



## **VIOLÊNCIA SEXUAL**

### **PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA E CONDUTA PARA O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**

NÚCLEO DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER EM SITUAÇÃO  
DE VIOLÊNCIA SEXUAL. PRONTO ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE**  
**CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER**  
**HOSPITAL PÉROLA BYINGTON**

**VIOLÊNCIA SEXUAL**  
**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA E CONDUTA**  
**PARA O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**  
NÚCLEO DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER EM SITUAÇÃO  
DE VIOLÊNCIA SEXUAL. PRONTO ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA

**LUIZ HENRIQUE GEBRIM**  
DIRETOR TÉCNICO DE DEPARTAMENTO DE SAÚDE

**ROBERTO EUZÉBIO DOS SANTOS**  
DIRETOR TÉCNICO DE DIVISÃO DE SAÚDE

**CLAUDIA DE CARVALHO RAMOS BORTOLETTO**  
DIRETOR TÉCNICO DE DIVISÃO DE SAÚDE GERÊNCIA DE GINECOLOGIA GERAL

**MARCIA MENEGHELLO**  
DIRETOR TÉCNICO DO NÚCLEO DE ENFERMAGEM

**JOÃO DE OLIVEIRA FILHO**  
DIRETOR TÉCNICO DO NÚCLEO DE FARMÁCIA

**SANDRA GARRIDO**  
DIRETOR TÉCNICO DO NÚCLEO DE SERVIÇO SOCIAL

**ALCINA DE CASSIA MEIRELLES**  
DIRETOR TÉCNICO DE SERVIÇO DE SAÚDE NÚCLEO DE PSICOLOGIA

**ALYSSON ZANATTA**  
DIRETOR TÉCNICO DO NÚCLEO DE PRONTO ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA

**JEFFERSON DREZETT**  
DIRETOR TÉCNICO DO NÚCLEO DE ATENÇÃO INTEGRAL A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

© 2008. Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington. Núcleo de atenção Integral à Mulher em Situação de Violência Sexual. Pronto Atendimento em Ginecologia.

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

Violência sexual. Protocolo de assistência e conduta para o atendimento de urgência. 3ª edição. São Paulo, Centro de Referência da Saúde da Mulher. 2008. 23p.

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
Coordenadoria de Serviços de Saúde  
Centro de Referência da Saúde da Mulher  
Hospital Pérola Byington  
Avenida Brigadeiro Luiz Antonio 683. Bela Vista.  
CEP. 01317-000, São Paulo – SP.  
Tel.: (11) 3242.3433

**Elaboração**  
Jefferson Drezett

**Colaboração**  
Agda Rodrigues Souza, Alcina Meirelles, Alysson Zanatta, Cecília Tomiko Nobumoto, Cesar Augusto de Lábio, Cíntia Michele Saqueti, Daniela Pedroso, Eliana Gircoreano, Joselene Breda, Lizandre Albieri Michelete, Maria Elisabeth de Salles Pacheco, Maria Estela Santos, Patrícia Ajewiski Rebelo, Sandra Fernandes de Amorim, Sandra Garrido, Valéria Yumi Rolemberg.

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	4
ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA .....	5
PROFILAXIA DE DST NÃO VIRais .....	7
IMUNOPROFILXIA DA HEPATITE B .....	9
PROFILAXIA DA INFECÇÃO PELO HIV .....	11
TRAUMATISMOS FÍSICOS .....	15
ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS DO ATENDIMENTO IMEDIATO .....	16
ASPECTOS PSICOLÓGICOS .....	20
ORIENTADOR PARA INTRODUÇÃO DAS PROFILAXIAS.....	22
TELEFONES ÚTEIS .....	23

# APRESENTAÇÃO

A Organização dos Estados Americanos, durante a Convenção de Belém do Pará, definiu por 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**”. Nesse sentido, a violência sexual constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, além de representar uma brutal e inaceitável violação de Direitos Humanos, de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos. Embora possa comprometer ambos os sexos, o peso da questão de gênero faz com que as mulheres sejam as principais atingidas pela violência sexual. O fenômeno, considerado universal, atinge mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Ocorre em países de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, e em qualquer etapa da vida da mulher.

Estima-se que 12 milhões de pessoas, a cada ano no mundo, sofram situações de violência sexual. Apenas nos EUA, calcula-se que ocorram quase 680 mil estupros anuais. No Brasil, os dados das Secretarias de Segurança Pública apontam para taxa de 8,78 estupros por 100 mil habitantes. Os dados oficiais, no entanto, expressam precariamente a magnitude do problema. Estudos populacionais revelam que 10% das mulheres da região metropolitana de São Paulo relatam terem sido forçadas, alguma vez, a praticar atos sexuais que não queriam, terem sentido medo de negar ter relações sexuais, ou terem sido submetidas a práticas sexuais degradantes e humilhantes. Crianças e adolescentes enfrentam situação igualmente preocupante, com evidências de que um terço das crianças americanas possa ter sido submetida, ao menos uma vez, a algum tipo de contato incestuoso. No Brasil, o Ministério da Justiça registra, anualmente, cerca de 50 mil casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

Somadas aos indicadores epidemiológicos, as graves consequências para a saúde são suficientes para qualificar a violência sexual enquanto problema de saúde pública. Nesse aspecto, o impacto do abuso sexual se fundamenta nos traumas físicos, nas seqüelas das doenças sexualmente transmissíveis, na morbidade da infecção pelo HIV, e na agravante gravidez decorrente da violência sexual. Em situações extremas, parte dos crimes sexuais se associa com danos físicos tão severos que acarretam na morte. A prevalência de doenças sexualmente transmissíveis se mostra elevada, com taxas entre 26 a 58%. A infecção pelo HIV é grande preocupação para a maioria das mulheres, com risco reconhecido de até 2,7%. A gravidez decorrente do estupro se destaca pela complexidade de seus efeitos na esfera emocional, familiar, social e biológica. Os danos psicológicos, embora mais difíceis de mensurar, produzem efeitos intensos e devastadores, por vezes irreparáveis. Ao longo do tempo, podem se estabelecer graves transtornos da sexualidade, depressão, bulimia, anorexia ou dificuldades de relacionamento. A prevalência de idéias suicidas persistentes e de tentativa de suicídio é elevada, alcançando entre 15 e 20% das mulheres.

Ainda mais difícil é calcular, com precisão, a carga da violência sobre os sistemas de saúde ou seus efeitos sobre a produtividade econômica. Mas as evidências mostram que mulheres em situação de violência têm mais problemas de saúde, maiores custos com assistência e utilizam com maior freqüência os serviços de saúde. Segundo o Banco Interamericano de Desenvolvimento os gastos no setor saúde com a violência representam 1,9% do PIB no Brasil. Quase 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência, reduzindo seus ganhos financeiros em até 20%. Ao mesmo tempo, filhos de mães que sofrem violência têm risco três vezes maior de adoecer. Quase 60% dessas crianças repetem pelo menos um ano na escola e abandonam os estudos, em média, aos nove anos de idade.

A somatória de todos esses indicadores afeta virulentamente a vida das pessoas em situação de violência sexual e, dentro dessa perspectiva, o **NÚCLEO DE ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA SEXUAL (AVS)** surge da iniciativa da Coordenadoria do Centro de Referência da Saúde da Mulher (CRSM). Nos últimos 14 anos o CRSM atendeu mais de 15 mil casos de violência sexual, assegurando medidas de prevenção para a gravidez decorrente da violência sexual, doenças sexualmente transmissíveis e infecção pelo HIV. Ao mesmo tempo, várias ações no atendimento social foram produzidas pelo CRSM, destacando-se a realização de mais de 8.000 comunicações de violência sexual contra crianças e adolescentes aos Conselhos Tutelares, cumprindo-se os artigos 13º e 245º do Estatuto da Criança e do Adolescente. Essa medida foi importante para romper com a cronicidade que envolve a maioria desses casos, deflagrando medidas legais cabíveis e mecanismos de proteção. Os resultados da atenção psicológica apontam para efeitos significativos na redução dos danos emocionais causados pela violência sexual e para a melhora da qualidade de vida das mulheres. Mesmo assim, é preciso admitir a gravidade e a complexidade dos efeitos emocionais que, embora possam ser minimizados, permanecem em muitos casos, indeléveis para toda a vida.

