

MINISTÉRIO DA SAÚDE

NORMA TÉCNICA

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

**BRASÍLIA
2004**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER**

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

Série A. Normas e Manuais Técnicos

2ª edição atualizada e ampliada

**BRASÍLIA - DF
2004**

© 2004. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem: 1.ª edição – 1999 – 40.000

2ª edição – 2004 – 40.000 exemplares

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. _____

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde da Mulher

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6.º andar, Sala 629

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 315 2933 Fax: (61) 322 3912

ELABORAÇÃO 1ª EDIÇÃO

Ana Paula Portella, Aloísio José Bedone, Eugênio Marcelo Pitta Tavares, Elcylene Maria de Araújo Leocádio, Janine Schirmer e Jorge Andalaft Neto.

ELABORAÇÃO 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

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

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catálogo na fonte

Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. – 2. ed. atualizada e ampliada – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. ____)

ISBN 85-334-0201-5

1. Violência sexual. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. III. Título. IV. Série.

NLM ____

MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTRO DA SAÚDE

Humberto Costa

SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Jorge José Santos Pereira Solla

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS

Tereza de Jesus Campos Neta

COORDENADORA DA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

Maria José de Oliveira Araújo

EQUIPE TÉCNICA

Alice Gonçalves Mendes Ribeiro

Daphne Rattner

Isa Paula Hamouche Abreu

Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira

Iolanda Vaz Guimarães

Janine Schirmer

Juliana Monti Maifrino

Maria Auxiliadora da Silva Benevides

Regina Coeli Viola

Verônica Gonçalves dos Reis

EQUIPE DE APOIO

Ana Margareth Gomes Leite

Anna Christina Carvalho

Magda Andrade de Oliveira

Valéria César Leite

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS HEPATITES VIRAIS

Gerusa Maria Figueredo - Coordenadora

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS

Pedro Chequer – Diretor

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
1. INTRODUÇÃO	8
2. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO	10
instalação e área física	11
recursos humanos	12
equipamentos e instrumental	12
registro de dados	12
sensibilização e capacitação	13
3. NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO	13
traumatismos físicos	15
aspectos éticos e legais	15
4. APOIO PSICOSSOCIAL	18
validação das experiências	19
autonomia, individualidade e direitos	19
sigilo e atendimento	20
humanização	20
avaliação de riscos	21
encaminhamentos	21
suporte para a equipe de saúde	22
rede integrada de atendimento	23
5. ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	23
mecanismo de ação	24
esquemas de administração	24
contra-indicações	26
efeitos secundários	26
eficácia	26
orientações para a mulher	27
DIU	27
6. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NÃO VIRAIS	27
profilaxia para adultas e adolescentes	28
profilaxia para crianças	29
alternativas	30
7. HEPATITES VIRAIS	31
imunoprofilaxia da hepatite B	31
transmissão vertical	32
efeitos secundários	33
conduta frente a infecção	33
8. INFECÇÃO PELO HIV	34
indicações e cuidados fundamentais	34
esquemas de administração	36
profilaxia para mulheres adultas e adolescentes	36
profilaxia para crianças	37
adesão	37
aconselhamento	39
interações medicamentosas	39
reações adversas	40
fluxograma para uso de teste rápido anti-HIV em violência sexual.....	40

9. ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL	41
10. GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL	42
alternativas frente a gravidez decorrente de violência sexual	43
aspectos legais	43
consentimento	44
objeção de consciência	45
11. PROCEDIMENTOS DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ	46
determinação da idade gestacional	46
condições pré-existentes	47
métodos de interrupção até 12 semanas de idade gestacional	47
métodos de interrupção após 12 semanas de idade gestacional	48
gestações de mais de 20 semanas de idade gestacional	49
preparo do colo de útero	49
alívio da dor	49
informações e orientações	50
profilaxia de infecção	50
cuidados de coleta e guarda de material	51
isoimunização pelo fator Rh	51
alta hospitalar e seguimento	51
12. COLETA DE MATERIAL	52
13. ANEXOS	53
apresentação, posologia e interação com alimentos dos principais medicamentos antiretrovirais indicados para situações de violência sexual	53
principais efeitos colaterais e interações medicamentosas com anti-retrovirais utilizados na quimioprofilaxia para hiv após situações de exposição sexual	54
proposição de ficha de atendimento	56
lei de notificação compulsória	58
fluxograma para detecção de anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 anos	59
recomendações para a profilaxia do tétano	60
14. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	61

APRESENTAÇÃO

O Estado Brasileiro, através do Ministério da Saúde, assumiu o compromisso com os direitos humanos das mulheres e com a garantia do exercício pleno de sua saúde física e mental, através da formulação de políticas públicas de saúde que respondam a suas reais necessidades.

A atenção à violência sexual e doméstica é objetivo específico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na qual estão previstas ações de ampliação e acessibilidade das mulheres e adolescentes aos serviços de saúde.

As reivindicações da Sociedade Civil por direitos à saúde, justiça e cidadania, culminaram nas Conferências das Nações Unidas que tratam do tema da saúde e dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e jovens. No que se refere à violência, destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará, da qual o Brasil é signatário, que traz como foco principal o reconhecimento de que a violência sexual e/ou psicológica contra a mulher é uma violação dos direitos humanos.

O conhecimento técnico-científico aliado à sensibilidade dos profissionais de saúde para aplicação de práticas humanizadas são elementos essenciais na atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual. Neste sentido, o Ministério da Saúde, ao publicar esta versão atualizada e ampliada da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Decorrentes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, estará contribuindo para a qualificação dos profissionais de saúde, atores fundamentais desta proposta, e dessa forma, para o planejamento e execução de ações que visem a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população que sofre esse tipo de agravo.

Humberto Costa
MINISTRO DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

1

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. A Organização Mundial da Saúde define violência como “o uso intencional da 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 como privada”.

As desigualdades sociais, econômicas e políticas estruturais entre homens e mulheres, a diferenciação rígida de papéis, as noções de virilidade ligadas ao domínio e honra masculina, comuns a essas sociedades e culturas, são fatores da violência de gênero. Seu impacto não se observa somente no âmbito individual, mas implicam em perdas para o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos.

É difícil calcular, precisamente, a carga de todos os tipos de violência sobre os sistemas de assistência à saúde, ou seus efeitos sobre a produtividade econômica. A evidência disponível mostra que mulheres em situação de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, maiores custos com assistência e utilizam com maior frequência os serviços de saúde e as emergências.

O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) promoveu estudos sobre a magnitude e o impacto da violência em seis países da América Latina. Cada estudo avaliou os gastos com a violência, em diferentes âmbitos. Expresso em percentuais sobre o Produto Interno Bruto (PIB), em 1997, o custo dos gastos com assistência à saúde, resultantes da violência, foi de 1,9% do PIB no Brasil, 5,0% na Colômbia, 4,3% em El Salvador, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela. O BID contabilizou que 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência, o que reduz seus ganhos financeiros entre 3% e 20%. A mesma fonte aponta que filhos e filhas de mães que sofrem violência têm três vezes mais chances de adoecer e 63% dessas crianças repetem pelo menos um ano na escola, abandonando os estudos, em média, aos nove anos de idade. A

violência intrafamiliar representa quase a um ano perdido de vida saudável a cada cinco mulheres, entre 15 a 44 anos, e ocupa peso similar à tuberculose, ao HIV, aos diversos tipos de câncer e às enfermidades cardiovasculares.

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. As mulheres que sofrem violência física perpetrada por parceiros íntimos também estão sob risco de violência sexual. As pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por abuso psicológico e, de um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual. Entre 613 mulheres no Japão que alguma vez sofreram abuso, 57% sofreram todos os tipos de abuso: físico, psicológico e sexual.

A violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção pelo HIV, influenciando sobre o uso de anticoncepcionais, sobre a adoção de práticas de auto-cuidado, assim como tem grande impacto sobre o estado psicológico da mulher. Em Uganda, em estudo recente sobre a transmissão do HIV, as mulheres que relataram terem sido forçadas a fazer sexo contra sua vontade nos anos anteriores apresentaram risco oito vezes maior de infecção.

Os profissionais de saúde estão em posição estratégica para o diagnóstico e a atuação sobre o problema da violência, em especial a violência contra a mulher. Por medo, vergonha ou mesmo por considerar os obstáculos encontrados em sua trajetória para denunciar e obter assistência e proteção, a maior parte das mulheres omite a violência sofrida. Nos últimos anos, múltiplos esforços, na maior parte dos países, têm procurado modificar a resposta dos serviços de saúde aos casos de violência.

