARA O DIAGNÓSTICO RÁPIDO DA INFECÇÃO PELO HIV E SITUAÇÕES ESPECIAIS.	107
ANEXO F – FLUXOGRAMA MÍNIMO PARA O DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 18 MESES.	108
ANEXO G – PROPOSIÇÃO DE FICHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE	109

ANEXO H – RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DO TÉTANO.....	111
ANEXO I – LEI DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	112
ANEXO J – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS.....	114
ANEXO K – PORTARIA GM/MS Nº 1.508, DE 1 DE SETEMBRO DE 2005 E ANEXOS.....	116

APRESENTAÇÃO

A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. Diz-se persistente porque a violência sexual atravessa a história e sobrevive. Por um lado, na dimensão de uma pandemia, atingindo mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico; por outro, na forma de violência simbólica e moral, aterrorizando, em especial, o imaginário das mulheres, tanto produzindo vulnerabilidades quanto promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para a perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal.

O Ministério da Saúde, atento a essa questão e sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, vem assumindo, nos últimos anos, lugar de destaque no enfrentamento à violência, de modo intra e intersetorial, com ações articuladas com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres no âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Reconhece, assim, a violência sexual como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública, pautando-se, para tanto, pelos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário – notadamente, a Conferência de Cairo (1994), a de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará (1994) – e pela legislação nacional vigente - a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código Penal, a Lei Maria da Penha, entre outros.

Na esteira dos 25 anos de Saúde da Mulher no Brasil e de Cairo + 15, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher, lança, sob o enfoque de gênero, a nova edição da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, com a revisão das normas gerais de atendimento e apoio psicossocial e a atualização de importantes procedimentos profiláticos.

Esta nova edição cumpre, assim, um dos principais eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e

adolescentes em situação de violência e configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual. Pretende, dessa forma, auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime.

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual, cuja compreensão remonta a uma trama de raízes profundas, produz consequências traumáticas e indeléveis para quem a sofre. Por atravessar períodos históricos, nações e fronteiras territoriais, e permear as mais diversas culturas, independente de classe social, raça-etnia ou religião, guarda proporções pandêmicas e características universais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) 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”. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará – ONU) considera como violência contra a mulher “todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada”. Essas premissas são partes integrantes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Causas Externas (MS, 2001) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS, 2004).

Para acessar a complexidade desta violência, é preciso desvendar suas estruturas e seus mecanismos a partir da perspectiva de gênero. Nesse sentido, entenda-se gênero como uma construção histórica e sociocultural que atribui papéis rígidos de função e comportamento aos sexos - por exemplo, às mulheres: o feminino e, diretamente ligado a esse, a passividade, a fragilidade, a emoção, a submissão; aos homens: o masculino, a atividade, a força, a racionalidade, a dominação -, como se fossem atributos naturais ou biológicos. A dimensão de gênero torna-se ainda mais importante para entender que a violência sexual não se restringe unicamente às mulheres e aos adolescentes. É, antes, um impulso agressivo fundamentado num modelo que estrutura as relações de gênero enquanto relações de poder, implicando uma usurpação do corpo do outro, e que se configura, em geral, entre homens e mulheres, mas não exclusivamente.

Logo, esta Norma Técnica compreenderá as mulheres como principais destinatárias da violência sexual. Isto sem deixar de considerar que não raro homens, crianças, adultos ou adolescentes, notadamente em situação de cárcere ou internação e, crianças, em especial, em ambiente intrafamiliar/doméstico, sofrem essa violência. Por outro lado, certo é que se encontram mais expostas a esta violência de gênero, crianças e adolescentes do sexo feminino¹. As vulnerabilidades devem ser consideradas também nos casos de pessoas idosas, com deficiência mental ou física, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo e da floresta, lésbicas, gays, bissexuais, mulheres e homens transexuais ou que vivenciam a transexualidade, travestis, transgêneros, bem como pessoas que exercem a prostituição, pessoas em situação de tráfico ou exploração sexual, em território de conflito, situação de cárcere ou internação, em situação de rua, opressão e dependência econômica em geral, entre outros.

A violência sexual não somente é reveladora da desigualdade de gênero, mas também é emblemática desta. Por essa razão, já não se pode compreendê-la de forma individualizada e descontextualizada. Há uma estrutura comum, um arcabouço de status – que cria relações de poder assimétricas e hierarquicamente ordenadas – também conhecido como patriarcado. Este engendra uma verticalização dos gêneros não apenas real, ao atuar como um paradigma da força bruta, mas simbolicamente, nas representações sociais. Ao fazê-lo, provoca uma banalização e uma subordinação em massa que colocou e ainda coloca muitas mulheres em situação de sujeição e subserviência. A ordem patriarcal é de tal sorte violenta, que inverte responsabilizações e desloca, na maioria das vezes, sensações de culpa e medo para as próprias mulheres, fazendo com que se sintam humilhadas, envergonhadas e desonradas às vistas da sociedade e, muitas vezes, diante da própria família, multiplicando o trauma sofrido. Produz-se, assim, um dos lados mais perversos da violência de gênero, pois é justamente essa “mácula”² que provoca o silenciamento e a dificuldade de

¹ A Pesquisa “Caracterização das vítimas de violências doméstica, sexual e outras violências interpessoais notificados no VIVA, Brasil, Ministério da Saúde, 2006-2007”, de Aglaêr Alves da Nóbrega, mostra que 59% das crianças vítimas de violência sexual eram mulheres, em contraste com 40% do sexo masculino.

² Na verdade, a própria noção de mácula é patriarcal e sua atribuição exclusiva às mulheres (que serão imaculadas ou maculadas, santas ou prostitutas). Para o homem, não existe tal sentido. O papel da linguagem na construção do gênero não deve ser ignorado, pois continua a enraizar e perpetuar valores e sentidos sociais discursivos. Nesse sentido, ilustrativo é “o filho do pai”, cuja conotação é religiosa, em contraponto a “o filho da mãe”, de cunho depreciativo.

exporem a situação aos(as) profissionais de saúde. É de suma importância a compreensão – em especial, pelos(as) profissionais de saúde - de que as agressões ou os abusos sexuais geralmente vêm acompanhados por chantagens e ameaças que atemorizam, humilham, intimidam quem os sofre ou sofreu.

Não é mera casualidade que 70% das três bilhões de pessoas vivendo em extrema pobreza no mundo sejam mulheres – o que se tem chamado de processo de feminização da pobreza ou que a cada 15 segundos uma mulher seja espancada no Brasil³; ou que uma a cada três mulheres no mundo tenham sido espancadas ou violentadas sexualmente⁴; ou que de 500 mil a dois milhões de pessoas, em sua grande maioria mulheres, sejam traficadas por ano, gerando um lucro de US\$ 7 a 12 bilhões – em outras palavras, a “venda” de mulheres é um dos “negócios” mais rentáveis do mundo, explicitando a objetualização e comercialização das mulheres; dentre outros. O Relatório de Saúde e Violência da OMS (2002) também reconhece que as noções de honra masculina e castidade feminina colocam as mulheres em situações de risco (p.94).

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Embora estatísticas ainda sejam parcas no tocante à extensão da violência sexual, sabe-se que são frequentes os abusos sexuais intrafamiliares - como o incesto e o estupro, em especial, e o sexo forçado perpetrado por parceiros íntimos (OMS, 2002; SCHRAIBER, 2007). Pesquisas e relatórios de organizações internacionais apontam que uma a cada quatro mulheres no mundo é vítima de violência de gênero e perde um ano de vida potencialmente saudável a cada cinco. No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas a violência doméstica - forma mais recorrente da violência de gênero na esfera privada - sendo que 70% desses crimes contra mulheres ocorrem dentro de casa e são praticadas pelo próprio companheiro ou marido. As violências resultam em lesões corporais graves, tais como chutes, socos, queimaduras, estupros, espancamentos e estrangulamentos e chegam a 40% dos casos. Os dados apontam, ainda, que

³ Pesquisa do Instituto Patrícia Galvão (2006)

⁴ General Assembly. In-Depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary General, 2006. A/61/122/Add.1. 6 July 2006.

o companheiro é responsável por 56% dos espancamentos e 70% pela destruição dos bens da casa (REDESAÚDE, 2001).

A violência sexual repercute na saúde física - desde o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas, o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático -, e na saúde mental da pessoa - quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. É preciso entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia, é já um agravamento resultante dessa violência. Por outro lado, o impacto da violência sobrecarrega o sistema de saúde tanto em termos de recursos econômicos e humanos, quanto em custos sociais, como em decorrência de produtividade perdida para a sociedade em geral. Segundo estimativas, o Brasil perde 11% de seu Produto Interno Bruto (PIB) em razão da violência, e o Sistema Único de Saúde gasta anualmente entre 8% e 11% do Teto Bruto com as diversas formas de atenção à violência e aos acidentes.