No cumprimento de seu dever de oferecer a maior qualidade possível de atenção para pessoas em situação de violência sexual, acredita-se que CRSM alcançou muitos indicadores favoráveis. No entanto, isso não seria possível sem o esforço, o empenho e o compromisso dos profissionais e de todos os setores da instituição. Este **PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA E CONDUTA PARA O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA** constitui a síntese dessas parcerias e consolida a importância do **PRONTO ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA** e de seus profissionais como principais agentes das intervenções de emergência, capazes de mudar dramaticamente o destino dessas mulheres, crianças e adolescentes. Trabalho necessário para enfrentar o fenômeno da violência, que exige permanente aprimoramento e constante dedicação. Para todos os servidores do Pronto Atendimento em Ginecologia do CRSM, envolvidos com cada etapa do atendimento, expressamos nosso reconhecimento e sincero agradecimento. Em nome de cada criança, adolescente e mulher que receberam seus cuidados, seu respeito e sua solidariedade.

Centro de Referência da Saúde da Mulher, novembro de 2008

# ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

## INDICAÇÃO

A anticoncepção de emergência (**AE**) deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual, que tenham tido a menarca e que se encontrem antes da menopausa. A AE é **DESENCESSÁRIA** 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, esterilização cirúrgica ou DIU.

## PRAZO LIMITE PARA INTRODUÇÃO

A AE hormonal deve ser prescrita e iniciada o mais breve possível, preferentemente nas primeiras 12 horas da violência sexual, com prazo máximo de **5 PRIMEIROS DIAS DA VIOLENCIA SEXUAL**.

## REGIMES DE ADMINISTRAÇÃO

### MÉTODOS DE ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA HORMONAL

MÉTODO	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO
LEVONORGESTREL Primeira Escolha	0,75 mg de levonorgestrel por comprimido 1,5 mg de levonorgestrel por comprimido	Oral Oral	2 comprimidos dose única 1 comprimido dose única
MÉTODO DE YUZPE Segunda Escolha	AHOC com 50 µg de etinil-estradiol e 250 µg de levonorgestrel por comprimido  AHOC com 30 µg de etinil-estradiol e 150 µg de levonorgestrel por comprimido	Oral Oral	2 comprimidos cada 12 horas – total de 4 comprimidos  4 comprimidos cada 12 horas - total de 8 comprimidos

µg = micrograma

Comparado ao levonorgestrel, o regime de Yuzpe apresenta maior taxa de falha. A freqüência e a intensidade dos efeitos colaterais também são maiores. O método de Yuzpe não deve ser empregado quando se utiliza o **RITONAVIR**, presente na profilaxia da infecção pelo HIV, pela significativa redução dos níveis séricos do etinil-estradiol no sistema microssomal hepático. Portanto, o método de Yuzpe constitui **SEGUNDA ESCOLHA**, reservado somente para situações excepcionais onde o levonorgestrel se encontre indisponível.

## SEGURANÇA E CONTRA-INDICAÇÕES

**NÃO HÁ CONTRA-INDICAÇÃO PARA O USO DA AE COM LEVONORGESTREL EXCLUSIVO**, mesmo nas situações de contra-indicação habitual aos anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC). Tromboembolismo e acidente vascular apresentam risco pequeno relacionado com a AE, significativamente menor se comparado com o risco de usuárias de AHOC. Para mulheres e adolescentes com **SUSPEITA NÃO CONFIRMADA DE GRAVIDEZ** o levonorgestrel é método obrigatório. 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 intervalo de tempo. Não existem evidências que mulheres expostas a AE accidentalmente ou inadvertidamente durante o início da gestação apresentem maior incidência anomalias fetais. Em caso de falha da AE não há evidências de risco aumentado de gravidez ectópica ou de aumento de risco para anomalias fetais.

## EFEITOS SECUNDÁRIOS

Náuseas e vômitos são os efeitos secundários mais freqüentes e podem ser minimizados com o uso de **ANTIEMÉTICOS** cerca de 1 hora antes da tomada da AE. Não está claro que se consiga reduzir a incidência de náuseas e vômitos associando a AE com alimentos. Outros efeitos secundários podem ocorrer, embora com menor freqüência, como a cefaléia, dor mamária e vertigem, com remissão espontânea nas primeiras 24 horas. Se o vômito ocorrer nas primeiras **2 HORAS** após a administração da AE recomenda-se que a dose seja **REPETIDA**. Caso o vômito se repita, dentro do mesmo prazo, recomenda-se administrar a AE por **VIA VAGINAL**, nas mesmas doses. A absorção pela mucosa vaginal oferece níveis plasmáticos semelhantes aos da absorção pela via oral. A mesma recomendação se aplica para mulheres **INCONSCIENTES** após a violência sexual, onde a via oral não pode ser utilizada.

## EFICÁCIA

A eficácia da AE apresenta **ÍNDICE DE EFETIVIDADE** médio de 80% e **ÍNDICE DE PEARL**, ou índice de falha, de cerca de 2%. Contudo, taxas maiores de eficácia para a AE podem ser alcançadas quanto maior a precocidade do uso, particularmente nas primeiras 12 horas. A AE pode ser utilizada até o 5º dia após a violência sexual, embora com resultados menos eficientes no 4º e 5º dia. A dose única de 1,5 mg de levonorgestrel é tão segura e eficaz como duas doses de 0,75 mg separadas em intervalo de 12 horas, com evidente vantagem de adesão para a dose única.

## MECANISMO DE AÇÃO

O mecanismo de ação da AE, quando utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, atua sobre o desenvolvimento dos folículos **IMPEDINDO A OVULAÇÃO** ou a **RETARDANDO** por vários dias. Quando utilizada na segunda fase do ciclo, após a ovulação, a AE modifica o muco cervical tornando-o espesso e hostil, dificultando a **MIGRAÇÃO SUSTENTADA DOS ESPERMATOZÓIDES** em direção ao óvulo. Nessas duas condições o mecanismo de ação impede a fecundação. Não existem evidências científicas de que a AE atue após a fecundação, altere a receptividade do endométrio, prejudique ou impeça a nidação (implantação), ou que resulte na eliminação precoce do embrião. Não existe, portanto, evidência de suposto “efeito abortivo” com o uso da AE.

## ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

A mulher ou adolescente em situação de violência sexual deve ser orientada a retornar ao ambulatório do Núcleo AVS do CRSM, caso ocorra atraso menstrual, para afastar a hipótese de gravidez. No entanto, devem ser informadas que, na maioria das vezes, pouca ou nenhuma alteração significativa ocorrerá no ciclo menstrual e a menstruação seguinte deve ocorrer dentro do período esperado, sem atrasos ou antecipações. Importante esclarecer que a AE **NÃO PROVOCA SANGRAMENTO IMEDIATO APÓS SEU USO**.

## ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O uso da AE não fere dispositivos éticos ou legais. A AE encontra-se aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela International Planned Parenthood Federation (IPPF), pela Family Health International (FHI), pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), e pelas agências reguladoras da maioria dos países, incluindo a Food and Drug Administration (FDA). No Brasil, a AE é aprovada pelos órgãos de Vigilância Sanitária mediante prescrição médica. Está incluída pelo Ministério da Saúde nas normas técnicas de Planejamento Familiar, desde 1996, e de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, desde 1999. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) também aprova a AE. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) assegura que a AE é um direito da mulher e acrescenta que negar sua prescrição, sem justificativa aceitável, pode constituir infração ética. O Conselho Federal de Medicina (CFM), segundo resolução CFM nº 1.811/2006, estabelece normas éticas para uso da AE por médicos, reafirmando que a mesma não fere os dispositivos legais vigentes. Segundo o Código de Ética Médica e o Estatuto da Criança e do Adolescente a prescrição da AE para adolescentes não requer a presença ou autorização dos pais ou de um representante legal.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS E RECOMENDADAS

**BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER.** Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2a. ed. atualizada e ampliada. Brasília: 2005. 68p.

**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM).** Anticoncepção de Emergência. Resolução CFM nº 1.811/2006. Diário Oficial da União: Brasília, DF. 2007.