As evidências apontam que a maioria das mulheres tem contato com o sistema de saúde em algum momento de suas vidas, por exemplo, quando têm filhos, quando buscam assistência para eles ou outro parente, ou quando buscam anticoncepcionais. Isso coloca os serviços e profissionais de saúde em lugar de destaque, onde as mulheres que sofrem abuso podem ser identificadas, receber assistência, e se necessário, serem encaminhadas a serviços especializados.

Os esforços para o reconhecimento da prevalência da violência contra a mulher, sua caracterização como fenômeno social de grande magnitude vêm avançando, colocando desafios a todos que lidam com o problema. Por sua complexidade, a resposta à violência, e em particular à violência contra a mulher, exige o engajamento e a contribuição de diferentes profissionais, setores sociais e comunitários e dos governos nacional e local.

Estes esforços vêm construindo um amplo campo de reflexão e ação, que coloca o bem-estar, a segurança da comunidade, os direitos humanos, como agenda comum às diferentes áreas de atuação de políticas públicas, envolvendo fortemente os serviços e profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde da Mulher e da Secretaria de Atenção à Saúde vêm atuando em duas estratégias: capacitar e equipar todos os serviços a diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, e ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência. A presente Norma Técnica, revisada e ampliada, vem a atender estes objetivos. A atualização das condutas e indicações aponta para a valorização do acolhimento, das estratégias de adesão e consolidação da eficácia das abordagens. Assim, mais e mais mulheres e pessoas em situação de violência encontrarão resposta adequada dos profissionais e estarão estabelecendo vínculos de confiança com os serviços. E este é, sem dúvida, um dos principais fatores que incidirão sobre a prevenção, a busca precoce de orientação e apoio e a eficácia da assistência.

A garantia de atendimento nos serviços de saúde às mulheres, crianças e adolescentes que sofreram violência sexual representa, por conseguinte, parte das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. A oferta desses serviços, entretanto, permite a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada. A implementação desse atendimento nos estados e municípios brasileiros deve ser acompanhada de um processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

2

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. As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis a 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 e encaminhamento das mulheres atingidas pela violência sexual. A eficiência desses mecanismos colabora para que os cuidados de saúde sejam prestados quanto mais imediato possível, dentro das demandas de cada mulher. Para tanto, é preciso que os serviços de saúde, autoridades policiais, setores de emergência, 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.

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 contra-referência. A elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidades de saúde esteja preparada 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 ou a profilaxia das DST/HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher. Por outro lado, a atenção ao abortamento previsto por lei necessita maiores recursos, o que reserva esta etapa do atendimento para unidades de saúde específicas. Compete aos gestores municipais e estaduais definir 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 triagem, no sentido de garantir a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame. Essa medida é fundamental no processo de acolhimento, estabelecendo um ambiente de confiança e de respeito. Por outro lado, deve-se evitar a criação de situações que favoreçam 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. 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 desses profissionais cumpra papel específico no atendimento à mulher, todos devem estar sensibilizados para as questões de violência contra a mulher e violência de gênero, e capacitados para acolher e oferecer suporte às suas principais demandas. Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem acrescentar 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 ultra-sonografia 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 curetagem.

REGISTRO DE DADOS

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 médico de cada serviço. Recomenda-se a utilização de fichas

específicas de atendimento, conforme **anexo 2**. O cuidado com o prontuário médico é de extrema importância, tanto para qualidade da atenção em saúde como para eventuais solicitações da Justiça.

SENSIBILIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO

O atendimento aos casos de violência sexual requer a sensibilização de todos os funcionários do serviço de saúde. Propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual, sobre as dificuldades que as crianças, adolescentes e 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 profilaxia das DST/HIV) 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.

NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO

3

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, registro da história, exame clínico e ginecológico, exames complementares e 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 entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à mulher em situação de violência sexual. O acolhimento pressupõe receber e escutar essas mulheres, 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 da mulher, ajudando-a 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 agressor. A primeira entrevista da mulher deve atentar para o registro de alguns dados específicos, conforme o quadro 1.

QUADRO 1

HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA

Registrar em prontuário: 1) local, dia e hora aproximada da violência sexual. 2) tipo de violência sexual sofrida. 3) forma de constrangimento utilizada. 4) tipificação e número de agressores. 5) órgão que realizou o encaminhamento.

PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS

Verificar eventuais medidas prévias: 1) atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas de proteção 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 A REDE DE APOIO

Verificar o acesso e 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 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 apresentar as alternativas à interrupção da gravidez, como a entrega da criança para adoção e a assistência pré-natal.

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.

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 realizados e igualmente incluídos no prontuário.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

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

■ A Lei 10.778/03, de 24 de novembro de 2003, estabelece a **notificação compulsória**, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de conseqüências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema (**anexo 3**).

■ Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, **a suspeita ou confirmação** de abuso sexual deve, obrigatoriamente, **ser comunicada ao Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude**, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme 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 2 do ECA, considera-se criança a pessoa menor de 12 anos e adolescente aquela com idade maior que 12 e menor que 18 anos.

■ Não há impedimento legal ou ético para que o(a) médico(a) 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 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 e segredo profissional. A Constituição Federal, artigo 5, 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 menor.

■ O estupro é definido pelo artigo 213 do Código Penal Brasileiro como “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. Entende-se por “violência” o emprego de força física, suficientemente capaz de sobrepujar a resistência da vítima. A “grave ameaça” se configura como a promessa de efetuar tamanho mal, capaz de impedir a resistência da vítima. A “conjunção carnal” corresponde ao coito vaginal, o que limita o crime ao sexo feminino.

■ No artigo 214, Código Penal Brasileiro, é caracterizado o atentado violento ao pudor, crime de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”. Aqui, se incluem todas as situações diferentes do coito vaginal, a exemplo das manobras digitais eróticas e a cópula anal ou oral. O atentado violento ao pudor pode ser praticado contra pessoas de ambos os sexos, sob as mesmas formas de constrangimento previstas para o estupro.

■ A “presunção de violência”, artigo 224 do Código Penal Brasileiro, define condições nas quais não ocorre o constrangimento pelo uso de força ou de grave ameaça, mas que caracterizam, igualmente, o estupro e o atentado violento ao pudor. Presume-se a violência

quando “a vítima é menor de 14 anos; é alienada ou débil mental e o agressor conhece esta circunstância; ou quando não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência”.

■ 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 asseguram, entre outros, que ela possa receber atenção necessária à sua saúde.

APOIO PSICOSSOCIAL

4

As evidências mostram que a violência contra a mulher tem impacto sobre a saúde física e mental, e também sobre o bem estar da pessoa atingida, assim como de seus filhos e demais membros da família. Setores, como a polícia, o judiciário, os serviços de apoio social, além da saúde, devem trabalhar juntos para enfrentar o problema da violência de gênero.

Os programas de atuação e os serviços devem ser integrados, possibilitando que os recursos necessários estejam disponíveis, facilitando o acesso das mulheres 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 conseqüências.

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 agressor 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 DE EXPERIÊNCIAS

A equipe de saúde deve apoiar pessoas e famílias no reconhecimento do problema da violência, propiciando espaços de escuta nas unidades de saúde 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 família, de modo que estes se organizem, se sintam protegidos, seguros e, assim, dêem 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, riscos, motivação para romper a relação, limites e possibilidades pessoais, bem como seus recursos sociais e familiares.

AUTONOMIA, INDIVIDUALIDADE E DIREITOS

É fundamental respeitar a autonomia, individualidade e direitos das pessoas em situação de violência sexual. Deve-se resguardar sua identidade e sua, 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, o(a) profissional deve conscientizar a família quanto à necessidade de comunicação aos órgãos competentes (ver capítulo 3). Caso isso não ocorra, o serviço de saúde deve garantir os direitos de proteção à criança e ao adolescente, acionando os mecanismos necessários.

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.

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 isto 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, tais como - “alguma vez você foi forçada a ter relações sexuais contra a sua vontade?” - possuem maiores índices de resposta positiva do que questões vagas, possibilitando um 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, deve-se criar um fluxograma de modo a dar agilidade e resolutividade 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, ainda que de forma resumida, 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, idéias e concepções, valorizando a percepção pela própria usuária da situação que está vivenciando, conseqüências 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 agressor 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, amigos e 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 esta 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 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 dêem 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 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 Policial, Delegacia de Proteção à Mulher e Instituto Médico-Legal. Nesses casos, deve-se orientá-la quanto ao direito e 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 forma 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.