A luta histórica e constante dos movimentos de mulheres e segmentos diversos da sociedade civil, ao denunciar a arbitrariedade dos padrões de relacionamentos baseados em modelos masculinos, repercutiu na consolidação de instrumentos jurídicos e sociais de proteção à mulher em situação de violência. Em âmbito internacional, o Brasil é signatário da CEDAW (Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres), da Convenção de Belém do Pará, da Conferência de Beijing e de Cairo, dentre outras. Há, ainda, em âmbito nacional, marcos políticos de suma importância, como a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), a Lei de Notificação Compulsória no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidos em serviços de saúde públicos ou privados (Lei nº 10.778/2003, art. 13 da Lei nº 8.069/1990, art. 19 da Lei nº 10.741/2003), a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), entre outros.

A intervenção dos serviços de saúde tem papel de destaque na vida das pessoas, principalmente mulheres em situação de violência, e na garantia de seus direitos humanos, haja vista que a maioria tem contato com o sistema de saúde, em algum momento, mesmo que por razão distin-

ta da agressão. Esta ocasião é fundamental para a identificação da violência sexual e exige atenção máxima por parte dos(as) profissionais de saúde.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual é baseada na organização dos serviços de saúde e nos níveis de complexidade e especialidade da atenção para a prevenção e o tratamento de agravos. Nesse contexto, a nova edição desta Norma Técnica vem atender tanto aos anseios dos(as) profissionais de saúde como da sociedade em geral pela revisão de condutas e indicações, em consonância com a legislação, as políticas atuais e os avanços técnico-científicos. Amparado nos princípios do SUS, e sob enfoque de gênero, visa garantir o atendimento a pessoas que sofreram violência sexual – independente de sexo, idade, orientação sexual ou identidade de gênero – e representa parte das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos à saúde decorrentes desta sorte de violência. Nesse sentido, a abordagem interdisciplinar, a integração de ações sobre violência de gênero em diferentes atuações na unidade de saúde, o fortalecimento das fontes informais de apoio entre outros, são fundamentais.

Contudo, para enfrentar a violência sexual, e de gênero como um todo, não basta normatizar procedimentos. Imprescindível é falar sobre o tema, procurando afinar conhecimentos com marcos políticos nacionais e internacionais vigentes e com as estratégias e as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres adotadas pelo país. Em outras palavras, o processo de acolhimento e orientação profissional tem de ser livre de julgamentos ou valores morais. Desse modo, relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas também por parte dos profissionais é essencial para a condução de uma saúde pública genuinamente integral, universal e igualitária.

2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

No contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher em situação de violência sexual, em qualquer idade, deve ser organizada mediante conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas sustentáveis e tecnologia apropriada. O acesso universal à saúde e o respeito às singularidades, sem qualquer tipo de discriminação, são direitos constitucionais. Cabe aos profissionais da saúde ajudar na garantia desses direitos, uma vez que são pessoas que operacionalizam e dão sentido e qualidade às políticas de saúde. As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis para toda população, do município ou da região, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, reabilitação e tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher.

É fundamental que existam mecanismos bem definidos de detecção dos tipos de violência, os procedimentos médicos viáveis e regulamentados por lei e encaminhamento das mulheres atingidas pela violência sexual. A eficiência desses mecanismos colabora para que os cuidados de saúde sejam prestados o mais imediato possível, dentro das demandas de cada mulher. Para tanto, é preciso que os serviços de saúde, as autoridades policiais, os setores de emergência, as escolas e a sociedade civil organizada tenham conhecimento sobre quais serviços de saúde realizam esse tipo de atendimento. Por sua vez, a assistência nos serviços de saúde requer a observância de determinadas condições e providências para garantir as diferentes etapas do atendimento. No entanto, não há obrigatoriedade da organização de um serviço específico para esse fim e a assistência pode ser incluída e integrada às demais ações habituais dos serviços.

Destaca-se também a importância da notificação de qualquer suspeita ou confirmação de violência pelos profissionais de saúde que integram a rede de atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência. A notificação tem um papel estratégico no desencadeamento de ações de prevenção e proteção, além de ser fundamental nas ações de vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências. Ela é um dos mecanismos definidos pelas políticas públicas

específicas e está garantida na legislação brasileira, sendo um instrumento de garantia de direitos e de proteção social. A notificação deve ser um dos passos da atenção integral a ser destinada às mulheres e aos adolescentes em situação de violência.

As unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos devem estar capacitadas para o atendimento a esses casos. O limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos e situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contrarreferência. A elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidades de saúde estejam preparadas para atuar nos casos de emergência. O atendimento imediato aos casos de violência sexual recente permite oferecer medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência e as profilaxias das DSTs, hepatite B e HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher. Por outro lado, a atenção ao abortamento previsto por lei necessita de maiores recursos, o que reserva esta etapa do atendimento para unidades de saúde específicas. Compete aos gestores municipais e estaduais implantar, implementar e garantir sustentabilidade e o maior número possível de serviços de referência. Cabe, também, aos gestores e diretores dos serviços de saúde a implantação de mecanismos de avaliação permanente das ações desenvolvidas.

INSTALAÇÃO E ÁREA FÍSICA

Para o atendimento de mulheres que sofreram violência sexual deve ser definido um local específico, preferentemente fora do espaço físico do pronto-socorro ou da triagem, no sentido de garantir a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e os exames. Essa medida é fundamental no processo de acolhimento, estabelecendo um ambiente de confiança, respeito e compreensão da complexidade do fenômeno. Por outro lado, deve-se coibir qualquer situação que provoque ou produza o 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 realizados em local cirúrgico adequado.

RECURSOS HUMANOS

O ideal é que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos nas unidades de saúde.

É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico(a) – não inviabiliza o atendimento. Ainda que cada um (a) desses (as) profissionais cumpra papel específico no atendimento às mulheres e aos adolescentes, todos (as) devem estar sensibilizados para as questões de violências de gênero. A capacitação nessa área requer a disponibilidade do (a) profissional em perceber essa problemática como um fenômeno social capaz de produzir sérios agravos à saúde das mulheres e dos adolescentes. Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem acrescer à equipe interdisciplinar especialistas em pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades.

EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTAL

A unidade de saúde deve dispor de equipamentos e materiais permanentes, em condições adequadas de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento. É importante que a unidade esteja equipada de tal modo a contar com autonomia e resolutividade. Os materiais e equipamentos necessários para o atendimento são os mesmos que compõem a estrutura de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia. Equipamentos adicionais podem ser incluídos, sempre que possível, como o colposcópio, aparelho de ultrassonografia e equipamento fotográfico para registro de eventuais lesões físicas. Os serviços de referência para o abortamento previsto por lei devem contar, além dos equipamentos próprios de um centro cirúrgico, com material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e cure-

tagem, além de equipamentos próprios de um centro cirúrgico. Também devem ter disponibilidade de misoprostol, para o abortamento medicamentoso ou para o preparo do colo de útero.

Os dados obtidos durante a entrevista, no exame físico e ginecológico, resultados de exames complementares e relatórios de procedimentos devem ser cuidadosamente registrados em prontuário de cada mulher. Recomenda-se a utilização de fichas específicas de atendimento, conforme anexo G. O cuidado com o prontuário é de extrema importância, tanto para a qualidade da atenção em saúde quanto para eventuais solicitações da Justiça.

SENSIBILIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO

O atendimento aos casos de violência sexual requer a sensibilização de todos os colaboradores do serviço de saúde. Propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre a questão da violência de gênero, particularmente a sexual, sobre as dificuldades que as crianças, os adolescentes e as mulheres enfrentam para denunciar esse tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de corresponsável na garantia desses direitos. As equipes envolvidas diretamente na assistência devem receber capacitação para o atendimento de emergência e estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxias das DST/HIV e hepatites) e outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado, respeitando-se seus direitos e atendendo suas necessidades, incluindo-se a decisão de interrupção da gravidez. Os(as) médicos(as) devem ser capacitados para utilizar as diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação.

3 NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO

As unidades de saúde e os hospitais de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável por cada etapa da atenção. Isso deve incluir a entrevista, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, os exames complementares e o acompanhamento psicológico. Os fluxos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar.

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção. Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais. Isso pressupõe receber e escutar as mulheres e os adolescentes, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.

As mulheres em situação de violência sexual devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento. Deve-se oferecer atendimento psicológico e medidas de fortalecimento a mulher e adolescente, ajudando-as a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida.