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

**COUTINHO EM, SOUZA JC, SILVA AR, ACOSTA OM, ALVAREZ F, BRACHE V, GARZA-FLORES J.** Comparative study on the efficacy and acceptability of two contraceptive pills administered by the vaginal route: an international multicenter clinical trial. Clin Pharmacol Ther 1993; 1:65-75.

**CROXATTO HB, BRACHE V, PAVEZ M, COCHON L, FORCELLEDO ML, ALVAREZ F, MASSAI R, FAUNDES A, SALVATIERRA AM.** Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75 mg dose given on the days preceding ovulation. Contraception 2004; 70: 442-50.

**DURAND M, CRAVIOTO MC, CASTELL-RODRÍGUEZ A, LARREA F.** Expresión endometrial de genes y proteínas reguladas por progesterona posterior a la administración aguda de levonorgestrel. Rev Invest Clin 2004;56:550.

**FAÚNDENES A, BRACHE V, ALVAREZ F.** Emergency contraception - clinical and ethical aspects. Gynecol Obstet 2003; 82:297-395.

**GLASIER A & BAIRD D.** The effects of self-administering emergency contraception. N Engl J Med 1998; 339:1-4.

**KESSERÜ E, GARMENDIA F, WESTPHAL N, PARADA J.** The hormonal and peripheral effects of d-Norgestrel in postcoital contraception. Contraception 1974; 10:411-24.

**LING WY, WRIXON MD, ZAYID I, ACORN T, POPAT R, WILSON E.** Mode of action of dl.norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. II. Effect of postovulatory administration on ovarian function and endometrium. Ferti Steril 1983;39:292-7.

**MARIONS L, HULTENBY K, LINDELL I, SUN X, STABI B, GEMZELL DANIELSSON K.** Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. Obstet Gynecol 2002; 100: 65-71.

**PALOMINO A, BORIC A, GABLER F, ESPINOZA A, VEGA M, DEVOTO L.** Efecto de levonorgestrel como anticoncepción de emergencia sobre receptores de endometrio durante la ventana de implantación. Resúmenes de la XVII Reunión de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana. Cuba. 2003. 28-31.

**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.

**TRUSSELL J, RODRÍGUEZ G, ELLERTSON C.** New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Contraception 1998; 57:363-369.

**UGOCSAI G, ROZSA M, UGOCSAI P.** Scanning electron microscopic (SEM) changes of the endometrium in women taking high doses of levonorgestrel as emergency postcoital contraception. Contraception 2002;66:433-7.

**VON HERTZEN H, PIAGGIO G, DING J, CHEN J, SONG S, BÁRFAL G.** Low dose mifepristone and two regimes of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomized trial. Lancet 2002; 360:1803-1810.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Emergency contraception: a guide for service delivery. Geneva: World Health Organization. 1998. 59p.

# PROFILAXIA DE DST NÃO VIRAIS

## INDICAÇÕES

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar em severas consequências físicas e emocionais. Parte importante dessas infecções pode ser clinicamente prevenida, mesmo depois de consumada a violência sexual. A profilaxia das DST não virais visa os agentes mais prevalentes e de repercussão clínica mais relevante. É indicada quando há exposição ao material biológico do causador da violência sexual, independente da presença ou gravidade das lesões físicas ou da idade da mulher. A profilaxia não deve ser realizada quando a exposição for crônica, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou se ocorrer uso de preservativo durante todo o abuso sexual.

## PRAZO LIMITE PARA INTRODUÇÃO

Não é possível estabelecer com exatidão prazo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais nas situações de violência sexual, embora se entenda que deva ser iniciada quanto antes possível. Quando indicada, recomenda-se que a profilaxia seja instituída nos **5 PRIMEIROS DIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL**. Prazos maiores, com **MÁXIMO DE 10 DIAS**, podem ser aplicados em situações justificadas onde se identifique risco ainda mais acentuado para DST, a exemplo de exposição a múltiplos autores. Se possível esses casos devem ser discutidos com a equipe do Núcleo AVS. Não há evidências que indiquem vantagem na administração dos medicamentos após dez dias da violência sexual.

## ESQUEMA DE PROFILAXIA

PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS PARA MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES				
MEDICAMENTOS ASSOCIADOS	DOSE	VIA	OBSERVAÇÃO	
<b>CEFTRIAXONA</b>				
Adultas, Adolescentes* e Gestantes	500 mg – 1 g	Intramuscular	Dose Única	
Crianças	250 – 500 mg	Intramuscular	Dose Única	
<b>AZITROMICINA</b>				
Adultas, Adolescentes* e Gestantes	1 g	Oral	Dose Única	
Crianças	20 mg/kg (dose máxima de 1 g)	Oral	Dose Única	(consultar tabela)
<b>METRONIDAZOL **</b>				
Adultas, Adolescentes* e Gestantes	2 g	Oral	Dose Única	
Crianças	40 mg/Kg (dose máxima de 2 g)	Oral	Dose Única	(consultar tabela)

(\*) ADOLESCENTES com peso igual ou maior que 45 Kg. (\*\*) O METRONIDAZOL pode ser substituído pelo SECNIDAZOL 2,0 via oral em dose única.

## SEGURANÇA E EFEITOS SECUNDÁRIOS

**GRAVIDEZ E LACTAÇÃO NÃO CONTRA-INDICAM A PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS.** Os efeitos secundários da prevenção das DST não virais são os mesmos atribuídos para cada medicamento incluído no esquema. A administração do **METRONIDAZOL** ou de seus derivados pode ser postergada em casos de intolerância conhecida ao medicamento e evitada durante o primeiro trimestre da gravidez. O **TIANFENICOL** é contra-indicado em toda a gestação. O uso de **QUINOLONAS** é contra-indicado em gestantes, crianças e em adolescentes com peso menor que 45 Kg.

## ALTERNATIVAS PARA PROFILAXIA

Pacientes com história de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha devem utilizar profilaxia alternativa, conforme quadro abaixo:

ALTERNATIVA DE PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS PARA MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES			
MEDICAMENTO	GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADULTOS
<b>CEFTRIAXONA</b>	<b>ESTEARATO DE ERITOMICINA</b> 500 mg VO cada 6 horas durante 14 dias (sífilis) ou 7 dias (gonorréia)	<b>ESTEARATO DE ERITOMICINA</b> 50 mg/kg/dia VO cada 6 horas durante 14 dias (sífilis) ou 7 dias (gonorréia)	<b>ESTEARATO DE ERITOMICINA</b> 500 mg VO cada 6 horas durante 14 dias (sífilis) ou 7 dias (gonorréia) <b>OU TIANFENICOL</b> 2,5 g VO dose única
<b>AZITROMICINA</b>	<b>ESTEARATO DE ERITOMICINA</b> 500 mg VO cada 6 horas durante 7 dias	<b>ESTEARATO DE ERITOMICINA</b> 50 mg/kg/dia VO cada 6 horas durante 7 dias	<b>AMOXICILINA</b> 500 mg VO cada 8 horas durante 7 dias
<b>METRONIDAZOL</b>	<b>SECNIDAZOL OU TINIDAZOL</b> 2 g VO dose única		<b>SECNIDAZOL OU TINIDAZOL</b> 2 g VO dose única