SUPORTE PARA A EQUIPE DE SAÚDE

A equipe de saúde deve estar sensibilizada e capacitada para assistir a pessoa em situação de violência. Dessa forma, há que se promover, sistematicamente, oficinas, grupos de discussão, cursos, ou outras atividades 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. Isto 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 auto-avaliação da equipe, sem deixar de considerar o limite da atuação de cada profissional.

REDE INTEGRADA DE ATENDIMENTO

O setor 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 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 funcionários dos serviços, permitindo que as mulheres tenham acesso sempre que necessário e 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, Instituto Médico-Legal, Ministério Público, instituições como casas-abrigo, grupos de mulheres, creches, entre outros. O fluxo e os problemas de acesso e de manejo dos casos em cada nível desta rede deve ser debatido e planejado 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 suas famílias como também aos agressores.

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 apoio às equipes que atendem pessoas em situação de violência.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

5

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante período reprodutivo da vida da mulher, resultando em taxas de gravidez entre 1 a 5%. A gravidez decorrente de

violência sexual representa, para a maioria das mulheres, uma segunda forma de violência. A complexidade da situação e os danos por ela provocados podem ser, em grande parte dos casos, evitados com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE), ação das mais importantes na atenção aos casos de violência sexual. A AE é o método anticonceptivo que previne a gravidez após a violência sexual, utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo. Cabe aos profissionais de saúde avaliar cuidadosamente o risco de gravidez para cada mulher que sofre violência sexual. 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 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 adolescente estiver usando regularmente um método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral, injetável ou DIU. A AE hormonal constitui o método de eleição devido seu baixo custo, tolerabilidade, eficácia e ausência de contra-indicações 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**. 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 dos espermatozoides do trato genital feminino até as trompas, em direção ao óvulo. Por esses mecanismos a AE **impede a fecundação**. Não existem evidências científicas de que a AE exerça efeitos após a fecundação, de que atue impedindo a implantação ou que implique na eliminação precoce do embrião. **Não há efeitos abortivos com o uso da AE.**

ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

Há duas formas de oferecer a AE hormonal. A primeira, conhecida como **método de Yuzpe**, utiliza anticonceptivos hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar. O método de Yuzpe consiste na administração combinada de um estrogênio e um progestágeno sintético **até cinco dias da violência sexual**. A associação mais estudada é a que contém **etinil-estradiol e levonorgestrel**. Utiliza-se dose total de

200 µg de etinil-estradiol e 1 mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, cada 12 horas, ou administradas em dose única (Quadro 2).

A segunda forma de oferecer a AE é com o uso exclusivo de **progestágeno**, o **Levonorgestrel**, na dose total de 1,5 mg, dividida em 2 comprimidos iguais de 0,75 mg, cada 12 horas, ou 2 comprimidos de 0,75 mg juntos (1,5 mg), em dose única. Da mesma forma que o método de Yuzpe, pode ser utilizado **até cinco dias da violência** (Quadro 2).

O levonorgestrel exclusivo deve ser a primeira escolha, sempre que possível, devido sua maior eficácia e tolerabilidade, e por não apresentar interação farmacocinética com alguns dos antiretrovirais utilizados para a profilaxia do HIV. **A AE, com o levonorgestrel ou com o método de Yuzpe, deve ser administrada tão rápido quanto possível e, preferentemente, em dose única dentro dos primeiros cinco dias que sucedem a violência sexual.**

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA HORMONAL

QUADRO 2

LEVONORGESTREL PRIMEIRA ESCOLHA

0,75 mg de levonorgestrel / por comprimido

2 comprimidos

VO

dose única ou

1 comprimido

VO

cada 12 horas

MÉTODO DE YUZPE SEGUNDA ESCOLHA

AHOC com 50 µg de etinil-estradiol e 250 µg de levonorgestrel / por comprimido

2 comprimidos

VO

cada 12 horas ou

4 comprimidos

VO

dose única.

AHOC com 30 µg de etinil-estradiol e 150 µg de levonorgestrel / por comprimido

4 comprimidos

VO

cada 12 horas ou

8 comprimidos

VO

dose única.

µg = micrograma

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A administração da AE é, classicamente, descrita dividindo-se a dose total em duas doses iguais, em intervalos de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas (3 dias). Contudo, os recentes estudos da Organização Mundial da Saúde oferecem claras evidências de que a dose única de 1,5 mg de levonorgestrel é tão eficaz como duas doses de 0,75 mg separadas. Também evidenciam efeitos protetores até 5 dias após a relação sexual desprotegida, embora com taxas de falha maiores.

2. A absorção da AE pelo epitélio da vagina oferece níveis semelhantes aos da absorção pela via oral, tanto para o levonorgestrel como para o método de Yuzpe. A via vaginal pode ser utilizada em situações especiais, como em casos de inconsciência da mulher devido aos traumatismos severos.

CONTRA-INDICAÇÕES

Todas as mulheres podem usar o método com segurança, mesmo aquelas que, habitualmente, tenham contra-indicações ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados. Mulheres com antecedentes de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa, ou diabetes com complicações vasculares, são classificadas na **categoria 2** da Organização Mundial da Saúde, que recomenda precauções. Nesses casos, a AE deve ser realizada, preferentemente **substituindo o método de Yuzpe pelo levonorgestrel**.

Para mulheres em situação de violência sexual com atraso menstrual, onde a gravidez é suspeita, **mas não confirmada**, a AE não está totalmente contra-indicada. Nesses casos, o mesmo cuidado deve ser tomado, evitando-se o método de Yuzpe e **optando-se pelo levonorgestrel**. Não se recomenda que a decisão de uso da AE seja condicionada a testes laboratoriais de gravidez, exceto quando os mesmos estejam disponíveis e ofereçam resultado em curto tempo. Em caso de falha da AE não há evidências de aumento de risco de anomalias fetais.

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Os efeitos secundários mais freqüentes 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 1 hora antes da tomada da AE. Outros efeitos podem ocorrer, embora com menor freqüência. Cefaléia, dor mamária e vertigens têm remissão espontânea nas primeiras 24 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 que 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% e **índice de Pearl** (índice de falha) de cerca de 2%. Significa dizer que a AE pode evitar 3 de cada 4 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 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 7 dias e, em outros 13%, pouco mais de 7 dias.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

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

DST NÃO VIRAIS

6

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar em graves consequências físicas e emocionais. Estudos têm mostrado que entre 16 a 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por pelo menos uma DST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. Entre grávidas que sofrem abuso sexual a prevalência de DST é maior quando comparada com

grávidas não expostas a este tipo de violência. Da mesma forma, crianças apresentam maior vulnerabilidade para as DST pela imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores.

Contudo, crianças são freqüentemente submetidas a tipos de abuso sexual diferentes da penetração vaginal, anal ou oral, que não as expõem ao contato contaminante com o agressor. Também considerar que, em grande parte dos casos, a violência sexual na infância é crônica e prolongada. Ambas as situações as exclui de indicação da profilaxia das DST não virais, da profilaxia do HIV e da imunoprofilaxia da hepatite B.

A prevalência de DST em situações de violência sexual é elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis. Entre elas, inclui-se o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral); o número de agressores; a ocorrência de traumatismos genitais; a idade e suscetibilidade da mulher; a condição himenal; a presença de DST ou úlcera genital prévia; e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor.

Parte importante das infecções genitais decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Doenças como gonorréia, sífilis, clamidiose, 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 profilaxia das DST não virais em mulheres que sofrem violência sexual visa os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher. Não deverão receber profilaxia de DST não virais casos de violência sexual onde 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.

PROFILAXIA PARA ADULTAS E ADOLESCENTES

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência sexual. Diferente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de adesão da mulher ou mesmo por intolerância gástrica, mais prevalente em situações de stress. Essa medida não acarreta necessariamente em danos

para o tratamento. De toda forma, recomenda-se que seja realizada precocemente, sempre que possível. O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das DST não virais para mulheres adultas e adolescentes com peso igual ou maior que 45 Kg encontra-se no **quadro 3**.

PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45 Kg NÃO GESTANTES

QUADRO 3

PENICILINA G BENZATINA Profilaxia da sífilis	2,4 milhões UI aplicar 1,2 milhões UI em cada nádega	IM	dose única	+
OFLOXACINA Profilaxia da gonorréia	400 mg	VO	dose única	+
AZITROMICINA Profilaxia da clamidiose e do cancro mole	1 g	VO	dose única	+/-
METRONIDAZOL Profilaxia da tricomoníase	2 g	VO	dose única	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. O uso de ceftriaxona e da azitromicina para a profilaxia da sífilis está sendo investigado, mas doses adequadas ainda não foram estabelecidas para esse fim.
2. A administração profilática do metronidazol e de suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento.
3. O uso profilático de outras quinolonas deve ser considerado como alternativa em situações onde a ofloxacina não estiver disponível.

PROFILAXIA PARA GESTANTES E CRIANÇAS

A gravidez, em qualquer idade gestacional, **não contra-indica a profilaxia para as DST não virais**. Nesses casos, visando a segurança fetal, recomenda-se o esquema de associação de medicamentos previstos no **quadro 4**. O **metronidazol** e suas alternativas (**tinidazol e secnidazol**) devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez e o **tianfenicol** é contra-indicado em todo período gestacional. O uso de quinolonas **é contra-indicado** em gestantes, crianças e em adolescentes com peso menor que 45 Kg.

PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM GESTANTES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM MENOS DE 45 Kg

QUADRO 4

PENICILINA G BENZATINA	IM	dose única	+
Gestantes		2,4 milhões UI	(1,2 milhões em cada nádega)
Crianças e Adolescentes		50 mil UI/Kg	(dose máxima: 2,4 milhões UI)
CEFTRIAXONA	IM	dose única	+
Gestantes		500 mg	
Crianças e Adolescentes		250 mg	
AZITROMICINA	VO	dose única	+/-
Gestantes		1 g	
Crianças e Adolescentes		20 mg/Kg	(dose máxima: 1 g)
METRONIDAZOL	VO		
Gestantes		2 g	(dose única)
Crianças e Adolescentes		15 mg/Kg/dia	(8/8 horas, por 7 dias, máximo: 2 g)

ALTERNATIVAS

Em mulheres com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, em especialmente à penicilina, deve-se utilizar alternativa de profilaxia. As drogas de primeira escolha, **quadros 3 e 4**, poderão ser substituídas por alternativas em caso de contra-indicação, conforme o **quadro 5**.

ALTERNATIVAS PARA A PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS

QUADRO 5

PROFILAXIA	GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADULTOS
Penicilina Benzatina (sífilis)	Estearato de Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas durante 15 dias	Estearato de Eritromicina 50 mg/Kg/dia VO cada 6 horas por 15 dias	Estearato de Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas durante 15 dias
Ofloxacina (gonorréia)	Ceftriaxona 500 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única Tianfenicol 2,5 g VO dose única
Azitromicina (clamídiase)	Estearato de Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas durante 7 dias	Estearato de Eritromicina 50 mg/Kg/dia VO cada 6 horas por 10 a 14 dias	Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas durante 7 dias
Azitromicina (cancro mole)	Ceftriaxona 250 mg IM dose única, ou Estearato de Eritromicina 500 mg VO cada 6 horas durante 7 dias	Ceftriaxona 125 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única
Metronidazol (tricomoníase)	Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g VO dose única		Secnidazol ou Tinidazol 2,0 g VO dose única

HEPATITES VIRAIS

7

A imunoprofilaxia para a hepatite B está indicada em casos de violência sexual onde ocorrer exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. A abordagem da condição sorológica da mulher que sofre violência sexual, quando disponível, e a interpretação dos resultados encontra-se discriminada no quadro 6. Cabe ressaltar, contudo, que a decisão de iniciar a profilaxia da hepatite B não deve estar condicionada a solicitação ou realização de exames complementares, por motivo de tempo. 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
(-)	(+)	Infecção aguda	Anti-HBs: (+) cura (-) doença crônica Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em seis meses
(-)	(-)	Negativo ou não produz anticorpo* * condição rara.	VACINAÇÃO e IGHAHB

IMUNOPROFILAXIA DA HEPATITE B

Mulheres imunizadas para hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Mulheres não imunizadas ou que desconhecem seu *status* vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, com 1 e 6 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). A vacina, após administração do esquema completo, induz imunidade em 90 a 95% dos casos.

As mulheres em situação de violência sexual também devem receber **dose única de IGHAHB, 0,06 ml/kg, IM**, em extremidade diferente da vacina e se a dose da vacina ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes. A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas da violência (Quadro 7). A vacina para hepatite B deve ser aplicada em deltóide. **Deve-se evitar a aplicação na região glútea, por resultar em menor imunogenicidade.** Estudos indicam o uso de IGHAHB apenas quando o agressor sabidamente tem hepatite B aguda. Devido à dificuldade prática de comprovar o fato nas circunstâncias de violência sexual, o PNI e o Programa Nacional de Hepatites Virais recomendam o uso de IGHAHB em todas as mulheres em situação de violência sexual não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto. Cabe lembrar que para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia. **A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a imunização para a hepatite B e nem a oferta de IGHAHB.**

QUADRO 7

IMUNOPROFILAXIA DA HEPATITE B

VACINA ANTI-HEPATITE B

Aplicar IM em deltóide
Imunização ativa

0, 1 e 6 meses da violência sexual

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B

0,06 ml/Kg
Aplicar IM em glúteo
Imunização passiva

dose única

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B casos de violência sexual onde a mulher apresente exposição crônica e repetida com mesmo agressor, situação freqüente em casos de violência sexual intrafamiliar.
2. Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B mulheres cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual.
3. A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE.
4. Como a vacinação para hepatite B já está incluída no calendário vacinal, deverá ser considerada a vacinação das crianças não vacinadas previamente.

TRANSMISSÃO VERTICAL

Em gestantes que sofrem 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 co-infecção com o HIV, e não existem

medidas profiláticas específicas. O aleitamento não está contra-indicado, mas devem ser ponderados riscos e benefícios.

Por outro lado, o risco para o vírus B é elevado, até 90% de chance de transmissão. Nestes casos, deve-se proceder com a **imediate vacinação (1ª dose) da criança** (dentro das primeiras 12 horas após o nascimento), **associada ao IGHAB**. Este procedimento (seguido das duas doses de vacina subseqüentes – 30 e 180 dias) evita a transmissão do vírus B da mãe para a criança em 90% dos casos. O aleitamento pode ser realizado após a administração da primeira dose da vacina contra o vírus B.

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Os eventos adversos da imunoglobulina humana anti-hepatite B são raros e 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 especializada com infectologista ou hepatologista. No quadro 8 encontra-se a interpretação dos exames sorológicos para hepatite B e os indicadores de doença.

INTERPRETAÇÃO DOS MARCADORES PARA HEPATITE B

QUADRO 8

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

INFECÇÃO PELO HIV

8

A infecção pelo HIV é grande preocupação para a maioria das mulheres em situação de violência sexual. Os estudos existentes indicam que a possibilidade de infecção em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%. Esse risco é comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes pérfurocortantes entre profissionais de saúde.

O risco de infecção pelo HIV, a 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 suscetibilidade da mulher; a rotura himenal; a exposição a secreções sexuais e/ou sangue; a presença de DST ou úlcera genital prévia; e a carga viral do agressor. Também se associa ao trauma subjacente, na medida que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade mais freqüentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção.

A profilaxia do HIV com uso de anti-retrovirais em situações de violência sexual é um procedimento relativamente complexo e novo, em intenso processo de investigação. Não existem estudos definitivos que assegurem que os anti-retrovirais protejam a mulher em situação de violência sexual. Da mesma forma, não existem evidências científicas que afastem essa possibilidade. Cabe considerar o êxito da profilaxia anti-retroviral em outras situações, embora as comparações sejam metodologicamente imperfeitas. A drástica redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto, bem como o sucesso alcançado na profilaxia dos acidentes entre profissionais de saúde, têm estimulado o uso dos anti-retrovirais em situações de violência sexual. Além disso, serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência sexual têm encontrado indicadores consistentes da eficácia profilática dos anti-retrovirais, com expressiva adesão das mulheres ao tratamento.