Contribuir para a reestruturação emocional e social da mulher é um componente importante que deve ser observado por todos os membros da equipe de saúde, em todas as fases do atendimento. O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário. Todos os profissionais de saúde têm responsabilidade na atenção às pessoas que se encontram nessa situação.

É necessário que o serviço de saúde realize exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do provável autor(a) da

agressão, e que seja preenchida a “Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”. A primeira entrevista da mulher deve atentar para o registro de alguns dados específicos, conforme o quadro 1.

Quadro 1 - Registro de Encaminhamento.

HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA

Registrar em prontuário:

- 1) local, dia e hora aproximada da violência sexual.
- 2) tipo(s) de violência sexual sofrido(s).
- 3) forma(s) de constrangimento utilizada(s).
- 4) tipificação e número de autores da violência.
- 5) órgão que realizou o encaminhamento

PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS

Verificar eventuais medidas prévias:

- 1) atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas realizadas.
- 2) realização do Boletim de Ocorrência Policial.
- 3) realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.
- 4) comunicação ao Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes).
- 5) outras medidas legais cabíveis.

ACESSO À REDE DE ATENÇÃO

Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se a questão de abrigos de proteção.

Em casos de gravidez, suspeita ou confirmada, deve-se considerar a demanda da mulher ou da adolescente, identificando se manifesta desejo ou não de interromper a gravidez. Cabe aos profissionais de saúde fornecer as informações necessárias sobre os direitos da mulher e da adolescente e apresentar as alternativas à interrupção da gravidez, como a assistência pré-natal e entrega da criança para adoção.

TRAUMATISMOS FÍSICOS

Poucas mulheres em situação de violência sexual sofrem traumas físicos severos. Contudo, na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam as necessidades da mulher, da criança ou da adolescente, o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades médicas.

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os mais frequentes. Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com assepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas. Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Na ocorrência de traumatismos físicos, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o *status* vacinal da mulher (Anexo H).

Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos em prontuário médico. Se possível, os traumatismos físicos devem ser fotografados e também anexados ao prontuário. Na indisponibilidade desse recurso, representações esquemáticas ou desenhos podem ser utilizados e igualmente incluídos no prontuário.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A atenção à violência contra a mulher e o adolescente é condição que requer abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, com importante interface com questões de direitos humanos, questões policiais, de segurança pública e de justiça. Algumas informações são fundamentais para os(as) profissionais de saúde que atendam pessoas em situação de violência sexual:

A Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, – também conhecida como Lei Maria da Penha – cria mecanismos para coibir a violência

doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo mudanças na tipificação dos crimes e nos procedimentos policiais e jurídicos. De acordo com o seu art. 9º, caput, “a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso”. Já o § 3º do art. 9º prevê que a assistência compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de anticoncepção de emergência, a profilaxia das DSTs/Aids e outros procedimentos em saúde necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

A Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004 e normatizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 2.406 de 5 de novembro de 2004, que implantou a notificação compulsória de violência contra a mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em relação à notificação compulsória de violências contra crianças e adolescentes isso está definido pela Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que foi regulamentado pelo MS através da Portaria MS nº 1.968/2001. Salienta-se que nas situações de violências contra adolescentes e crianças, uma cópia da ficha de notificação deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente conforme preconiza o ECA.

Sobre a notificação de violências contra adolescentes e mulheres em situação de violências (Anexo H).

Em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), objetivando conhecer a

magnitude e a gravidade das causas externas e implementar ações de prevenção de violências e de promoção da cultura de paz e, consequentemente de diminuir o impacto das violências e dos acidentes no perfil de morbimortalidade da população.

A notificação das violências tem como instrumento de coleta a “Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências” (Anexo nº11), composta por um conjunto de variáveis e categorias que retratam, minimamente, o perfil das violências perpetradas contra as mulheres e os adolescentes, a caracterização das pessoas que sofreram violências e dos(as) prováveis autores(as) de agressão. Os dados coletados por meio desta ficha são processados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Essa ficha deve ser utilizada para a notificação compulsória de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres, independente de faixa etária, de acordo com a Lei 10.778/2003, o Decreto-Lei nº 5.099/2004 e a Portaria MS/GM nº 2.406/2004. Quando se tratar de notificação de violências contra crianças e adolescentes uma via da ficha deve ser encaminhada para o Conselho Tutelar.

Através da notificação de violências e do sistema VIVA é possível revelar a violência doméstica e sexual. Esse sistema também permite uma análise mais aprofundada das violências cometidas contra mulheres e adolescentes e o monitoramento do perfil epidemiológico das violências. A partir dessas informações, pretende-se a construção e a implementação de intervenções frente a esse problema e a elaboração de políticas públicas intersetoriais de atenção e proteção às pessoas vivendo em situações de violências.

Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou a confirmação de abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude. Na falta destes, comunicar à Vara de Justiça existente no local ou à Delegacia, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme o artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Esta medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes. Segundo o artigo 2º do ECA, considera-se criança a pessoa menor de 12 anos, e adolescente aquela com idade maior que 12 e menor de 18 anos. O caso deve ser notificado também na Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências, em fase de implementação nos serviços de saúde.

Não há impedimento legal ou ético para que o(a) médico(a), ou outro/a profissional de saúde preste a assistência que entender necessária, incluindo-se o exame ginecológico e a prescrição de medidas de profilaxia, tratamento e reabilitação. A gravidade da circunstância e os riscos que a violência sexual impõe para a mulher exigem o rigoroso cumprimento da atenção em saúde. A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão. Nesse caso, segundo o artigo 13, § 2º do Código Penal Brasileiro, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer. No atendimento imediato após a violência sexual também não cabe a alegação do(a) profissional de saúde de objeção de consciência, na medida que a mulher pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional.

Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial, prestar depoimento, ou submeter-se a exame pelos peritos do IML. Se, por alguma razão, não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos podem fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico. Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário.

O Boletim de Ocorrência Policial registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do Instituto Médico Legal (IML) é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal.

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo, de ética e segredo profissional. A

Constituição Federal, artigo 5º, garante que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação”. O artigo 154 do Código Penal Brasileiro caracteriza como crime “revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”. Da mesma forma, o Código de Ética Médica, artigo 103, estabelece que “é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente”.

O atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual também se submete aos mesmos fundamentos éticos e legais. A assistência à saúde da menor de 18 anos deve observar ao princípio de sua proteção. Se a revelação dos fatos for feita para preservá-la de danos, está afastado o crime de revelação de segredo profissional. Entretanto, a revelação do ocorrido também pode lhe acarretar danos, em algumas circunstâncias. Entre outros prejuízos ainda mais graves, ela pode afastar-se do serviço e perder a confiança nos profissionais que a assistem. Nesse caso, a decisão do profissional de saúde deve estar justificada no prontuário da criança ou da adolescente. A negociação da quebra de sigilo com as adolescentes poderá evitar os prejuízos; além de ser um direito garantido pelo ECA no Art. 16, item II, como o direito à liberdade de opinião e expressão, e no Art. 17, no que diz respeito à autonomia. Entretanto, salienta-se que frente a qualquer suspeita ou confirmação de violência contra criança e adolescente, independente do tipo ou natureza da violência cometida, a notificação é obrigatória e o profissional de saúde que não o fizer estará cometendo negligência no atendimento, estando sujeito às medidas legais e administrativas.

A Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 alterou a antiga definição de estupro, passando a designá-lo como: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos”. Essa é a nova descrição legal do estupro. Portanto, atualmente, a mulher e o homem podem ser vítimas de estupro, quando constrangidos, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica) a praticar conjunção carnal (penetração do pênis na vagina) ou qualquer outro ato libidinoso

(exemplo: penetração anal ou oral). Atualmente os “crimes contra a liberdade sexual” são os seguintes: estupro (art. 213); violação sexual mediante fraude (art. 215); e assédio sexual (art. 216-A). Mas não é só. A nova lei criou também um capítulo com a seguinte denominação: “Dos crimes contra vulnerável”. Nesse capítulo (Capítulo II, do Título VI), estão previstas as seguintes figuras penais: “estupro de vulnerável” (art. 217-A), que consiste em “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”; “induzimento de menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem” (art. 218)5; “satisfação de lascívia mediante a presença de criança ou adolescente” (art. 218-A)6; e “favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual de vulnerável” (art. 218-B)7. Portanto, todos os crimes previstos nesse Título VI podem ser considerados, de uma forma ampla, como “violência sexual”. Assim, não é necessário que ocorra um constrangimento mediante violência física para que se caracterize uma “violência sexual”, que também abrange a “grave ameaça” e quaisquer outras formas de constrangimento contra a expressão da sexualidade, como a fraude, prevista na “violação sexual mediante fraude” (art. 215). É importante deixar consignado que o antigo Título VI, que se referia aos “crimes contra os costumes”, agora tem um novo nome, bem mais adequado: “Dos crimes contra a dignidade sexual”. O Código Penal, agora, seguindo a atual orientação constitucional e os ditames dos princípios gizados pelos direitos humanos sexuais e reprodutivos, considera a sexualidade como uma expressão da dignidade das pessoas.