## ADMINISTRAÇÃO DE AZITROMICINA E METRONIDAZOL PARA CRIANÇAS

### ADMINISTRAÇÃO DE AZITROMICINA E DE METRONIDAZOL PARA CRIANÇAS

PESO	METRONIDAZOL Suspensão oral com 40mg/ml	VIA ORAL	AZITROMICINA Suspensão oral com 200mg/ml	VIA ORAL
7	7,5 ml	dose única	3,5 ml	dose única
8	7,5 ml	dose única	4 ml	dose única
9	10 ml	dose única	4,5 ml	dose única
10	10 ml	dose única	5 ml	dose única
11	12,5 ml	dose única	5,5 ml	dose única
12	12,5 ml	dose única	6 ml	dose única
13	15 ml	dose única	6,5 ml	dose única
14	15 ml	dose única	7 ml	dose única
15	15 ml	dose única	7,5 ml	dose única
16	17,5 ml	dose única	8 ml	dose única
17	17,5 ml	dose única	8,5 ml	dose única
18	17,5 ml	dose única	9 ml	dose única
19	20 ml	dose única	9,5 ml	dose única
20	20 ml	dose única	10 ml	dose única
21	20 ml	dose única	10,5 ml	dose única
22	22,5 ml	dose única	11 ml	dose única
23	22,5 ml	dose única	11,5 ml	dose única
24	25 ml	dose única	12 ml	dose única
25	25 ml	dose única	12,5 ml	dose única
26	25 ml	dose única	13 ml	dose única
27	27,5 ml	dose única	13,5 ml	dose única
28	27,5 ml	dose única	14 ml	dose única
29	30 ml	dose única	14,5 ml	dose única
30	30 ml	dose única	15 ml	dose única
31	30 ml	dose única	15,5 ml	dose única
32	32,5 ml	dose única	16 ml	dose única
33	32,5 ml	dose única	16,5 ml	dose única
34	32,5 ml	dose única	17 ml	dose única
35	32,5 ml	dose única	17,5 ml	dose única
36	32,5 ml	dose única	18 ml	dose única
37	37,5 ml	dose única	18,5 ml	dose única
38	37,5 ml	dose única	19 ml	dose única
39	40 ml	dose única	19,5 ml	dose única
40	40 ml	dose única	20 ml	dose única

### REFERÊNCIAS CONSULTADAS E RECOMENDADAS

- BECK-SAGUE C & SOLOMON F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. Clin Infect Dis, 1:74-83, 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2a. ed. atualizada e ampliada. Brasília: 2005. 68p.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Sexually transmitted diseases treatment - guidelines 2002. MMWR 2002. 51(RR-6):61-4.
- ESTREICH S, FORSTER GE, ROBINSON A. Sexually transmitted diseases in rape victims. Genitourin Med, 66:433-8, 1990.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Violência Sexual e interrupção da gestação prevista em lei. São Paulo, FEBRASGO. 2004. 91p.
- GLASER JB, SCHACHTER J, BENES S, CUMMINGS M, FRANCES CA, MCCORMACK WM. Sexually transmitted diseases in postpuberal female rape victims. J. Infect. Dis., 164:726-30, 1991.
- 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.
- JENNY C, HOOTON TM, BOWERS A, COPASS MK, KRIEGER JN, KIVIAT N. Sexually transmitted diseases in victims of rape. The New England Journal of Medicine 1990. 322(11):713-716.
- KAPLAN KM, FLEISHER GR, PARADISE SE, FRIEDMAN HN. Social relevance of genital herpes simplex in children. Am. J. Dis. Child., 138:872-4, 1984.
- LACEY HB. Sexually transmitted diseases and rape: the experience of a sexual assault centre. Int J STD AIDS, 1:405-9, 1990.
- SATIN AJ, RAMIN SM, PAICURICH J, MILLMAN S, WENDEL JR GD. The prevalence of sexual assault: a survey of 2404 puerperal women. Am J Obstet Gynecol, 167:973-5, 1992.
- ROSS JD, SCOTT GR, BUSUTTIL A. Rape and sexually transmitted diseases: patterns of referral and incidence in a department of genitourinary medicine. J R Soc Med, 84:657-9, 1991.

# IMUNOPROFILAXIA DA HEPATITE B

## INDICAÇÃO

A imunoprofilaxia para a hepatite B é indicada quando ocorrer exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do causador da violência sexual. Mulheres em situação de violência sexual, em qualquer idade, com esquema vacinal completo para hepatite B, **NÃO NECESSITAM REFORÇO VACINAL** ou **IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B (IGHAHB)**. As não imunizadas ou as que desconhecem seu *status* vacinal devem receber a primeira dose da **VACINA**, com doses complementares após 1 e 6 meses da primeira dose, e receber dose única de **IGHAHB**. Dosagens de **HBsAg** e **Anti-HBc IgM** negativas indicam não imunização. Não devem receber imunoprofilaxia para hepatite B casos de violência sexual onde ocorra exposição crônica e repetida ao mesmo causador da violência sexual, situação freqüente em casos de violência sexual intrafamiliar. Não deve ser oferecida a imunoprofilaxia quando o causador da violência sexual é sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante a violência sexual. Estudos indicam o uso de **IGHAHB** apenas quando autor da violência sabidamente tem **HEPATITE B AGUDA**, informação que, na prática, poucas vezes é disponível em casos de violência sexual.

## PRAZO LIMITE PARA INTRODUÇÃO

A imunoprofilaxia para a hepatite B deve ser iniciada o mais breve possível, com prazo máximo de **14 PRIMEIROS DIAS** da violência sexual.

## IDENTIFICAÇÃO DA CONDIÇÃO SOROLÓGICA

### AVALIAÇÃO SOROLÓGICA DA HEPATITE B

HBsAg	Anti-HBc IgM	DIAGNÓSTICO	CONDUTA RECOMENDADA
POSITIVO	POSITIVO	INFECÇÃO AGUDA (há pelo menos 15 dias)	Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em 6 meses
POSITIVO	NEGATIVO	INFECÇÃO AGUDA PRECOCE (há menos de 15 dias) ou HEPATITE CRÔNICA	Realizar em 15 dias Anti-HBc IgM <b>POSITIVO</b> indica infecção aguda. <b>NEGATIVO</b> indica realizar Anti-HBc total. Anti-HBc total <b>POSITIVO</b> indica infecção crônica
NEGATIVO	POSITIVO	INFECÇÃO AGUDA	Repetir HBsAg em 6 meses <b>POSITIVO</b> indica cura <b>NEGATIVO</b> indica - doença crônica
NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO ou NÃO PRODIZ ANTICORPO* (* condição rara)	<b>VACINAÇÃO E IGHAHB NO PRONTO ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA</b>

## ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

### IMUNOPROFILAXIA CONTRA A HEPATITE B

PROFILOXIA	DOSE	ADMINISTRAÇÃO
VACINA ANTI HEPATITE B Imunização ativa	dose em mililitros ou micrograma conforme fabricante	<b>ADULTOS:</b> IM (deltóide). <b>Primeira dose:</b> no PA – CRSIM no ingresso para atendimento <b>Segunda e Terceira dose:</b> com 1 e 6 meses da violência sexual, no Núcleo AVS. <b>CRIANÇAS:</b> IM (vasto lateral da coxa). <b>Primeira dose:</b> no PA – CRSIM no ingresso para atendimento. <b>Segunda e Terceira dose:</b> com 1 e 6 meses da violência sexual, no Núcleo AVS.
IGHAHB Imunização passiva	0,06 ml / Kg	IM em glúteo (qualquer idade) dose única até <b>14 dias</b> da violência sexual no PA-CRSM

## SEGURANÇA E CONTRA-INDICAÇÕES

**NÃO HÁ CONTRA-INDICAÇÃO PARA A IMUNOPROFILAXIA CONTRA A HEPATITE B DURANTE A GRAVIDEZ.** A administração da vacina e da imunoglobulina humana anti-hepatite B é segura e bem tolerada. Os eventos adversos da IGHAHB são raros e inclui febre, dor no local e, excepcionalmente, reação alérgica.

## TRANSMISSÃO VERTICAL

Para gestantes que sofrem violência sexual e que **NÃO UTILIZAM A IMUNOPROFILAXIA** deve-se considerar a possibilidade de transmissão vertical da hepatite B e/ou C. O risco de transmissão é baixo para **HEPATITE C**, exceto nas soropositivas para o HIV, e **NÃO EXISTEM MEDIDAS PROFILÁTICAS ESPECÍFICAS**. Não há contra-indicação absoluta para o aleitamento materno, mas os riscos e benefícios devem ser individualmente ponderados. O risco de transmissão vertical da **HEPATITE B** é de até 90%. Deve-se proceder com a imediata **VACINAÇÃO** do recém-nascido nas primeiras 12 horas, associando a **IGHAHB**, o que evita a transmissão do vírus B para a criança em 90% dos casos. Não há restrição para o aleitamento materno quando iniciado após essa medida.

## CONDUTA FRENTE À INFECÇÃO

Em caso de **POSITIVIDADE** para hepatite B ou C, tanto no exame inicial como no 3º ou 6º mês, a mulher deve ser encaminhada para avaliação com infectologista, conduta a ser tomada pelo Núcleo AVS. No quadro abaixo se encontra a interpretação dos marcadores sorológicos para hepatite B e indicadores de doença.