INDICAÇÕES E CUIDADOS FUNDAMENTAIS

Nas situações em que o estado sorológico do agressor não pode ser conhecido em tempo elegível, a profilaxia do HIV deve ser indicada quando ocorrer penetração vaginal e/ou anal, associada ou não ao coito oral. Essa condição corresponde a maioria dos casos de violência sexual atendidos pelos serviços de saúde. No entanto, tratando-se de penetração vaginal ou anal, **a decisão de iniciar a profilaxia não deve se basear em critérios de**

gravidade. Em situações de violência sexual com sexo oral exclusivo, não existem evidências para assegurar a indicação profilática dos anti-retrovirais, até o momento, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nestes casos, riscos e benefícios devem ser cuidadosamente ponderados e a decisão deve ser individualizada. Não devem receber a profilaxia para o HIV casos de violência sexual onde a mulher, criança ou adolescente apresente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor. Não deverá ser realizada a profilaxia para o HIV quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

Algumas situações excepcionais merecem atenção. A realização do teste anti-HIV no agressor deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, com o objetivo de suspender a medicação anti-retroviral caso o resultado seja negativo. Também o uso de teste rápido pode ser indicado para a tomada de decisão terapêutica, quando a condição sorológica do agressor é desconhecida, mas o mesmo é identificável e existindo tempo para sua avaliação em menos de 72 horas da violência, Caso o resultado seja negativo, a quimioprofilaxia anti-retroviral não deve ser realizada (ver fluxograma de uso de teste rápido).

Nos casos em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento com uso de anti-retrovirais, a decisão do tipo de combinação de medicamentos para profilaxia deverá ser individualizada e escolhida por um infectologista. A falta de especialista no momento imediato do atendimento pós-exposição não é razão suficiente para retardar o início da quimioprofilaxia. Nesses casos, recomenda-se o uso dos esquemas habituais, como **AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + nelfinavir ou indinavir**, até que a paciente seja reavaliada quanto à adequação da quimioprofilaxia.

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. Ela exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo e grau de risco da violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime. A decisão final deve considerar sempre a motivação e o desejo da mulher em se submeter ao tratamento.

ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

A profilaxia do HIV, com o uso de anti-retrovirais, deve ser **iniciada no menor prazo possível**, com **limite de 72 horas da violência sexual**. Os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, **por 4 semanas consecutivas**. O prazo de 72 horas **não deve ser ultrapassado em nenhuma hipótese**, mesmo em situações de múltiplos e elevados fatores de risco e agravo de exposição ao HIV.

Embora não existam esquemas definitivos de associação de anti-retrovirais para essa finalidade, recomenda-se o emprego de drogas potentes, do ponto de vista virológico, com baixo potencial de toxicidade e boa perspectiva de adesão. **O esquema de primeira escolha deve combinar três drogas**, pela reconhecida maior eficácia na redução da carga viral plasmática.

Quando o esquema anti-retroviral selecionado incluir o **nelfinavir** ou o **ritonavir**, a **anticoncepção de emergência deve ser realizada com levonorgestrel**. Esses anti-retrovirais reduzem significativamente os níveis séricos dos estrogênios devido a interação medicamentosa que ocorre no sistema microsomal hepático.

PROFILAXIA PARA MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES

Em **mulheres adultas e adolescentes** recomenda-se usar a associação da **zidovudina (AZT) 300mg** e **lamivudina (3TC) 150 mg** (inibidores da transcriptase reversa), 1 comprimido a cada 12 horas, preferentemente combinados na mesma formulação. A terceira droga que completa o esquema, **nelfinavir (NFV) 750 mg** ou **indinavir (IDV) 800 mg** (inibidores da protease), deve ser administrada a cada 8 horas (**Quadro 9**).

O indinavir pode ser, eventualmente, associado com um quarto medicamento, o **ritonavir (RTV)**, como adjuvante farmacológico, neste caso indinavir (IDV) 800 mg + ritonavir (RTV) 100-200 mg a cada 12 horas com ou sem alimento. Cabe lembrar que o **ritonavir** interage de forma importante com o **metronidazol e seus substitutos**, utilizados como parte da profilaxia de DST não virais. Deve-se preferir o **nelfinavir**, sempre que possível, ou **suspender o metronidazol quando o ritonavir for indispensável**. Em **gestantes** o esquema preferencial deve considerar a associação de **AZT, 3TC e NFV** nas mesmas doses acima indicadas. **Não se recomenda o uso da nevirapina ou de outros análogos não nucleosídeos nessas situações**.

PROFILAXIA DO HIV PARA MULHERES ADULTAS, ADOLESCENTES E GESTANTES

QUADRO 9

ZIDOVUDINA 300 mg	VO	cada 12 horas	(café e jantar)	+
LAMIVUDINA 150 mg	VO	cada 12 horas	(café e jantar)	+
NELFINAVIR 750 mg	VO	cada 8 horas	(café, almoço e jantar)	ou
1250 mg	VO	cada 12 horas	(café e jantar)	

PROFILAXIA PARA CRIANÇAS

Para as crianças recomenda-se a associação de AZT e 3TC, com a possibilidade de escolha da terceira droga entre o NFV e o RTV, todas disponíveis em solução oral (quadro 10). A dose de **AZT é de 90 a 180 mg/m² cada 8 horas** (máximo de 600 mg/dia). Para o **3TC a dose é de 4 mg/Kg cada 12 horas** (máximo de 150 mg cada 12 horas). O **NFV deve ser usado na dose de 30 mg/Kg cada 8 horas** (dose máxima de 750 mg cada 8 horas). Por fim, o **RTV é usado de 350 a 400 mg/m² cada 12 horas** (dose máxima de 600 mg cada 12 horas). O **quadro 10** resume o esquema de administração.

PROFILAXIA DO HIV PARA CRIANÇAS

QUADRO 10

ZIDOVUDINA 90 a 180 mg/m²	VO	cada 8 horas	+	$\text{S.C. (m}^2\text{)} = \frac{(\text{Peso} \times 4) + 7}{\text{Peso} + 90}$
LAMIVUDINA 4 mg/Kg	VO	cada 12 horas	+	
NELFINAVIR 30 mg/Kg	VO	cada 8 horas		

ADESÃO

A adesão aos anti-retrovirais é um dos fatores principais na redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV, nos casos de profilaxia. A **não adesão** ao esquema anti-

retroviral está diretamente relacionada com o risco de desenvolvimento de resistência viral, de falha da profilaxia e de surgimento de cepas virais multirresistentes.

O termo *adesão* deve ser observado dentro do contexto no qual a pessoa não apenas obedece a orientações da equipe de saúde, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida. Vários fatores afetam a capacidade de adesão, como aspectos sócio-econômicos, grau de escolaridade e qualidade do serviço de saúde. A adesão aos anti-retrovirais diminui quanto mais eles interferem nas atividades cotidianas ou nos hábitos alimentares, ou quando acarretam em muitos efeitos colaterais. A adesão também é menor se a comunicação e a interação entre a mulher e o(a) profissional de saúde for deficiente ou inadequada. As estratégias para garantir adesão adequada aos anti-retrovirais incluem:

- Adequar o esquema anti-retroviral ao estilo de vida da usuária. Esta é, provavelmente, a medida mais simples e efetiva para melhorar a adesão.
- Identificar as rotinas diárias e, se possível, coincidir a administração dos medicamentos com atividades rotineiras.
- As refeições, geralmente com horários bem definidos, nem sempre funcionam como boa referência para a ingestão dos medicamentos, devido as restrições ou exigências do esquema anti-retroviral, e dos hábitos alimentares variáveis das pessoas.
- Utilizar lembretes para tomada dos medicamentos, orientando que sejam tomados 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 mulher ou responsável, no caso de crianças, uma escala diária dos medicamentos, definindo horários ou atividades relacionadas com as tomadas.
- Manter a mulher bem informada e esclarecer dúvidas em cada consulta.
- Orientar alguém próximo da mulher a acompanhar e apoiar a profilaxia, sempre que possível e com a concordância da mulher.
- Planejar cuidados e modificações na escala das tomadas em casos de viagens, mesmo que de curta duração.

É importante que a equipe de saúde perceba que determinadas sugestões podem ser mais apropriadas para algumas pessoas do que para outras. Porém, independentemente das estratégias adotadas, a forma mais efetiva de conseguir adesão adequada é motivar e envolver a pessoa no seu tratamento, utilizando-se medidas práticas, fazendo ajustes necessários e oferecendo permanente apoio.