Segundo a lei trabalhista, nos casos em que a violência sexual ocorra durante o percurso do trabalho a mulher deve ser orientada sobre a importância de realizar a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), havendo ou não a necessidade de afastamento do trabalho. O cadastramento do CAT garante direitos para a mulher trabalhadora em situação de violência sexual que assegura, entre outros, que ela possa receber atenção necessária à sua saúde.

⁵ Código Penal, art. 218: “Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem: pena – reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos”

⁶ Código Penal, art. 218-A: “Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem: pena – reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos”

⁷ Código Penal, art. 218-B: “Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual, alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone: pena – reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos”

4 APOIO PSICOSSOCIAL

A violência de gênero, dentre elas a violência sexual contra mulheres e adolescentes, resulta em grande impacto na vida produtiva e na saúde física e psíquica das que a sofreram, assim como na de seus filhos e demais membros da família. Setores, como a polícia, o judiciário, os serviços de apoio social, além dos da saúde, devem trabalhar juntos para enfrentar o problema da violência de gênero.

As mulheres e adolescentes agredidas vivenciam situações de medo, pânico, baixa autoestima, perda da autonomia e, muitas vezes, fragilidade emocional, que abrem margem para quadros clínicos como depressão, síndrome do pânico, entre outros.

Os programas de atuação e os serviços devem ser integrados, possibilitando que os recursos necessários estejam disponíveis, facilitando o acesso das mulheres e das adolescentes à rede de apoio e proteção. A abordagem deve dar ênfase à capacitação da família e dos grupos comunitários para lidarem com o problema da violência não apenas como um episódio isolado, mas como uma situação que se prolonga, por suas características culturais, sociais e pelas histórias familiares recorrentes. Dessa forma, os aspectos preventivos e a proteção social podem identificar precocemente os riscos e atuar mitigando consequências.

Nos casos de violência sexual praticada por parceiros íntimos, familiares ou pessoas próximas, é importante considerar que as vítimas poderão estar mais vulneráveis, seja pelo envolvimento emocional, dependência econômica, facilidade de acesso do autor da violência em relação à vítima ou medo. É importante considerar que os casos de violência sexual estão presentes na maior parte dos casos de violência física e que estes costumam acontecer de forma sistemática e não isolada. Por isso, as recomendações a seguir dizem respeito a todo o contexto da violência, e não apenas aos casos de violência sexual.

VALIDAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS

A equipe de saúde deve apoiar pessoas e famílias no reconhecimento do problema da violência, propiciando espaços de escuta nas uni-

dades de saúde, nas escolas ou na comunidade, com o objetivo de identificar situações de risco e traçar medidas preventivas e de promoção de relações respeitadas e igualitárias. Para isso é importante garantir o acolhimento das pessoas envolvidas, o que significa compreender e acreditar no depoimento da pessoa em situação de violência (que depois será confirmado ou não), contextualizando os aspectos sócio-culturais, históricos e econômicos. É importante não culpabilizar a pessoa e não acelerar ou influenciar nas suas decisões, mantendo uma atitude isenta de julgamentos e respeitando suas crenças e sistemas de valores morais.

No primeiro momento, o acolhimento refere-se à pessoa que chega ao serviço. Num segundo momento, se possível, deve ser estendido a toda a rede familiar. O acolhimento deve ser um princípio a ser seguido por todos e estar presente nos sucessivos caminhos da rede de instituições que recebe a vítima e a família, de modo que estes se organizem, se sintam protegidos, seguros e, assim, deem andamento ao atendimento. Dessa forma, é preciso sensibilizar e capacitar todos os profissionais, mesmo os que não atuam diretamente com a pessoa agredida, quanto à importância do sigilo, acolhimento e encaminhamento adequados.

No caso da violência contra a mulher por parceiro íntimo, o(a) profissional deve ajudar a vítima a estabelecer um vínculo de confiança individual e institucional para avaliar o histórico da violência, os riscos, a motivação para romper a relação, os limites e as possibilidades pessoais, bem como seus recursos sociais e familiares.

AUTONOMIA, INDIVIDUALIDADE E DIREITOS

É fundamental respeitar a autonomia, a individualidade e os direitos das pessoas em situação de violência sexual. Deve-se resguardar sua identidade e sua integridade moral e psicológica, tanto no espaço da instituição quanto no espaço público (por exemplo: junto à mídia, à comunidade, etc). Da mesma forma, deve-se respeitar a vontade expressa da vítima em não compartilhar sua história com familiares e/ou outras pessoas. No caso de crianças e adolescentes a lei é clara: cabe ao profissional de saúde notificar o Conselho Tutelar casos suspeitos ou confirmados (artigo 13º ECA).

No caso de violência cometida por parceiro íntimo, a mulher pode estar assustada, traumatizada, e emocionalmente ferida. Seus limites precisam ser respeitados. É preciso reconhecer que cada pessoa tem seu tempo próprio de amadurecimento para romper a situação de violência e que esse tempo precisa ser respeitado. A pressa do(a) profissional para alcançar resultados imediatos pode intimidar a mulher ou paralisá-la.

VIOLÊNCIA SEXUAL EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES

Os cuidados clínicos no atendimento às mulheres e adolescentes homossexuais que sofreram violência sexual deve ser o mesmo dedicado àquelas que fazem sexo com homens. Os profissionais da saúde devem reconhecer que, em muitos casos, a violência a que essas mulheres e adolescentes estão sujeitas pode ser tão ou mais cruel e grave em função do preconceito que envolve sua orientação sexual. Muitas adolescentes são vítimas de violência na própria família que usa de tais métodos para tentar ‘corrigir’ sua sexualidade.

Sabe-se que a discriminação e preconceito por orientação sexual e por identidade de gênero determinam formas de adoecimentos e sofrimentos. Assim, é importante que os profissionais de saúde estejam aptos a acolher essa população sem discriminação, lembrando que os serviços devem seguir o preceito da acessibilidade, universalidade e integralidade da Atenção, não permitindo que se coloque qualquer pessoa em situação de violência institucional. A igualdade de direitos à saúde é preconizada na Constituição Federal de 1988, o que a torna um direito social.

O seguimento do atendimento clínico, psicológico e laboratorial das mulheres que fazem sexo com mulheres e foram vítimas de violência deve ser feito considerando que, manter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo não é um problema de saúde e que a violência sexual pode agravar os sentimentos de exclusão, humilhação e isolamento que muitas vezes permeia a vida das mulheres e adolescentes por sua orientação sexual.

SIGILO E ATENDIMENTO

O atendimento na rede de saúde, por vezes, pode ser a primeira oportunidade de revelação de uma situação de violência. A possibilidade de diagnosticar a situação deve ser valorizada pelo profissional, fazendo as perguntas adequadas e investigando hipóteses diagnósticas. O compromisso de confiança é fundamental para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação como à continuidade do atendimento. O sigilo no atendimento é garantido, principalmente, pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, anotações, e a adequação da comunicação entre a equipe (ver capítulo 3).

É importante considerar que questões específicas de comportamento, tal como - "alguma vez você foi forçada a ter relações sexuais contra a sua vontade?" - possui maior índice de resposta positiva, do que questões vagas, possibilitando melhor diagnóstico e evitando generalizações que podem constranger a entrevistada. É necessário garantir um espaço determinado, que ofereça privacidade para a entrevista, de preferência sem a presença de pessoas que possam inibir o relato. A equipe deve estar alerta no sentido de evitar o vazamento de informações, a fim de não criar estigmas sobre o atendimento.

HUMANIZAÇÃO

Para evitar que a usuária tenha de ir repetidas vezes ao serviço de saúde, deve-se criar um fluxograma de modo a dar agilidade e resolução à sistemática de atendimento. Da mesma forma, para evitar que a usuária tenha de repetir sua história para os diferentes profissionais da equipe, a equipe deve propor formas de registro unificado que reúna as observações específicas de todos os profissionais envolvidos.

Sob a perspectiva mais global, é preciso também fortalecer a rede de proteção contra a violência por meio de ações intersetoriais, evitando que as pessoas em situação de violência fiquem expostas durante o processo de atendimento nas diferentes instituições. A humanização implica numa relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto. Ela remete à

consideração de seus sentimentos, desejos, ideias e concepções, valorizando a percepção pela própria usuária da situação que está vivenciando, consequências e possibilidades.