### INTERPRETAÇÃO DOS MARCADORES SOROLÓGICOS PARA A HEPATITE B

INTERPRETAÇÃO	HbsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc	Anti-HBe	Anti-HBs
fase de incubação	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
fase aguda	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo	Negativo	Negativo
portador com replicação viral	Positivo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Negativo
portador sem replicação viral	Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Negativo
provável cicatriz sorológico	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo	Negativo
imunidade após hepatite B	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Positivo	Positivo
imunidade após hepatite B	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo
imunidade após vacina	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo
ausência de contato com HBV	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS E RECOMENDADAS

ADAM E, HOLLINGER B, MELNICK JL. Type B hepatitis antigen and antibody among prostitutes and nuns. A study of possible venereal transmission. J Infect Dis. 129:317-321. 1974.

ALTER MJ, AHTONE J, WEINSFUSE I. Hepatitis B virus transmission between heterosexuals. JAMA. 256:1307-1310. 1988.

BALDACINI I, DREZETT J, MIRANDA SD, RIBEIRO RM, PINOTTI JA. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em vítimas de violência sexual. In: Congreso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual, 11; Conferencia Panamericana de Sida, 5, Lima, 1997. Libro de Resumenes. Lima, ULACETS, 1997. p.181.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2a. ed. atualizada e ampliada. Brasília: 2005. 68p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: 2006. 108p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. Hepatites virais: o Brasil está atento. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 40p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

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

CROWE C, FORSTER GE, DINSMORE WW, MAW RD. A case of acute hepatitis B occurring four months after multiple rape. Int J STD & AIDS, 7:133-4, 1996.

ESTREICH S, FORSTER GE, ROBINSON A. Sexually transmitted diseases in rape victims. Genitourin Med, 66:433-8, 1990.

FAÚNDSES A, ANDALAF NETO JA, FREITAS F, DREZETT J, PINTO E SILVA J, MELLO J, BEDONE AJ. III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei. Femina, 27:317-21, 1999.

FERRAZ MLG. Hepatites virais. In: Infectologia em ginecologia e obstetrícia. MONTELEONE PPR & VALENTE CA (ed). São Paulo. Editora Atheneu, 1997. p189-197.

OHTO H, TERAZAWA S, SASAKI N. Transmission of hepatitis C virus from mothers to infants. N Engl J Med, 330:744-750. 1994.

OSMOND DH, PADIANT NS, SHEPPARD HW. Risk factors for hepatitis C virus seropositivity in heterosexual couples. JAMA, 269:361-365. 1993.

ROSEMBLUM L, DARROW W, WITTE J. Sexual practices in the transmission of hepatitis B virus and hepatitis delta in female prostitutes in the United States. JAMA, 267:2477-2481. 1992

SZMUNESS W, HARLEY EJ PRINCE AM. Intrafamilial spread of asymptomatic hepatitis B. Med Sci, 270:293-304. 1975.

# PROFILAXIA DA INFECÇÃO PELO HIV

## INDICAÇÃO

A possibilidade de infecção pelo HIV depende, fundamentalmente, da condição sorológica do causador da violência sexual que, na maioria dos casos, não pode ser rapidamente conhecida. Quando essa condição sorológica não pode ser conhecida em tempo hábil, a profilaxia do HIV deve ser indicada quando ocorrer **PENETRAÇÃO VAGINAL** e/ou **ANAL** e a decisão de iniciar a profilaxia não deve se basear em critérios de gravidade. Ocorrendo sexo oral exclusivo, não existem evidências que assegurem a necessidade de uso dos anti-retrovirais, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nessas situações, os riscos e benefícios dos anti-retrovirais devem ser ponderados e a decisão individualizada, considerando-se que não existem estudos definitivos que assegurem que o procedimento possa ser dispensável. De toda forma, a profilaxia **NÃO DEVE SER INDICADA** se seguramente não ocorreu ejaculação intrabucal. Também não devem receber a profilaxia para o HIV casos de violência sexual com exposição crônica ao causador da violência sexual, ou quando se utilize preservativo durante todo o crime sexual. A realização do teste anti-HIV no causador da violência sexual deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da profilaxia, com objetivo de suspender os anti-retrovirais caso o resultado seja **NEGATIVO**. O teste rápido Anti-HIV pode ser indicado para a tomada de decisão, se o tempo permitir. Quando o causador é sabidamente HIV positivo e está em tratamento com anti-retrovirais, a decisão dos medicamentos para profilaxia deve ser posteriormente individualizada por infectologista. No entanto, a ausência desse especialista não deve retardar o início da profilaxia, recomendando-se o uso dos esquemas habituais até que se possa reavaliar a adequação dos medicamentos. A profilaxia da infecção pelo HIV exige que se observem rigorosamente os critérios de elegibilidade e que a decisão final considere a motivação e desejo da paciente de se submeter ao tratamento. A profilaxia não pode ser utilizada sem critérios definidos, apenas para diminuir a ansiedade da paciente ou dos familiares.

## PRAZO LIMITE PARA INTRODUÇÃO

A profilaxia da infecção pelo HIV deve ser iniciada o mais breve possível, com prazo máximo de **72 HORAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL**. Quando introduzidos após este prazo os anti-retrovirais não oferecem qualquer tipo de proteção e não apresentam nenhuma função profilática, além de submeter a mulher a efeitos e reações adversas desnecessárias.

## ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

Os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, por **4 SEMANAS CONSECUTIVAS**. Recomenda-se o uso de drogas potentes, com baixo potencial de toxicidade e boa perspectiva de adesão. O esquema de primeira escolha deve combinar drogas de reconhecida eficácia na redução da carga viral plasmática. A **ZIDOVUDINA (AZT)** e **LAMIVUDINA (3TC)**, inibidores da transcriptase reversa, devem ser combinadas na mesma formulação. A dose para adultos e adolescentes com 40/45 Kg ou mais é de 300 mg de AZT + 150 mg de 3TC, cada 12 horas, via oral (**BIOVIR® 1 COMPRIMIDO VO CADA 12 HORAS**). Completa-se o esquema com a associação **LOPINAVIR (LPV) – RITONAVIR (RTV)**. A associação LPV-r apresenta alta potência e longa durabilidade, facilidade posológica e baixa toxicidade. A dose para adultos e adolescentes com 40/45 Kg ou mais é de 400 mg de LPV + 100 mg de RTV, cada 12 horas, via oral (**KALETRA® 2 COMPRIMIDOS VO JUNTOS CADA 12 HORAS**). Para as crianças recomenda-se a associação de AZT, 3TC e LPV-r, todas disponíveis em solução oral. A dose de AZT é de 90 a 180 mg/m<sup>2</sup> 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). A dose do LPV-r é de 10-12 mg de LPV + 2,5-3 mg de RTV, cada 12 horas, via oral.

## PROFILAXIA DA INFECÇÃO PELO HIV PARA MULHERES, CRIANÇAS E ADOLESCENTES

ANTI-RETROVIRAL	ADULTOS		CRIANÇAS E ADOLESCENTES	
ZIDOVUDINA (AZT)	300 mg	cada 12 horas (café e jantar)	90 – 180 mg/m <sup>2</sup> cada 8 horas (café, almoço e jantar)	<a href="#">consultar tabela</a>
LAMIVUDINA (3TC)	150 mg	cada 12 horas (café e jantar)	4 mg/kg cada 12 horas (café e jantar)	<a href="#">consultar tabela</a>
	<b>BIOVIR® 1 COMPRIMIDO VO CADA 12 HORAS</b>			
LOPINAVIR-RITONAVIR (LPV-r)	400 mg de LPV + 100 mg de RTV	cada 12 horas (café e jantar)	10 – 12 mg/kg de LPV + 2,5 – 3 mg/kg de RTV cada 12 horas (café e jantar)	<a href="#">consultar tabela</a>
	<b>KALETRA® 2 COMPRIMIDOS VO CADA 12 HORAS</b>			

O uso do **RTV** exige que a anticoncepção de emergência seja realizada com **LEVONORGESTREL EXCLUSIVO**, devido a redução significativa dos níveis séricos de etinil-estradiol que ocorre no sistema microssomal hepático. O RTV atua como adjuvante farmacológico e interage com o metronidazol e seus substitutos utilizados como parte da profilaxia de DST não virais. Se possível, deve-se avaliar a possibilidade de **SUSPENDER O METRONIDAZOL** enquanto o RTV for utilizado.