ACONSELHAMENTO

O aconselhamento, como processo de escuta ativa, permite estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores e facilita a superação da violência sexual. O apoio emocional permite que a pessoa entre em contato com a equipe de saúde de maneira menos defensiva, e possa iniciar o processo de elaboração do ocorrido dentro de suas possibilidades. Também permite minimizar o dano emocional, otimizar as profilaxias disponíveis, e aderir ao tratamento. Nesse momento, é imprescindível que o(a) profissional de saúde disponha de tempo para ouvir a mulher e promover ambiente de confiabilidade e empatia. Além das medidas de aconselhamento específicas para a adesão aos anti-retrovirais, o aconselhamento deve incluir outras questões:

- A mulher em situação de violência sexual deve ser informada que não há segurança ou garantia absoluta de que a profilaxia funcionará. Considerando a possibilidade, mulheres e adolescentes devem ser orientadas a usar o preservativo masculino ou feminino em todas as relações sexuais, caso retomem a atividade sexual, durante o período de 6 meses da data da violência. Esse tempo está condicionado aos resultados finais das sorologias para o HIV e para a hepatite B e C. A medida visa proteger o parceiro na eventualidade de transmissão das DST não virais, hepatites ou HIV.
- 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 para a mulher que os resultados iniciais, quando negativos, não são definitivos e não a dispensam da realização de exames futuros nos períodos indicados.
- Mulheres em situação de violência sexual que estejam amamentando deverão ser orientadas a suspender o aleitamento durante a quimioprofilaxia anti-retroviral, pela possibilidade de exposição da criança aos anti-retrovirais (passagem pelo leite materno) e também para evitar o risco de transmissão vertical.

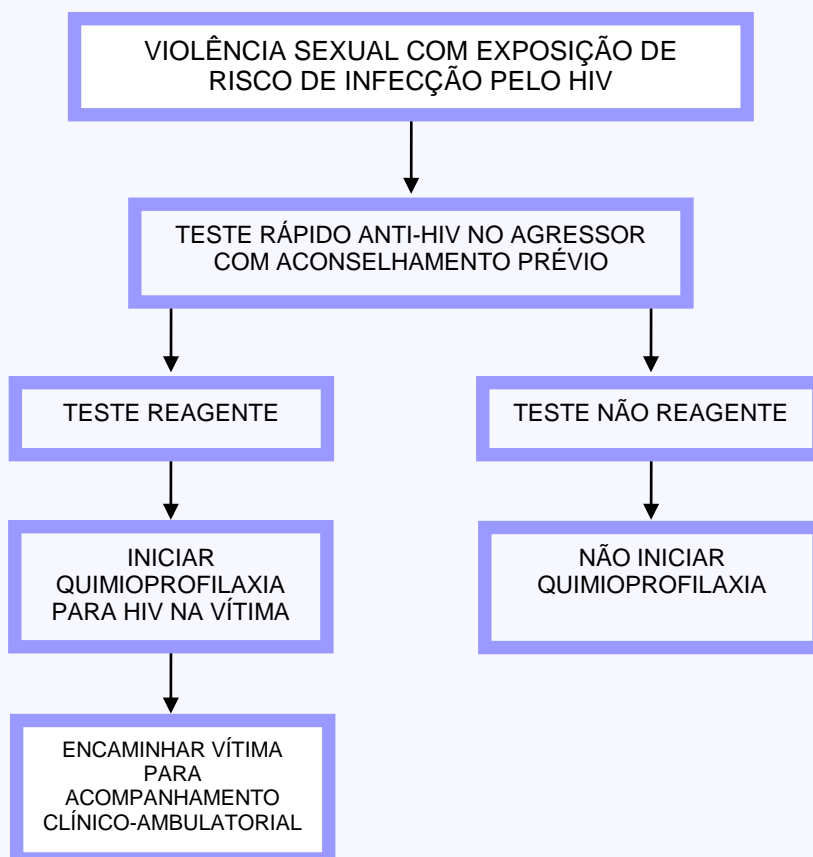
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

O uso concomitante de outras drogas com os anti-retrovirais podem apresentar risco potencial de interação medicamentosa, a exemplo dos tuberculostáticos, hipnóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes. Recomenda-se a consulta do **anexo 1**, caso necessário.

REAÇÕES ADVERSAS

A paciente que inicia profilaxia anti-retroviral deve ser orientada a procurar atendimento assim que surjam quaisquer sintomas ou sinais clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa. Os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, como efeitos gastrintestinais, cefaléia e fadiga. As alterações laboratoriais são usualmente discretas, transitórias e pouco freqüentes. 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 necessário a utilização de medicações sintomáticas, a exemplo dos antieméticos ou antidiarreicos. Nessa reavaliação, esquemas alternativos de anti-retrovirais podem, eventualmente, ser necessários na tentativa de se manter a profilaxia durante as 4 semanas.

FLUXOGRAMA PARA USO DO TESTE RÁPIDO ANTI HIV EM VIOLÊNCIA SEXUAL



ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL

9

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal realizada no momento de admissão da mulher que sofre violência sexual é necessária para estabelecer a eventual presença de DST, HIV ou hepatite, prévias a violência sexual. A realização de teste anti-HIV nos serviços de emergência deve ser feita após aconselhamento e consentimento verbal da mulher, devendo seguir o fluxograma de detecção de anticorpos anti-HIV (ver anexo 4). A realização de hemograma e transaminases é necessária somente para mulheres que iniciem a profilaxia com anti-retrovirais.

O apoio laboratorial é fundamental para auxiliar no diagnóstico e investigação das DST/HIV/Hepatitis. No entanto, o diagnóstico final deve ser o resultado dos achados do exame clínico e do exame ginecológico associados aos testes complementares. As instituições de referência devem ter acesso à assistência laboratorial para a execução dos exames recomendados (quadro 11) e de outros que, a critério clínico, possam ser necessários.

QUADRO 11		ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL			
	ADMISSÃO	2 SEMANAS	6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES
Conteúdo vaginal	■		■		
Sífilis (VDRL ou RSS)	■		■	■	
Anti HIV	■		■	■	■
Hepatite B	■			■	■
Hepatite C	■			■	■
Transaminases	■	■			
Hemograma	■	■			

A avaliação do conteúdo vaginal compreende a coleta de material para a realização de exame bacterioscópico e de cultura da secreção vaginal e, eventualmente, biologia molecular, com investigação endocervical para o gonococo, clamídia e HPV, quando houver suporte laboratorial.

GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

10

Entre as conseqüências 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 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, freqüentemente em condições inseguras e com graves conseqüências 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 conseqüências são de alta prioridade para profissionais de saúde. Às mulheres deve ser garantido o acesso à informação e 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 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 2848, 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, 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. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados a Polícia ou Justiça.

O(a) médico(a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual. Segundo o Código Penal Brasileiro, artigo 20, § 1º, “*é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima*”. Se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente.

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. **Entre 16 e 18 anos** a adolescente deve ser **assistida** pelos pais ou pelo representante legal, que se manifestam **com ela**. Se a adolescente ou criança tem **idade menor que 16 anos**, deve ser **representada** pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam **por ela**.

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 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.

A realização do abortamento **não se condiciona à decisão judicial** que ateste e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. Portanto, **a lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento** em casos de gravidez decorrente 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.

OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Segundo o artigo 7 do Código de Ética Médica *“o médico deve exercer a profissão com ampla 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 21 acrescenta que é direito do médico(a) *“indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país”*. Também é direito do médico(a), artigo 28, *“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 43.

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.

PROCEDIMENTOS DE INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ

11

Sob a perspectiva da saúde, **abortamento** é a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana de gestação, e com produto da concepção pesando menos que 500 g. **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 6^a a 8^a semana de gestação. O exame de ultra-sonografia é o método mais preciso e adequado para confirmar a idade gestacional e, sempre que disponível, deve ser utilizado.

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 ultra-sonografia são necessários para afastar a ocorrência de gravidez ectópica ou de gestação molar. Sempre que possível, o exame de ultra-sonografia 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 e o exame físico são essenciais para conhecer 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. Doenças pré-existentes e medicamentos em uso também devem ser considerados. A determinação do tipo sanguíneo, do fator Rh e hemograma devem ser procedimentos de rotina. Outros exames complementares pré-operatórios podem ser solicitados, quando necessário.

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 intra-uterina**, segundo a Organização Mundial de Saúde e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). A aspiração a vácuo é procedimento muito seguro, rápido e eficiente. As complicações são excepcionais e, raramente, de gravidade relevante. Incluem a infecção, o esvaziamento incompleto, sangramento excessivo, ou perfuração uterina. A Aspiração Elétrica a Vácuo (AEV) utiliza bomba de vácuo de fonte elétrica, o que torna o equipamento menos prático e de maior custo. A Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) é procedimento que utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre 4 e 12 mm, acopladas a seringa com vácuo de 60cc, promovendo a raspagem e aspiração simultânea da cavidade uterina. A técnica pode ser realizada, grande parte das vezes, sem necessidade de dilatação cervical em gestações iniciais. Nas gestações de maior idade gestacional geralmente é precedida de 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.