AVALIAÇÃO DE RISCOS

A avaliação dos riscos deverá ser feita junto com a usuária. É preciso identificar as situações de maior vulnerabilidade a fim de elaborar estratégias preventivas de atuação. Nos casos de famílias em situação de violência, deve-se observar a história da pessoa agredida, o histórico de violência na família e a descrição dos atos de violência. A equipe de saúde deve avaliar os riscos de repetição ou agravamento, visando a prevenção de novos episódios. Quando se tratar de criança, adolescente ou pessoa em condição de dependência em relação ao autor da agressão é importante avaliar a necessidade de estabelecer mecanismos de intervenção que atenuem a dependência e a vulnerabilidade.

É sempre importante valorizar o apoio da família, dos amigos e dos vizinhos, a fim de propiciar segurança e solidariedade, favorecendo os mecanismos de enfrentamento da situação. No caso específico de violência sexual, é necessário alertar a pessoa quanto a medidas de proteção individual, formas de defesa e, sobretudo, orientar condutas que evitem maior dano. Se a violência contra a mulher é perpetrada por parceiro íntimo, é preciso avaliar a necessidade de acompanhamento e proteção, no sentido de garantir socorro e abrigo a ela e aos filhos, quando necessário (por exemplo, casa abrigo), principalmente a partir do momento em que ela decida denunciar o companheiro ou romper a relação.

Nos casos de abuso incestuoso, deve-se procurar conhecer a estrutura e o funcionamento da família, de modo a obter informações sobre o agressor e avaliar a situação de risco da criança ou do adolescente, em especial se a família tem condições de dar apoio emocional. Deve-se também, quando necessário, entrar em contato com a escola, no caso de crianças e adolescentes, para evitar a estigmatização. No caso de adulto, deve-se trabalhar com a família para que a mulher não seja socialmente marginalizada.

ENCAMINHAMENTOS

No atendimento às pessoas em situação de violência é importante que alguns procedimentos sejam contemplados de forma a garantir que as intervenções se deem considerando o norte psicossocial da assistência. Um sistema eficaz de referência e contra-referência deve abranger os serviços de complexidade necessários, integrando-os através de informações sobre as necessidades e demandas do caso. Face ao tipo de violência registrado, é importante garantir cuidado e diagnóstico clínico ao lado de outros encaminhamentos, de natureza psicológica, jurídica e social.

Deve-se oferecer acompanhamento terapêutico ao casal ou à família, nos casos de violência perpetrada por parceiro íntimo, quando houver desejo das pessoas envolvidas de preservar os vínculos familiares, bem como o encaminhamento para atendimento psicológico individual. É igualmente importante apoiar a mulher que deseja fazer o registro policial da agressão e informá-la sobre o significado do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, ressaltando a importância de tornar visível a situação de violência. Deve-se sugerir encaminhamento aos órgãos competentes, Delegacia de Polícia ou Delegacia de Proteção à Mulher, responsáveis pela requisição de perícia pelo Instituto Médico Legal. Nesses casos, deve-se orientá-la quanto ao direito e à importância de guardar cópia do Boletim de Ocorrência. Se existe motivação da mulher para dar andamento ao processo de separação, encaminhá-la aos serviços jurídicos: Defensoria Pública, Fórum local ou organizações não governamentais de apoio jurídico.

Em cada caso, além do fluxo assistencial estabelecido, deve-se traçar um plano terapêutico individual de acordo com as necessidades de cada situação. No caso de gravidez decorrente de situação de violência sexual, a mulher deve receber assistência psicossocial adequada, seja na opção por interromper ou prosseguir com a gestação.

SUORTE PARA A EQUIPE DE SAÚDE

A equipe de saúde deve estar sensibilizada e capacitada para assistir à pessoa em situação de violência. Dessa forma, há que se promover, sistematicamente, oficinas, grupos de discussão, cursos, ou outras ativida-

des de capacitação e atualização dos profissionais. Isso é importante para ampliar conhecimentos, trocar experiências e percepções, discutir preconceitos, explorar os sentimentos de cada um em relação a temas com os quais lidam diariamente em serviço, a exemplo de violência sexual e do aborto, buscando compreender e melhor enfrentar possíveis dificuldades pessoais ou coletivas. Isso porque, ao lidar com situações de violência, cada profissional experimenta sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e trabalhados em função da qualidade do atendimento e do bem-estar do(a) profissional envolvido(a). É importante também desenvolver uma sistemática de autoavaliação da equipe, sem deixar de considerar o limite da atuação de cada profissional.

REDE INTEGRADA DE ATENDIMENTO

O setor de saúde, por ser um dos espaços privilegiados para identificação das mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, tem papel fundamental na definição e articulação dos serviços e organizações que, direta ou indiretamente, atendem situações de violência sexual. Os gestores municipais e estaduais têm papel decisivo na organização de redes integradas de atendimento, na capacitação de recursos humanos, na provisão de insumos e na divulgação dessa rede para o público em geral. É necessário que todos os serviços de orientação ou atendimento tenham pelo menos uma listagem com endereços e telefones das instituições componentes da rede. Essa lista deve ser do conhecimento de todos os colaboradores dos serviços, permitindo que as mulheres tenham acesso a ela sempre que necessário e que possam conhecê-la independentemente de situações emergenciais.

É fundamental destacar que a intervenção nos casos de violência é multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. A equipe de saúde deve buscar identificar as organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher e da Criança e do Adolescente, do Conselho Tutelar, do Conselho de Direitos de Crianças e Adolescentes, Crass, Creas, do Instituto Médico Legal, do Ministério Público, das instituições como casas-abrigo, dos grupos de mulheres, das creches, entre outros. O fluxo e os problemas de acesso

e de manejo dos casos em cada nível desta rede devem ser debatidos e planejados periodicamente, visando à criação de uma cultura que inclua a construção de instrumentos de avaliação. É imprescindível a sensibilização de gestores e gerentes de saúde, no sentido de propiciar condições para que os profissionais de saúde possam oferecer atenção integral às vítimas e a suas famílias como também aos autores das agressões.

Isso envolve uma atuação voltada para o estabelecimento de vínculos formalizados entre os diversos setores que devem compor a rede integrada de atenção a vítimas de violência; para a promoção de atividades de sensibilização e capacitação de pessoas para humanização da assistência e ampliação da rede de atendimento; e, para a busca de recursos que garantam a supervisão clínica e o apoio às equipes que atendem pessoas em situação de violência.

ATENÇÃO AO AUTOR DA VIOLÊNCIA SEXUAL

A responsabilização do autor da violência sexual, dentro dos limites estabelecidos pela lei, é muito importante para a mulher e para a sociedade, nos mais diferentes aspectos. No entanto, apenas a privação da liberdade, mesmo aplicada com o rigor estabelecido para os crimes hediondos, se mostra insuficiente para que o autor da violência abandone sua prática quando retorna à liberdade. Nesse aspecto, há evidências que apontam para taxas expressivamente menores de reincidência entre autores de violência sexual que recebem atenção psiquiátrica e/ou psicológica adequada durante o período de cumprimento de sua pena.

Embora tema complexo, a atenção especializada ao autor da violência sexual, ainda que não possa garantir mudança de comportamento, não pode ser ignorada. Cabe reconhecer a complexidade desse tema, entendendo que esses autores apresentam diagnósticos, condições e motivações muito distintas.

Considerando-se como inaceitável abdicar da responsabilização, a atenção ao autor da violência sexual fica restrita e vinculada às medidas, aos procedimentos e aos recursos do sistema penitenciário e, em algumas circunstâncias, de decisões do Poder Judiciário. Portanto, é raro e

excepcional que os serviços de saúde que atendem mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência sexual recebam autores dessa violência. Em consequência, esses serviços têm pouca oportunidade de oferecer ações em saúde mental para o autor.

Contudo, autoridades diretamente envolvidas com o autor da violência sexual, com a colaboração de gestores da saúde, devem encontrar alternativas qualificadas para oferecer cuidados ao perpetrador, sem prejuízo do cumprimento dos objetivos da lei. Ao mesmo tempo, essas medidas devem respeitar os direitos humanos das mulheres que sofrem violência sexual, sendo proscria qualquer iniciativa que as envolva em situações de constrangimento, contato não desejado com o autor, ou que resulte em sofrimento.

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 encontrem, 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 contraindicações absolutas.

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 espermatozoides 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.

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.

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

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.

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.

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.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO - DIU

A inserção do dispositivo intrauterino (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.

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 anticoncepcionais 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 suscetibilidade 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.

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.