## ADMINISTRAÇÃO DE ANTI-RETROVIRAIS PARA CRIANÇAS

### ADMINISTRAÇÃO DOS ANTI-RETROVIRAIS PARA A QUIMIOPROFILAXIA DA INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS

PESO (EM KG)	ZIDOVUDINA AZT® XAROPE solução oral c/ 10 mg/ml frasco com 200 ml	ADMINISTRAÇÃO VIA ORAL	LAMIVUDINA 3TC® XAROPE solução oral c/ 10 mg/ml frasco com 240 ml	ADMINISTRAÇÃO VIA ORAL	LOPINAVIR-R KALETRA® solução oral c/ 80mg/ml de LPV + 20mg/ml de RTV. frasco com 160 ml	ADMINISTRAÇÃO VIA ORAL
7	5 ml	8/8 horas	2,5 ml	12/12 horas	1,25 ml	12/12 horas
8	5 ml	8/8 horas	2,5 ml	12/12 horas	1,25 ml	12/12 horas
9	7,5 ml	8/8 horas	5,0 ml	12/12 horas	1,25 ml	12/12 horas
10	7,5 ml	8/8 horas	5,0 ml	12/12 horas	1,25 ml	12/12 horas
11	7,5 ml	8/8 horas	5,0 ml	12/12 horas	1,75 ml	12/12 horas
12	7,5 ml	8/8 horas	5,0 ml	12/12 horas	1,75 ml	12/12 horas
13	10 ml	8/8 horas	5,0 ml	12/12 horas	1,75 ml	12/12 horas
14	10 ml	8/8 horas	5,0 ml	12/12 horas	1,75 ml	12/12 horas
15	10 ml	8/8 horas	5,0 ml	12/12 horas	1,75 ml	12/12 horas
16	10 ml	8/8 horas	5,0 ml	12/12 horas	2,25 ml	12/12 horas
17	10 ml	8/8 horas	7,5 ml	12/12 horas	2,25 ml	12/12 horas
18	12,5 ml	8/8 horas	7,5 ml	12/12 horas	2,25 ml	12/12 horas
19	12,5 ml	8/8 horas	7,5 ml	12/12 horas	2,25 ml	12/12 horas
20	12,5 ml	8/8 horas	7,5 ml	12/12 horas	2,25 ml	12/12 horas
21	12,5 ml	8/8 horas	7,5 ml	12/12 horas	2,75 ml	12/12 horas
22	12,5 ml	8/8 horas	7,5 ml	12/12 horas	2,75 ml	12/12 horas
23	15 ml	8/8 horas	10 ml	12/12 horas	2,75 ml	12/12 horas
24	15 ml	8/8 horas	10 ml	12/12 horas	2,75 ml	12/12 horas
25	15 ml	8/8 horas	10 ml	12/12 horas	2,75 ml	12/12 horas
26	15 ml	8/8 horas	10 ml	12/12 horas	3,50 ml	12/12 horas
27	15 ml	8/8 horas	10 ml	12/12 horas	3,50 ml	12/12 horas
28	15 ml	8/8 horas	10 ml	12/12 horas	3,50 ml	12/12 horas
29	15 ml	8/8 horas	10 ml	12/12 horas	3,50 ml	12/12 horas
30	17,5 ml	8/8 horas	12,5 ml	12/12 horas	3,50 ml	12/12 horas
31	17,5 ml	8/8 horas	12,5 ml	12/12 horas	4,00 ml	12/12 horas
32	17,5 ml	8/8 horas	12,5 ml	12/12 horas	4,00 ml	12/12 horas
33	17,5 ml	8/8 horas	12,5 ml	12/12 horas	4,00 ml	12/12 horas
34	17,5 ml	8/8 horas	12,5 ml	12/12 horas	4,00 ml	12/12 horas
35	17,5 ml	8/8 horas	15 ml	12/12 horas	4,75 ml	12/12 horas
36	17,5 ml	8/8 horas	15 ml	12/12 horas	4,75 ml	12/12 horas
37	17,5 ml	8/8 horas	15 ml	12/12 horas	4,75 ml	12/12 horas
38	20 ml	8/8 horas	15 ml	12/12 horas	4,75 ml	12/12 horas
39	20 ml	8/8 horas	15 ml	12/12 horas	4,75 ml	12/12 horas
40	20 ml	8/8 horas	15 ml	12/12 horas	5,00 ml	12/12 horas

### EFEITOS ADVERSOS

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 o esquema terapêutico pode ser modificado, geralmente pelo Núcleo AVS ou com a orientação do mesmo. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia utilizando-se medicações sintomáticas, como antieméticos ou antidiarréicos. Esquemas alternativos de anti-retrovirais podem ser necessários para manter a profilaxia durante as 4 semanas. Deve-se orientar a procura por atendimento assim que apareçam sintomas ou sinais clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa.

## INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

### ZIDOVUDINA (AZT)

EFEITOS ADVERSOS	Mielossupressão, particularmente anemia e neutropenia. Náusea e vômito. Astenia, mal estar geral,cefaléia, insônia. Hiperpigmentação cutânea, ungueal e de mucosas. Raro: acidose lática com esteatose
INTERAÇÕES	<b>Acetaminofen:</b> maior risco de neutropenia e hepatotoxicidade (evitar co-administração). <b>Ácido valpróico:</b> ↑ níveis séricos de AZT (monitorizar). <b>Anfotericina B:</b> maior risco de mielotoxicidade (monitorizar). <b>Claritromicina:</b> reduz níveis séricos de AZT (considerar intervalo mínimo de 2 horas). <b>Clotrimoxazol:</b> mielotoxicidade (monitorizar). <b>Dapsone:</b> mielotoxicidade (monitorizar). <b>Doxorrubicina:</b> reduz eficácia e aumenta mielotoxicidade (evitar co-administrar). <b>Fenitoína:</b> pode haver redução de níveis séricos de ambas as drogas. <b>Fluconazol:</b> risco de maior toxicidade de ambas as drogas. <b>Ganciclovir, valganciclovir, cidofovir, pirimetamina, citostáticos, sulfadiazina:</b> ↑ mielotoxicidade. <b>Interferon:</b> ↑ mielotoxicidade (monitorizar ou reduzir dose do AZT em pelo menos 50%). <b>Metadona:</b> aumenta níveis séricos de AZT (toxicidade). <b>Probenecida:</b> ↑ níveis séricos de AZT (monitorizar redução de dose do AZT). <b>Ribavirina:</b> inibe a fosforilação do AZT (não co-administrar).

### LAMIVUDINA (3TC)

EFEITOS ADVERSOS	Raramente associado a efeitos adversos.
INTERAÇÕES	<b>Cotrimoxazol:</b> ↑ nível sérico de 3TC em 44% (não há necessidade de ajuste de doses).