A administração o **misoprostol** isoladamente, como método de interrupção da gravidez nas primeiras 12 semanas de idade gestacional, é opção a ser considerada em circunstâncias especiais. O procedimento é mais demorado, possivelmente mais doloroso, e com efeitos gastro-intestinais mais freqüentes. A escolha da dose varia em diferentes experiências. As evidências sugerem dose de 800 µg por dia, via vaginal, durante 2 dias, com 3 possíveis esquemas: a) 800 µg dose única, cada 24 horas; b) 400 µg cada 12; e c) 200 µg cada 6 horas. Embora outras vias de administração possam ser empregadas, deve-se preferir a via vaginal, umedecendo os comprimidos com água e aplicando-os nos fundos de saco laterais da vagina.

A mulher que eventualmente decida pelo uso do misoprostol deve ser informada das limitações e efeitos do método. O risco de sangramento excessivo deve ser discutido com a mulher, que poderá aguardar pela conclusão do abortamento até 24 horas depois da última dose, em regime de internação ou em sua residência. Após esse período, o esquema pode ser repetido ou mudar o tratamento para aspiração ou curetagem, dependendo da decisão da mulher e das condições clínicas. Alternativas como o **mifepristone (RU 486)** e outros métodos de abortamento farmacológico não estão disponíveis para uso no Brasil.

MÉTODOS DE INTERRUÇÃO APÓS 12 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui **método de eleição**. Para as gestações com mais de 12 e menos de 20 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 µg via vaginal cada 12 horas, durante 48 horas. O tratamento pode ser repetido após intervalo de 3 a 5 dias, em caso de insucesso. A aspiração intra-uterina 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 hipótese.

GESTAÇÕES COM MAIS DE 20 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL

Não se recomenda a interrupção da gravidez após 20 semanas de idade gestacional. A mulher deve ser informada da impossibilidade de atender a solicitação 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 entre 9 e 12 semanas a preparação ou maturação do colo de útero torna o procedimento de esvaziamento uterino (aspiração a vácuo ou curetagem) mais rápido e com menor risco de complicações imediatas. O método é particularmente desejável para nulíparas e adolescentes. Recomenda-se utilizar dose única de 200 a 400 µg de misoprostol, via vaginal, 3 a 4 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 farmacológica 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 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 5 e 7 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 tranqüilizantes, 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 e acessíveis devem ser dadas para a mulher que realiza a interrupção da gravidez, respeitando-se os princípios de confidencialidade e privacidade. A equipe de saúde deve prover essas informações de forma sensível, considerando as condições emocionais de cada mulher. Ela deve ser esclarecida sobre o que será feito, medidas para alívio da dor, tempo do procedimento e de permanência no serviço, segurança do procedimento e riscos envolvidos. Manifestações de dúvidas e receios podem ocorrer e a equipe de saúde deve expressar consideração a cada questionamento, oferecendo resposta para cada uma delas.

PROFILAXIA DE INFECÇÃO

A infecção do trato genital inferior no momento do abortamento deve ser valorizada, na medida que constitui importante fator de risco para infecções mais severas após o procedimento. Existindo sinais clínicos ou testes complementares sugestivos ou compatíveis com infecção, é necessário o tratamento apropriado antes da interrupção. Na ausência dessas condições, o uso profilático de antibióticos deve ser cuidadosamente

considerado para cada caso. A violência sexual se associa com taxas elevadas de aquisição de DST e há evidências de que a profilaxia reduz expressivamente o risco de infecção pós-procedimento.

CUIDADOS DE COLETA E GUARDA DE MATERIAL

Recomenda-se que amostras do material embrionário ou placentário 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 11. 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. Nos serviços onde a medida é praticada de rotina, deve-se administrar **1 ampola de imunoglobulina Anti-Rh até 72 horas da interrupção da gravidez** para as mulheres com teste de **Coombs indireto negativo**. O mesmo deve ser feito para a interrupção das gestações no segundo trimestre.

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, nos casos de uso de métodos cirúrgicos. Sangramento vaginal de menor ou igual volume ao menstrual pode ocorrer por vários dias. Cólicas abdominais, geralmente de intensidade tolerável, podem estar presentes nos primeiros dias.

A mulher poderá retornar as 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 7 a 10 dias do procedimento. Devem ser orientadas a retornar ao serviço de saúde em qualquer momento se ocorrer febre, dor abdominal ou sangramento vaginal de maior volume. A equipe de saúde deve colocar ênfase na necessidade de retorno da mulher para receber as medidas de atenção, principalmente para completar a investigação de DST/HIV/Hepatites.

COLETA DE MATERIAL

12

A identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância na violência sexual, tanto para a comprovação do crime como para a identificação do agressor. Cerca de 95% dos agressores não são condenados por falta de provas materiais, muitas vezes exigidas pela justiça.

Material do conteúdo vaginal, anal ou oral deve ser coletado por meio de *swab* ou similar, sendo acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado, preferentemente em ambiente climatizado. Nos serviços que dispõem de congelamento do material, a medida poderá ser adotada. O material não deve ser acondicionado em sacos plásticos que, por manterem umidade, facilitam a proliferação bacteriana que destrói células e DNA. **Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, pela possibilidade de desnaturar o DNA.** O material deverá ficar arquivado no serviço, em condições adequadas, à disposição do Poder Judiciário.

ANEXOS

13

ANEXO 1.

APRESENTAÇÃO, POSOLOGIA E INTERAÇÃO COM ALIMENTOS DOS PRINCIPAIS MEDICAMENTOS ANTIRETROVIRAIS INDICADOS PARA SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL.

NOME GENÉRICO	SIGLA	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	INTERAÇÃO COM ALIMENTOS
ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA	AZT (ou ZDV) + 3TC	adultos e adolescentes: comprimido AZT+3TC 300+150mg	adultos e adolescentes: 300 mg + 150mg 2x/dia	administrar com ou sem alimentos.
LAMIVUDINA	3TC	adultos e adolescentes: comprimido 150mg crianças: solução oral c/ 10 mg/ml (fr 240 ml)	adultos e adolescentes: 150mg 2x/dia <50kg:2mg/kg 2x/dia crianças: 4 mg/kg 12/12 hs (dose máxima 150 mg 12/12 hs)	administrar com ou sem alimentos
ZIDOVUDINA	AZT (ou ZDV)	adultos e adolescentes: cápsula 100mg crianças: solução oral c/ 10 mg/ml (fr 200 ml)	adultos e adolescentes: 300mg 2x/dia, ou 200mg 3x/dia crianças: 90-180 mg/m 2 8/8 hs (dose máxima 600 mg /dia)	administrar com ou sem alimentos
INDINAVIR	IDV	adultos, adolescentes e crianças que conseguem deglutir cápsulas: cápsula 400mg	Adultos e adolescentes: uso sem RTV: 800 mg de 8/8 horas associado com RTV 1) : IDV 800mg 2x/dia + RTV 100 mg 2x/dia crianças: 500 mg /m 2 8/8 hs associado ao RTV administrar com ou sem alimento. uso sem RTV	administrar 1 h antes ou 2 hs após alimentação hidratação abundante (risco de nefrolitíase)
NELFINAVIR	NFV	adultos e adolescentes: comprimido 250mg crianças: pó p/ suspensão oral 50 mg/g (1 medida = 50 mg)	Adultos e adolescentes: 1250mg 2x/dia ou 750mg 3x/dia crianças: 30 mg/kg 8/8 hs (dose máxima: 750 mg 8/8 hs)	administrar com alimentos
RITONAVIR	RTV	adultos e adolescentes: cápsula 100mg crianças: solução oral c/ 80 mg/ml (fr 240 ml)	adultos e adolescentes: associado com IDV (1): RTV 100 mg 2x/dia + IDV 800mg 2x/dia crianças (2) : 350-400 mg/m ² 12/12 hs (dose máxima: 600 mg 12/12 hs)	administrar preferencialmente com alimento para melhorar a tolerância.

(1) Uso de RTV 100mg 2x/dia em adultos e adolescentes: sem necessidade de escalonamento de doses.

(2) Uso de RTV em Crianças: iniciar com 200 mg/m² e aumentar 50 mg/m² de 3/3 dias até atingir dose usual.

ANEXO 2.

PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM ANTI-RETROVIRAIS UTILIZADOS NA QUIMIOPROFILAXIA PARA O HIV APÓS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO SEXUAL.

LAMIVUDINE

EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÕES COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
Cefaléia, náusea, diarreia, dor abdominal, fadiga, tosse, insônia, alteração do comportamento, anemia e neutropenia, neuropatia periférica, mialgia, pancreatite, exantema, paroníquia, Acidemia/acidose láctica e hepatomegalia grave com esteatose hepática.	Zalcitabina (potencial antagonismo). Evitar uso concomitante.	SMX-TMP (↑ biodisponibilidade de 3TC). Não há necessidade de ajuste de dose.

ZIDOVUDINA

EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÕES COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
Anemia, neutropenia, leucopenia, plaquetopenia, náuseas, vômitos, astenia, mal-estar geral, cefaléia, miopatia, insônia, hiperpigmentação cutâneas, ungueal e de mucosas, alteração das provas hepáticas e hepatite. Acidemia/acidose láctica e hepatomegalia grave com esteatose hepática.	Estavudina (potencial para redução da atividade anti-retroviral). Não usar concomitantemente.	Ganciclovir, anfotericina B, flucitossina, SMX-TMP, dapsona, pirimetamina, citostáticos, sulfadiazina (↑ risco de toxicidade hematológica). Monitorar anemia e neutropenia. Probenecida, fluconazol, paracetamol, metadona, atovaquona, ácido valpróico (↑ níveis séricos do AZT). Monitorar toxicidade do AZT.

INDINAVIR

EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÕES COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
Nefrolitíase, atrofia renal, hematúria, piúria estéril, hipertensão arterial, cefaléia, insônia, náusea, vômitos, astenia, fadiga, distúrbios do paladar, alopecia, alteração dos pelos e unhas xerodermia, xerostomia, dor abdominal, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia indireta assintomática, lipodistrofia, aumento de triglicérides, hipercolesterolemia, hiperglicemia, diabetes.	Didanosina (↓ absorção de IDV). Administrar com intervalo mínimo de 1 hora. Delavirdina (↑ níveis séricos de IDV). Reduzir a dose de indinavir para 600mg 8/8h(2). Efavirenz (↓ níveis séricos de IDV). Aumentar a dose de indinavir para 1.000mg 8/8h se este for usado como único IP (2). Nevirapina (↓ níveis séricos de IDV). Não há necessidade de ajuste de doses. Ritonavir (↑ níveis séricos de IDV). Se associado ao IDV, usar RTV na dose de 100-200 mg 2x/dia. O indinavir não deve ser administrado com amprenavir e saquinavir .	O indinavir não deve ser co-administrado com: rifampicina, astemizol, terfenadina, cisaprida, sinvastatina, lovastatina, derivados do ergot, midazolam ou triazolam. Rifabutina (↓ níveis séricos de IDV e ↑ níveis séricos da rifabutina). Ajustar dose de rifabutina Cetoconazol e itraconazol (↑ níveis séricos de IDV). Considerar a redução da dose do indinavir para 600mg 8/8h (1). Aciclovir (maior risco de nefrolitíase). co-Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (↓ níveis séricos de IDV). Considerar alternativas terapêuticas. Erva de São João (↓ níveis séricos de IDV). Evitar uso. Sildenafil (↑ biodisponibilidade de sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia.

ANEXO 2.

PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS COM ANTI-RETROVIRAIS UTILIZADOS NA QUIMIOPROFILAXIA PARA HIV APÓS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO SEXUAL (CONTINUAÇÃO).

NELFINAVIR

EFEITOS ADVERSOS	INTERAÇÕES COM ARV	OUTRAS INTERAÇÕES
<p>Diarréia (efeito mais freqüente), exantema, flatulência, náusea, dor muscular, fraqueza, lipodistrofia, aumento de triglicerídeos, hipercolesterolemia, hiperglicemia e diabetes.</p>	<p>Didanosina (↓ absorção da NFV). Administrar com intervalo mínimo de 1 hora.</p> <p>Efavirenz ou nevirapina (↑ níveis séricos de NFV). Não há necessidade de ajuste de doses.</p> <p>Ritonavir (↑ níveis séricos de NFV). Sugere-se ajustar a dose de RTV para 400mg 2x/dia, e de NFV para 500-750mg 2x/dia.</p> <p>Saquinavir (↑ níveis séricos de SQV e NFV). Não há necessidade de ajuste de doses.</p> <p>O nelfinavir não deve ser co-administrado com delavirdina e amprenavir.</p>	<p>O nelfinavir não deve ser co-administrado com: rifampicina, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, sinvastatina, lovastatina, derivados do ergot, astemizol, terfenadina, cisaprida, midazolam ou triazolam.</p> <p>Rifabutina (↓ níveis séricos de NFV e ↑ níveis séricos de rifabutina). Ajustar dose de rifabutina</p> <p>Bloqueadores de cálcio (possibilidade de aumento dos níveis séricos dos bloqueadores).</p> <p>Monitorar toxicidade.</p> <p>Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (↓ níveis séricos de NFV). Considerar alternativas terapêuticas</p> <p>Sildenafil (↑ biodisponibilidade de sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia.</p> <p>Atenção: Etinilestradiol e noretindrona (↓ significativa nos níveis séricos dos hormônios). Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.</p>

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 Ultra-Sonografia |__| 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 4.
LEI DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.**

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima
José Dirceu de Oliveira e Silva

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

ANEXO 5.**FLUXOGRAMA PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 2 ANOS.**

**ANEXO 6.
RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DO TÉTANO.**

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

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

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

14

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Educational bulletin: adolescent victims of sexual assault.** Int J Gynaecol Obstet 1999. 64:195-9.

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

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

BELLAGIO CONFERENCE ON EMERGENCY CONTRACEPTION. **Consensus statement on emergency contraception.** Contraception 1995. 52:211-213.

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^a 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 anti-retroviral 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 D JUSTIÇA. Secretaria de Políticas de Saúde. **Direitos humanos e violência intrafamiliar.** Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

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.** MMRW 1998. 47(7):1-33.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Sexually transmitted diseases treatment - guidelines 2002.** MMWR 2002. 51(RR-6):61-4.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Código de ética.** Resolução CFM nº 1.246. Diário Oficial da União: Brasília, DF. 1988.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Violência sexual e aspectos éticos da assistência.** In: Cadernos de ética em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: CREMESP, 2^a edição. 2002. 71-78.

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 JR R, DELMANTO FMA. **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.** FEBRASGO. 1997.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO NA LEI (I). FEMINA 1997. 25:1-8.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL SOBRE O ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO POR LEI (II). FEMINA 1998. 26:134-8.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO POR LEI (III). FEMINA 1999. 27:317-21.

GOSTIN OL, LAZZARINI Z, ALEXANDER D, BRANDT AM, MAYER KH, SILVERMAN DC. **HIV Testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault.** JAMA 1995, 271(18):1436-1444.

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: IPPF. 1992.

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

JENNY C, HOOTON TM, BOWERS A, COPASS MK, KRIEGER JN, HILLIER SL, KIVIAT N. **Sexually transmitted diseases in victims of rape.** The New England Journal of Medicine 1990. 322(11):713-716.

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.

OPRR REPORTS: PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS. **Code of Federal Regulations 45CFR 46,** March 8. 1983.

PIMENTEL S, SCHRITZMEYER ALP, PANDJIARJIAN V. **Estupro: crime ou "cortesia"? Abordagem sociojurídica de gênero.** Porto Alegre: SAFE. 1998.

ABORTO LEGAL: IMPLICAÇÕES ÉTICAS E RELIGIOSAS. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir. 2002.

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 1998. 352:428-433.

THE POPULATION COUNCIL. **Relatório final da I oficina brasileira sobre a anticoncepção de emergência.** Campinas: The Population Council. 1996.

TORRES JHR. **Aspectos legais do abortamento.** Jornal da Redesaúde 1999. 18:7-9.

UNITED NATIONS. **Declaration on the Elimination of Violence Against Women.** New York: General Assembly United Nations. 1993.

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

UNITED NATIONS. **Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995.** New York: United Nations, (Sales No. 96.IV.13). 1996.

VILLELA W, OLIVEIRA MJA. **Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice** Reproductive Health Matters 2000. 8(16):77-82.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation violence and health.** Geneva: World Health Organization. 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Emergency contraception: a guide for service delivery.** WHO/FRH7FPP798.19. Geneva: World Health Organization. 1998.

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