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. 4º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68)

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. 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. 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.

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, adolescentes e gestantes com peso menor que 45kg.

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. 4º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 140 pag. (Série Manuais, nº68).

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 contra-indicação, 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. 4º 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. Fonte: (BRASIL, 2008)	VACINAÇÃO e IGHAB

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 desconheçam 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 IGHAHB 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 deltoídeo, uma vez que a aplicação na região glútea resulta em menor imunogenicidade. Desse modo, a administração de IGHAHB está indicada para todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas, 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 IGHAHB.

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)

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.

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 IGHAB 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).

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 anti-hepatite B é segura e bem tolerada pelas mulheres, em qualquer idade.

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	IgM			
			Anti-HBc	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)

8 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.

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.

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, deve-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.

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), preferentemente 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 posológica, 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 antiretroviral	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) Contra-indicação 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 mu-

Idosos adultos 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 contra-indicações 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.

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 Peso + 90

(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.

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.

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.

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.

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 gastrointestinais, 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 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.

10 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 muitas 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.

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.

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.

11 PROCEDIMENTOS DE JUSTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA INTERRUPTÃO 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 trajés, 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.

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 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-se-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, aceite-se pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompa-

nhá-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.

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 vi-

gentes 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.

12 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 13% 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.

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.

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-operatórios devem ser solicitados, sempre que necessário, em função das condições clínicas da mulher e do procedimento de interrupção a ser adotado.

MÉTODOS DE INTERRUPTÃO 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 a 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. Náu-

seas, 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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 outra alternativa de profilaxia, a critério do serviço de saúde.

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.

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 imunoglo-

bulina Anti-Rh deve ser obrigatoriamente empregada para as gestações com mais de 12 semanas em mulheres e adolescentes Rh negativas com Coombs Indireto negativo.

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 orientadas 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.

13 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 esvazia-

mento 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 congelação o mais breve possível, mantendo-as dessa forma preservadas 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.

REFERÊNCIAS

ABORTO legal: implicações éticas e religiosas. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Educational bulletin: adolescent victims of sexual assault. **Int. J. Gynaecol. Obstet.** v. 64, p. 195-199, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Washington: American Psychiatric Association, 4. ed. 1994.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). **Abuso sexual**: mitos e realidade. Petrópolis: Autores e Agentes Associados, 1997.

BELLAGIO CONFERENCE ON EMERGENCY CONTRACEPTION. Consensus statement on emergency contraception. **Contraception**, v. 52, n. 4, p. 211-213, out. 1995.

BENEDETTI, Marcos Renato. **Toda feita**: o corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro. Garamond, 2005.

BENSUSAN, Hilan. Observações sobre a libido colonizada: tentando pensar ao largo do patriarcado **Rev. Estud. Fem.** [online]. v. 12, n. 1, p. 131-155, 2004.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro. Garamond, 2006.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. (trad. Renato Aguiar). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

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).

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).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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).

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).

BRASIL. Ministério da Saúde. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria de Políticas de Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Public health service guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis.: Recommendations and Reports. **MMRW**, v. 47, n. 7, p. 1-33, 1998.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Sexually transmitted diseases treatment - guidelines 2002. **MMWR**. v. 51, n. RR-6, p. 61-64, 2002

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.

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.

CONSÓRCIO PARA A ATENÇÃO PÓS-ABORTO. **Atenção pós-aborto**: um manual de referência para melhorar a qualidade de atenção. Baltimore: The Postabortion Care Consortium, 2000.

CONSORTIUM FOR EMERGENCY CONTRACEPTION. **Emergency contraceptive pills**: medical and service delivery guidelines. Seattle: Consortium for Emergency Contraception, 2000.

DELMANTO, C.; DELMANTO, R.; DELMANTO, J. R. R.; DELMANTO, F. M. A. **Código penal comentado**. Rio de Janeiro: Renovar. 2002.

ESTATUTO da Criança e do Adolescente. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado S.A., 1993.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Anticoncepção**: manual de orientação. São Paulo, 1997.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO NA LEI. 1. In: **Femina**, São Paulo, v. 25, p. 1-8, 1997.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL SOBRE O ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO POR LEI. 2. In: **Femina**, São Paulo, n. 26, p. 134-138, 1998.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO POR LEI. 3. In: **Femina**, São Paulo, v. 27, p. 317-321, 1999.

GOSTIN, O. L. et al. HIV Testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. **JAMA**, Chicago, v. 271, n. 18, p. 1436-1444, 1995.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violence against women: the hidden health burden**. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development; The World Bank. 1993.

HUMAN RIGHTS WATCH. **Injustiça criminal: a violência contra a mulher no Brasil**. EUA: Americas Watch. 1992.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). **Diagnostic and treatment guidelines on child sexual abuse**. Chicago, 1992.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). **Strategies for the treatment and prevention of sexual assault**. Chicago, 1995.

JENNY, C. et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. **New England Journal of Medicine**, Waltham, Massachusetts v. 322, n. 11, p. 713-716, 1990.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 5. Edição. Petrópolis: Vozes, 1997.

LAURETIS, Teresa de. Tecnologias do Gênero. Tradução de Suzana Funck. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque de. (org). **Tendências e Impasses: o feminismo como crítica da cultura**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 0, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago. 2010.

NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (NCCAN).

Child sexual abuse: incest, assault and exploitation: special report. Washington: Children's Bureau, 1978.

NATIONAL VICTIM CENTER, CRIME VICTIMS RESEARCH AND TREATMENT CENTER. Rape in America: a report to the nation. South Carolina: Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences, 1992.

USA. United States Department of Health and Human Services. **Code of federal regulations:** title 45: Public Welfare. Department of Health and Human Services. part 46: protection of human subjects. Washington, 2009.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual.** São Paulo: Paz e Terra, 1993.

PELÚCIO, Larissa. Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 25, p. 217-248, 2005.

PIMENTEL, S.; SCHRITZMEYER, A. L. P.; PANDJIARJIAN, V. **Estupro:** crime ou "cortesia"? abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre: SAFE, 1998.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 ago 2010.

SEGATO, Rita Laura. **Las estructuras elementales de la violencia:** ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SEGATO, Rita Laura. **El sistema penal como pedagogia de la irresponsabilidad y el proyecto "Habla preso:** el derecho humano a la palabra em la carcel" [on-line]. Serie Antropológica 329. Disponível em: <<http://vsites.unb.br/ics/dan/Serie336empdf.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2010.

SIRIMARCO, Mariana. Marcas de género, cuerpos de poder. Discursos de producción de masculinidad en la conformación del sujeto policial. **Cuad. Antropol. Soc.**, Buenos Aires, n. 20, jul./dic. 2004.

SIMPOSIO NACIONAL DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. **Un problema de ética y justicia**. La Paz: Ipas Bolivia, 2002.

TASK force on postovulatory methods of fertility regulation: randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. **Lancet**, v. 352, p. 428-433, 1998.

THE POPULATION COUNCIL. **Relatório final da I oficina brasileira sobre a anticoncepção de emergência**. Campinas, 1996.

TORRES, J. H. R. Aspectos legais do abortamento. **Jornal da Redesaúde**, n. 18, p. 7-9, 1999.

UNITED NATIONS. **Declaration on the elimination of violence against women**. New York: General Assembly United Nations, 1993.

_____. **Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994**. New York: United Nations, 1995.

_____. **Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995**. New York: United Nations, [Sales n. 96], 1996.

VILLELA, W.; OLIVEIRA, M. J. A. Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. **Reproductive Health Matters** v. 8, n. 16, p. 77-82, 2000.

YOSHIHAMA, M.; SORENSON, S. B. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experience of women in Japan. **Violence Vict.** v. 9, p. 63-77, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complications of abortion:** technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, 1995.