### LOPINAVIR - RITONAVIR (LPV-r)

EFEITOS ADVERSOS	Intolerância gastrintestinal (diarréia, náusea e vômito). Parestesias (perioral e de extremidades). Possível aumento de sangramentos espontâneos em hemofílicos. Aumento das enzimas hepáticas, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemias, diabetes.
INTERAÇÕES	<b>Ácido Valpróico:</b> redução de níveis séricos do ácido valpróico (monitorar perda de eficácia do ácido valpróico). <b>Alprazolam, clonazepam e diazepam:</b> aumento dos níveis séricos de alprazolam (maior toxicidade). <b>Amiodarona:</b> aumento dos níveis séricos e risco de hipotensão, bradicardia e arritmia (ajustar dose). <b>Astemizol e Terfenadina:</b> não co-administrar. <b>Atorvastatina:</b> aumento importante dos níveis de atorvastatina com risco de toxicidade elevada (evitar co-administrar ou monitorizar). <b>Bepridil:</b> aumento importante do risco de toxicidade (não co-administrar). <b>Bupropiona:</b> maior toxicidade pelo aumento dos níveis séricos da bupropiona (pode ser necessária redução de dose). <b>Cannabis (maconha):</b> pode reduzir eficácia do IP (monitorar). <b>Carbamazepina:</b> ↓ LPV e aumenta níveis séricos da carbamazepina com aumento da toxicidade: não co-administrar ou monitorizar níveis séricos de ambas as classes de drogas. <b>Cetoconazol:</b> aumento níveis séricos do cetoconazol (maior toxicidade – não usar dose acima de 200mg/dia). <b>Claritromicina:</b> aumento níveis séricos da claritromicina com risco de toxicidade, especialmente quando há alterações renais. <b>Ecstasy:</b> aumento dos níveis séricos da MDMA e risco de overdose (há relato de óbito com IP). <b>Ergotamina:</b> não co-administrar. <b>Erva de São João (Hypericum perforatum) e suplementos à base de alho, ginseng, ginkgo-biloba, echinacea:</b> redução dos níveis séricos dos IP (não co-administrar). <b>Etinilestradiol:</b> redução de cerca de 40% dos níveis séricos de etinilestradiol (não associar). <b>Fenitoína:</b> redução níveis de fenitoína (não co-administrar ou monitorizar níveis séricos). <b>Fenobarbital:</b> redução níveis do LPV (não associar). <b>Fentanil:</b> redução do clearance do fentanil (maior toxicidade – monitorar e ajustar dose). <b>Fluconazol:</b> não necessita de ajuste de doses. <b>Fluoxetina:</b> risco de alterações cardíacas e neurológicas por mecanismo não esclarecido (monitorar). <b>Itraconazol:</b> aumento dos níveis séricos de itraconazol (maior toxicidade - não usar dose acima de 200mg/dia). <b>Lovastatina e Simvastatina:</b> não co-administrar. <b>Meperidina:</b> não co-administrar. <b>Midazolam, triazolam:</b> não usar. <b>Metronidazol:</b> efeito antabuse com solução oral pela presença de álcool. <b>Paroxetina e sertralina:</b> aumento níveis séricos e da toxicidade da paroxetina e da sertralina (pode ser necessário reduzir dose). <b>Pravastatina:</b> não necessita de ajuste de doses. <b>Rifabutina (↑ rifabutina):</b> Reduzir dose de rifabutina para 150mg em dias alternados ou 3x/semana. <b>Rifampicina:</b> redução de níveis séricos do LPV (estudos avaliam ajuste de dose, mas não há dados suficientes para recomendar esta associação). <b>Sildenafil (↑ sildenafil):</b> Não exceder a dose de 25 mg em 48horas. <b>Tadalafil:</b> não exceder a dose de 10 mg em 72 horas. <b>Tramadol:</b> aumento níveis séricos e de toxicidade do tramadol (pode necessitar de redução de dose). <b>Vardenafil:</b> não exceder a dose de 2,5 mg em 72 horas. <b>Varfarina:</b> maior risco de perda de eficácia da varfarina. <b>Zolpidem:</b> maior toxicidade do zolpidem (pode ser preciso reduzir dose).

## ADESÃO

A adesão inadequada à profilaxia anti-retroviral está diretamente relacionada com o risco de falha da profilaxia, do desenvolvimento de resistência viral e de surgimento de cepas vírais multi-resistentes. Vários fatores afetam a capacidade de adesão, como aspectos sócio-econômicos, escolaridade e qualidade da assistência. A adesão aos anti-retrovirais diminui quanto mais se interfere nas atividades cotidianas ou nos hábitos alimentares, ou quando os medicamentos produzem muitos efeitos colaterais. A adesão também é menor quando a interação com os profissionais de saúde se mostra inadequada. As estratégias para garantir adesão devem adaptar o esquema anti-retroviral ao modo de vida da paciente. Esta é, provavelmente, a medida mais simples e efetiva para melhorar a adesão. Lembretes para tomada dos medicamentos reduzem a possibilidade de esquecimento, assim como despertadores ou beepers. Pode ser necessário elaborar junto com a mulher ou responsável, no caso de crianças, uma escala diária definindo horários ou atividades relacionadas com as tomadas.

## ACONSELHAMENTO

Além das medidas de aconselhamento específicas para a adesão aos anti-retrovirais, a mulher em situação de violência sexual deve ser informada que não há garantia absoluta de que a profilaxia funcionará. 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 ao resultado das sorologias e busca proteger o parceiro em eventual ocorrência de DST, hepatite e infecção pelo HIV. Mulheres em situação de violência sexual que estejam amamentando ou que se encontrem no final da gravidez deverão ser orientadas a **SUSPENDER O ALEITAMENTO** ou **NÃO AMAMENTAR** durante a profilaxia anti-retroviral e nos 6 meses seguintes, para evitar o risco de transmissão vertical, em casos de soroconversão.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS E RECOMENDADAS

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2a. ed. atualizada e ampliada. Brasília: 2005. 68p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: 2006. 108p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde. 6ª edição. 2007. 78p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde. 2007. 176p.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Provisional Public Health Service Recommendations for Chemoprophylaxis after Occupational Exposure to HIV. MMRW, 45(22): 468-72, 1996.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 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.
- DREZETT J, BALDACINI I, NISIDA IVV, NASSIF VC, NÁPOLI PC. Estudo da adesão à quimioprofilaxia antiretroviral para a infecção pelo HIV em mulheres sexualmente vitimadas. RBGO, 21:539-44, 1999.
- DREZETT J. Profilaxia pós-infecciosa de mulheres estupradas. In: Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças, 4. Rio de Janeiro, 2002. Livro de Resumos. Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, 2002. p20-2.
- GARCIA MT, FIGUEIREDO RM, MORETTI ML, REZENDE MR, BEDONI A, PAPAIORDANOU PMO. Postexposure prophylaxis after sexual assaults: a prospective Cohort study. Sexually Transmitted Diseases, 2005, 32(4):214-219.
- GLASER JB, SCHACHTER J, BENES S, CUMMINGS M, FRANCES CA, MCCORMACK WM. Sexually transmitted diseases in postpuberal female rape victims. J. Infect. Dis., 164:726-30, 1991.
- GORE SM, BIRD AG, BURNS S, ROSS AJ, GOLGBERG D. Anonymous HIV surveillance with risk-factor elicitation: at Perth (for men) and Cornton Vale (for women) Prisons in Scotland. International Journal of STD & AIDS, 1997, 8:166-175.
- GOSTIN OL, LAZZARINI Z, ALEXANDER D, BRANDT AM, MAYER KH, SILVERMAN DC. HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault. JAMA, 271:1436-4, 1994.
- HENDERSON DK & MAGNUSON WG. HIV postexposure prophylaxis in the 21<sup>st</sup> century. Emerging Infectious Diseases. 2001. 7(2).
- JENNY C, HOOTON TM, BOWERS A, COPASS MK, KRIEGER JN, HILLIER SL, KIVIAT N, COREY L, STAMM WE, HOLMES KK. Sexually transmitted diseases in victims of rape. N Engl J Med, 322:713-6, 1990.
- KATZ MH & GERBERDING JL. Management of occupational and nonoccupational postexposure HIV prophylaxis. Current Infectious Disease Reports. 2002. 4:543-549.
- KOENIG JL, WHITAKER DJ, ROYCE RA, TRACEY WE, CALLAHAN MR, FERNANDEZ I. Violence during pregnancy among women with or at risk for HIV. American Journal of Public Health. 2002.
- LAPORTE A, JOURDAN N, BOUDET E, LAMONTAGNE F, PILLONEL J, DESENCLOS JC. Post-exposure prophylaxis after non-occupational HIV exposure: impact of recommendations on physicians' experiences and attitudes. AIDS, 2002. 16:397-405.
- MERCHANT RC & KESHAVARZ R. Human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis for adolescents and children. Pediatrics. 2001. 108(2):1-13.
- NWOKOLO NC & HAWKINS DA. Postexposure prophylaxis for HIV infection. The AIDS Reader. 2001. 11(8):402-412.
- PIZARRO AM. Vulnerabilidad y género: mujeres frente al VIH/SIDA. In: III Foro Latinoamericano y del Caribe. IV Congreso Centroamericano de ITS/VIH/SIDA. Libro de resúmenes. El Salvador, 2005 Si Mujer. p.6.
- POSTMA MJ, BOS MJ, BERG TW, TRAMARIN A, BEGEN JM. HIV post-exposure prophylaxis: enhancing its pharmaco-economic profile by discriminate prescribing. AIDS. 2002. 16:1177-1179.
- ROMEROA J, MARINCovich B, CASTILLAC J, GARCIA S, CAMPOA J, HERNADOA V. Evaluating the risk of HIV transmission through unprotected orogenital sex. AIDS 2002. 16:1296-1297.
- SCHECHTER M, DO LAGO RF, MENDELSON AB, MOREIRA RI, MOULTON LH, HARRISON LH. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with toporesposure chemoprophylaxis for HIV. J Acquir Immune Defic Syndr, 2004, 35(5):519-525.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Postexposure preventive treatment saarter kits. Geneva: World Health Organization. 2001. 29p.
- ZIERLER S, FEINGOLD L, LAUFER D, VELENTGAS P, KANTROWITZ-GORDON I, MAYER K. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. Am. J. Public Health, 81:572-5, 1991.