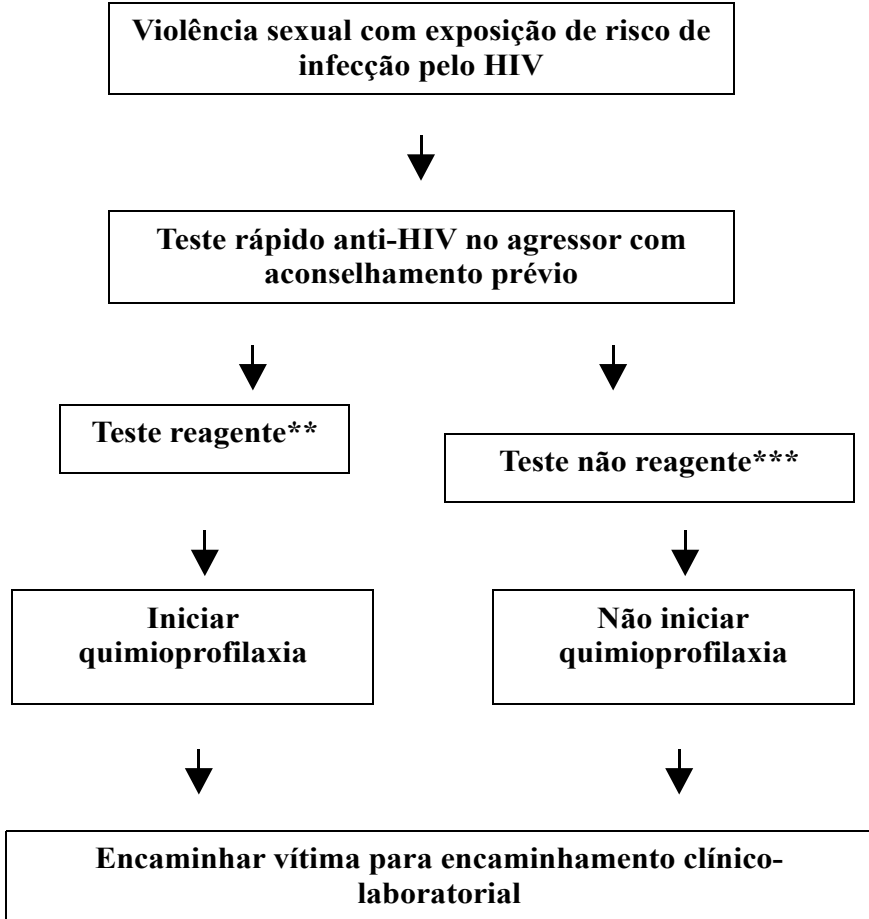
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation violence and health.** Geneva, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Emergency contraception:** a guide for service delivery. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe abortion:** technical and policy guidance for health systems. Geneva, 2003.

ANEXOS

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.

ANEXO B – INTERAÇÃO ENTRE ARV E OUTROS MEDICAMENTOS QUE DETERMINAM MUDANÇA DE DOSES OU CUIDADO QUANDO CO-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.
Claritromicina	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		
	<p>Apomorfina: risco potencial de maior toxicidade.</p> <p>Benzodiazepínicos: aumento dos níveis séricos e da toxicidade dos diazepínicos (evitar co-administração ou monitorar efeitos).</p> <p>Cisaprida: não co-administrar.</p> <p>Diltiazem: aumento da concentração sérica (↑ 125%): reduzir dose do diltiazem em 50% e monitorar com ECG.</p> <p>Ergotamina: não usar.</p> <p>Erva de São João, suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea: não associar.</p> <p>Fentanil: redução do <i>clearance</i> do fentanil (maior toxicidade): monitorar ou reduzir dose do fentanil.</p> <p>Flecainida, propafenona: não co-administrar.</p> <p>Quinidina: maior toxicidade (não usar ou avaliar redução de dose)</p> <p>Varfarina: aumento do efeito anticoagulante (monitorar e considerar redução de dose da varfarina).</p>	<p>Amiodarona: maior risco de toxicidade (monitorar níveis séricos).</p> <p>Antiácidos: pode reduzir níveis séricos do amprenavir (intervalo mínimo de duas horas).</p> <p>Antidepressivos tricíclicos: ↑ toxicidade (monitorar).</p> <p>Bepridil: não co-administrar.</p> <p>Cisaprida: não co-administrar.</p> <p>Clozapina, lidocaina, quinidina, dissulfiram: maior toxicidade.</p> <p>Eritromicina: ↑ níveis séricos de ambas as drogas (maior risco de toxicidade).</p> <p>Erva de São João, cápsulas de alho, echinacea: não co-administrar.</p> <p>Fentanil: redução do <i>clearance</i> do fentanil (maior toxicidade): monitorar ou reduzir dose do fentanil.</p> <p>Metronidazol: não usar com a solução oral de amprenavir.</p> <p>Varfarina: aumento do efeito anticoagulante (monitorar e considerar redução de dose da varfarina).</p> <p>Vitamina E: maior risco de hemorragia (não co-administrar).</p>
DARUNAVIR		
LOPINA VIR/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.
Fluconazol		Não necessita de ajuste de doses.
ANTIMICOBACTERIANOS		
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.
Claritromicina	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		
Etinilestradiol	Redução da concentração do etinilestradiol em 50% (usar outro método contraceptivo).	Redução de cerca de 40% dos níveis séricos de etinilestradiol (não associar).
ANTILIPEMIANTES		
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.
Sinvastatina Lovastatina	Não co-administrar.	Não co-administrar.

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		
Etinilestradiol 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).
ANTIPIEPIANES		
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 Fenitoina	↓ 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		
	<p>Alprazolam: aumento dos níveis séricos de alprazolam (monitorar).</p> <p>Amiodarona: contra-indicado o uso.</p> <p>Bepiridil: não usar.</p> <p>Cisaprida: não co-administrar.</p> <p>Dapsona: aumento dos níveis séricos da dapsona (maior toxicidade; pode ser necessário ajuste da dose).</p> <p>Ergotamina: não associar.</p> <p>Erva de São João, suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea: não associar.</p> <p>Fentanil: aumento dos efeitos do fentanil (monitorar ou reduzir dose).</p> <p>Midazolam, triazolam: não usar.</p>	<p>Alimentos: aumentam os níveis séricos (administrar sempre com alimentos).</p> <p>Amiodarona: aumento da toxicidade da amiodarona (não co-administrar).</p> <p>Apomorfina: risco potencial de maior toxicidade.</p> <p>Azitromicina: maior toxicidade (monitorar função auditiva; não necessita de ajuste de dose).</p> <p>Bloqueadores de cálcio: aumento de níveis séricos dos bloqueadores (monitorar toxicidade).</p> <p>Cannabis (maconha): reduz níveis séricos dos IP (monitorar eficácia do nelfinavir). Considerar alternativas terapêuticas.</p> <p>Cisaprida: não co-administrar.</p> <p>Ergotamina: não co-administrar.</p> <p>Erva de São João, suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea: não associar.</p> <p>Fentanil: aumento dos efeitos do fentanil (monitorar ou reduzir dose).</p> <p>Midazolam, triazolam: não usar.</p>

	RITONAVIR	INDINAVIR/R
ANTIFUNGICOS		
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).
ANTIMICOBACTERIANOS		
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.	
Claritromicina	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).
Sinvastatina 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.

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).

Bepridil: 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).

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

ABACAVIR	DIDANOSINA	ESTAVUDINA
<p>Aminoglicosídeos: aumento da nefrotoxicidade e/ou neurotoxicidade</p> <p>Entecavir: risco de acidose láctica</p> <p>Etanol: pode aumentar risco de efeitos adversos. Significado clínico desconhecido, não sendo necessário ajuste de dose.</p> <p>Fenitoína, fenobarbital: podem reduzir a concentração plasmática do abacavir</p> <p>Ribavirina: risco de acidemia ou acidose láctica.</p> <p>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).</p>	<p>Álcool: ↑ toxicidade (pancreatite, neuropatia periférica).</p> <p>Alimentos: tanto o ddl tamponado como o ddl entérico devem ser administrados 1 hora antes ou 2 horas após alimentos sólidos ou líquidos.</p> <p>Aloporinol: 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%.</p> <p>Cetoconazol e itraconazol: redução de níveis séricos dos antifúngicos se administrados com ddl tamponado (intervalo mínimo de duas horas).</p> <p>Ciprofloxacina: administrar seis horas após ou duas horas antes do ddl tamponado.</p> <p>Dapsona: perda de eficácia da dapsona se administrada com ddl tamponado (intervalo mínimo de duas horas)</p> <p>Efavirenz/Nevirapina: elevado risco de falha precoce com o uso da associação tenofovir/ddl/efavirenz (ou nevirapina) em pacientes virgens de terapia</p> <p>Estavudina: maior toxicidade (neurotoxicidade, pancreatite, acidose láctica, lipoatrofia). Evitar co-administrar (proibida associação em gestantes)</p> <p>Etambutol e Etonamida: maior toxicidade (neuropatia periférica)</p> <p>Fenitoína: maior toxicidade (neuropatia periférica).</p> <p>Fluconazol: redução de níveis séricos de fluconazol por possível alteração da absorção (monitorar resposta clínica).</p> <p>Ganciclovir (↑ níveis de ddl): maior toxicidade (pancreatite, neuropatia periférica)</p> <p>Hidroxiuréia: maior risco de pancreatite (casos fatais) e de hepatotoxicidade.</p> <p>Inibidores da Protease: administrar com intervalo mínimo de duas horas, especialmente atazanavir.</p> <p>Isoniazida: maior toxicidade (neuropatia periférica)</p> <p>Pentamidina: maior risco de pancreatite (monitorar).</p> <p>Ribavirina: não co-administrar (risco elevado de toxicidade mitocondrial).</p> <p>Tetraciclina: não co-administrar.</p> <p>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).</p> <p>Vincristina: maior toxicidade (neuropatia periférica)</p>	<p>Doxorrubicina: reduz eficácia da estavudina (evitar co-administração pelo risco potencial de falha).</p> <p>Etambutol e etionamida: maior toxicidade (pancreatite, neuropatia periférica).</p> <p>Fenitoína: maior toxicidade (neuropatia periférica).</p> <p>Ganciclovir: maior toxicidade (pancreatite, neuropatia periférica).</p> <p>Isoniazida: maior toxicidade (neuropatia periférica).</p> <p>Ribavirina: risco de acidose láctica e redução de eficácia da estavudina (não co-administrar).</p> <p>Vincristina: maior toxicidade (neuropatia periférica).</p> <p>Zidovudina: potencial redução da atividade anti-retroviral por antagonismo. Proibido uso concomitante</p>

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

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-microbacterianos (2)	Anti-histamínicos (7)	Medicamentos gastrointestinais (7)
Inibidores de Protease						
Amprenavir(8) e Foseprenavir	Bepridil	(Nenhum)	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Atazanavir	Bepridil	(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)	Flecainida Propafenona	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina (4)	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Nelfinavir	(Nenhum)	(Nenhum)	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Ritonavir	Bepridil	Amiodarona Flecainida Propafenona Quinidina	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Saquinavir	(Nenhum)	(Nenhum)	Sinvastatina Lovastatina	Rifampicina Rifabutina(3)	Astemizol Terfenadina	Cisaprida
Tipranavir	Bepridil	Amiodarona Flecainida 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 Foseprenavir	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 BID) Fluticasona(9) Alfuzosin
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 de 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 reincidência de TB dos que os tratados com outros esquemas baseados na rifamicina; recomenda-se um agente alternativo.

(3) A rifabutina somente pode ser usada com saquinavir quando combinada com ritonavir.

(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 do LPV. Observou-se que 28% 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.

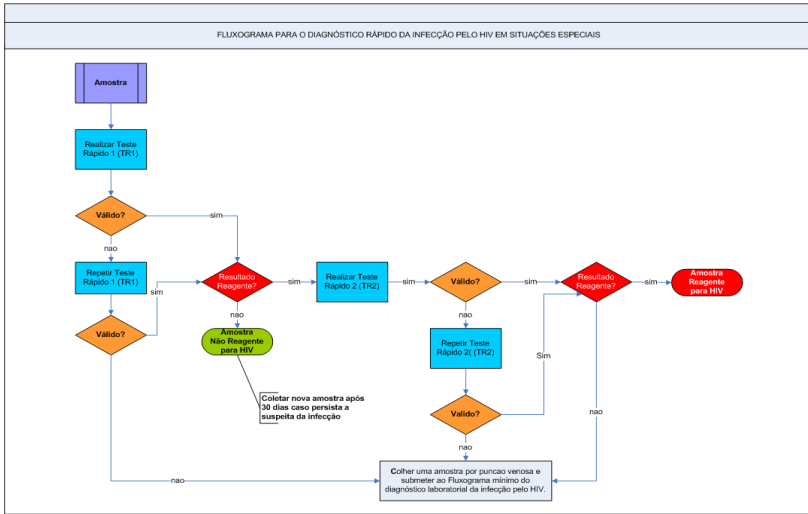
(6) Este é provavelmente um efeito de classe.

(7) O astemizol e a terfenadina não são mais comercializados nos EUA. O fabricante da cisaprida tem um protocolo de acesso limitado para pacientes que preenchem 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 IP com incremento de ritonavir não é recomendado, 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 mesmo quando ministrada com IP não incrementado.

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



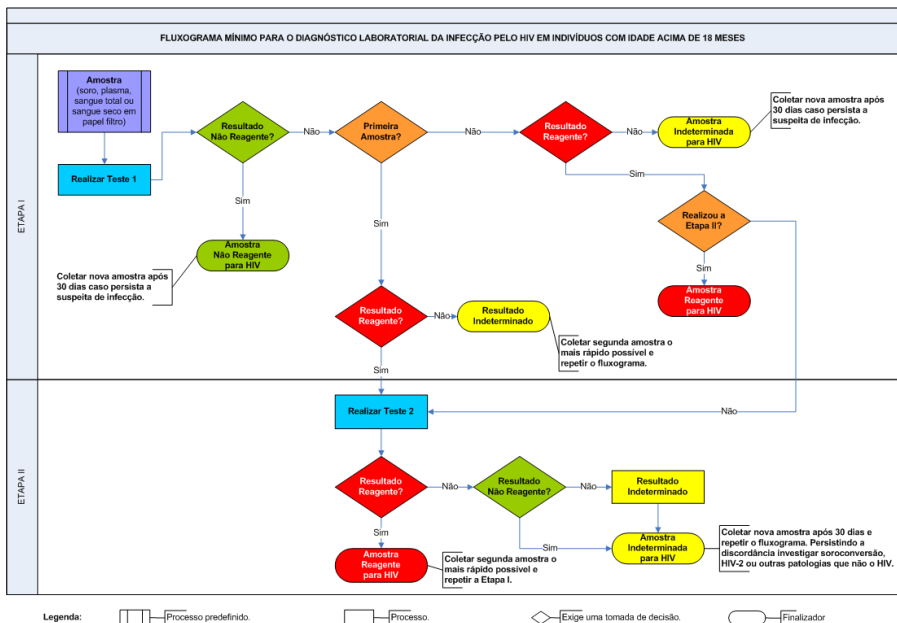
Legenda: Processo predefinido.

Processo.

Exige uma tomada de decisão.

Finalizador

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



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

ANEXO H - RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DO TÉTANO.

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO CONTRA TÉTANO	FERIMENTO LIMPO OU SUPERFICIAL VACINA		OUTROS TIPOS DE FERIMENTO VACINA	
		SAT ou IGHAT*		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.

ANEXO I – 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 DOU de 25.11.2000.

ANEXO J - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

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

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. 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 (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado(a) VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		3 Data da notificação	
	4 UF		5 Município de notificação		6 Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				7 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento			
	10 (ou) idade 1 - Homem 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Não se gestacionou 5- Não se aplica 6- Ignorado	
	13 Raça/Cor 1- Branco 2- Preto 3- Amarelo 4- Pardo 5- Indígena 9- Ignorado		14 Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (artigo primário ou 1º grau) 3-5ª série incompleta do EF (artigo primário ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (artigo primário ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (artigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (artigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		19 Código (IBGE)	
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		22 Código	
	23 Número		24 Complemento (apto., casa, ...)		25 Geo campo 1	
	26 Geo campo 2		27 Ponto de Referência		28 CEP	
	29 (DDD) Telefone		30 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		31 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares					
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - So com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - So com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	36 UF		37 Município de ocorrência		38 Código (IBGE)	
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		41 Código	
	42 Número		43 Complemento (apto., casa, ...)		44 Geo campo 3	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências					
	Sinan NET				SVS 10/07/2008	

Tipo/gênia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil			<input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro		
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			<input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____		
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Queimadura <input type="checkbox"/> 11 - Outros <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
	01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação					
Defes de provável autor da agressão	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Órgãos genitais/ânus <input type="checkbox"/> 11 - Múltiplos órgãos/regiões <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
	01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/peixe 02 - Pescocoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores					
Encaminhamento	59 Número de envolvidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			61 Sexo do provável autor da agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		
Evolução e encaminhamento	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasa <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional			<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado						
64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado						
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prof. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____						
65 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica			67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX			
68 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Desconhecido 3 - Provável 8 - Inconclusivo			69 Evolução do caso 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Confirmado <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Inconclusivo			<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Óbito por Violência <input type="checkbox"/> Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> Ignorado			
70 Se obito por violência, data _____			71 Data de encerramento _____			
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____						
Observações Adicionais: _____ _____ _____						
TELEFONES ÚTEIS						
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____			Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____		Função _____		Assinatura _____	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 10/07/2008		

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

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 conterà:

- 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 conterà 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

ANEXO I

(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 (alcoolidado, 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 (alcoolidado, 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

ANEXO II

(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)

ANEXO III

(IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO)

TERMO DE APROVAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE INTERRUPTÃO 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

ANEXO IV

(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.

ANEXO V

(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

ISBN 978-85-334-1724-3



9 788533 417243

Ouvidoria do SUS
136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