# TRAUMAS FÍSICOS E PROFILAXIA DO TÉTANO

## ASPECTOS GERAIS

Parte pequena dos crimes sexuais se associa com danos físicos severos que acarretem na morte da vítima. No entanto, a maioria das mulheres em situação de violência sexual não apresenta danos físicos, fato que se explica, na maioria dos casos, pela forma de constrangimento utilizada pelo perpetrador. O uso exclusivo da força física, presente em cerca de 10 a 15% dos casos de violência sexual, torna os danos físicos pouco freqüentes. Por outro lado, casos de penetração vaginal ou anal em crianças podem terminar em situações desastrosas, com lesões genitais mais freqüentes e mais graves, resultado da desproporcionalidade entre o genital da criança e do causador da violência sexual. Na ocorrência dos traumatismos físicos pode ser necessária a participação de outras especialidades médicas diferentes da ginecologia e obstetrícia. A primeira hora pós-trauma físico é crítica para quem sofre violência sexual. O exame físico completo e o exame ginecológico são **OBRIGATÓRIOS**. Em alguns casos, pode ser necessária a realização do exame ginecológico sob analgesia. A observação da diurese, espontânea ou por sondagem vesical, pode alertar quanto à existência de lesões do trato urinário. A ultra-sonografia do abdome e da pelve é importante nos casos de suspeita de lesões intra-abdominais. Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento, deve-se proceder com a rigorosa assepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, providos de agulhas atraumáticas. Nesses casos é recomendável, além da prescrição de antibióticos, a profilaxia para a infecção por tétano. Nos hematomas, a aplicação local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, podem necessitar de drenagem cirúrgica e hemostasia. Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos em prontuário médico. Os traumas físicos devem ser detalhadamente descritos em prontuário, observando-se tipo, localização e número. O Núcleo AVS deve ser consultado ou solicitado sempre que necessário em casos de traumas físicos severos.

## PROFILAXIA DO TÉTANO

### RECOMENDAÇÕES PARA A PROFILAXIA DO TÉTANO EM SITUAÇÕES DE VIOLENCIA SEXUAL

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO	FERIMENTO LIMPO OU SUPERFICIAL		OUTRO TIPO 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 E 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) IM após teste de sensibilidade. Para alérgicas ao SAT indicar imunoglobulina humana dose única de 250 U

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS E RECOMENDADAS

- ATEKSON BM, CALHOUN KS, MORRIS KT. Victim resistance to rape: the relationship of previous victimization, demographics, and situational factors. *Arch Sex Behav*, 18: 497-507, 1989.
- BIGGS M, STERMAC LE, DIVINSKY M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. *CMAJ*, 159:33-7, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2a. ed. atualizada e ampliada. Brasília: 2005. 68p.
- COHEN C & MATSUDA NE. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. *Rev Paulista Med*, 109:157-64, 1991.
- DEMING JE, MITTELMAN RE, WETLI CV. Forensic science aspects of fatal sexual assaults on women. *J Forensic Sci*, 28:572-6, 1983.
- DIÉGOLI CA, DIÉGOLI MSC, LERNER T, RAMOS LO. Abuso sexual na infância e adolescência. *Revista de Ginecología e Obstetría*, 7:81-5. 1996.
- DREZET J. Traumatismos genitales y extragenitales. In: Sistematización del proceso de construcción de un modelo de atención integral para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. La Paz. Ipsa Bolivia. 2003. p58-59
- SATIN AJ, RAMIN SM, PAICURICH J, MILLMAN S, WENDEL JR GD. The prevalence of sexual assault: a survey of 2404 puerperal women. *Am J Obstet Gynecol*, 167:973-5, 1992

# ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS DO ATENDIMENTO IMEDIATO

## PROGRAMA BEM-ME-QUER

O Centro de Referência da Saúde da Mulher aloca em seu espaço físico unidade do **INSTITUTO MÉDICO LEGAL** específica para atenção de situações de violência sexual, parte do **PROGRAMA BEM-ME-QUER**, resultado da parceria entre a Secretaria de Segurança Pública e a Secretaria de Estado da Saúde. Essa unidade do IML é responsável pela realização do **EXAME DE CORPO DE DELITO E CONJUNÇÃO CARNAL** e pela coleta e preservação de eventuais evidências materiais do crime sexual, importantes nos casos de mobilização de processo criminal. O acesso ao IML se faz mediante requisição da Autoridade Policial que, após a realização do Boletim de Ocorrência Policial, aciona veículo especial para o transporte da mulher desde a Delegacia de Polícia até o IML/CRSM. Esse transporte é efetuado com a presença de estagiárias em psicologia, responsáveis pelo acolhimento, pela escuta qualificada do ocorrido, e pela prestação de informações e orientações sobre o atendimento que será realizado. Ao término da atenção prestada pelo IML a usuária é imediatamente encaminhada ao Serviço de Pronto Atendimento em Ginecologia para avaliação e eventuais medidas de profilaxia. Completadas as etapas desse atendimento imediato, a mulher deve ser orientada a procurar o Núcleo de Serviço Social do CRSM no menor prazo possível. Os profissionais de saúde do CRSM ou de outras instituições **NÃO** podem solicitar o Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, ou encaminhar a mulher ao IML para atendimento, ato reservado para as Autoridades competentes.

## ATENDIMENTO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA

Embora a maior parte dos atendimentos de urgência prestados pelo CRSM seja relativa a casos que buscaram inicialmente pela Delegacia de Polícia e, portanto, já realizaram o Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, no IML, casos de busca imediata pelo serviço de saúde podem ocorrer. Nessas situações, não há impedimento legal ou ético para que o médico preste a assistência que entender necessária, incluindo-se o exame físico e ginecológico, e a prescrição de medidas de profilaxia, tratamento e reabilitação. A gravidade da circunstância e os riscos que a violência sexual impõe exigem 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, o médico pode ser responsabilizado civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer. Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições e assim desejar, poderá ir à Delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial, prestar depoimento, ou submeter-se a exame pelos peritos do IML, orientada pelo Núcleo de Serviço Social do CRSM. 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.

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

A mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia e, portanto, **NÃO** tem obrigação de realizar o **BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**. Contudo, a mulher e/ou seu representante legal serão orientados e apoiados pelos profissionais do Núcleo AVS a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, no momento oportuno. Mas, caso ela não o faça, não poderá ser negado o atendimento. A realização do atendimento em saúde não se encontra juridicamente vinculada à apresentação desse documento e não há base legal para negar o atendimento caso a mulher não possa ou não queira realizá-lo. O mesmo cabe para o laudo do **EXAME DE CORPO DE DELITO E CONJUNÇÃO CARNAL**.

## PRESUNÇÃO DE VERACIDADE

O Código Penal garante 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 e seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados para a Polícia ou para a Justiça.

## PROTEÇÃO PROFISSIONAL

O médico e demais profissionais de saúde não estão sujeitos a penalização caso revele-se, posteriormente, que as informações prestadas durante o atendimento de emergência não correspondam à verdade. Segundo o Código Penal, 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 alguma inverdade da alegação, somente a declarante e/ou seu representante legal responderão criminalmente pelo crime de Falsidade Ideológica, definido pelo artigo 299 do Código Penal..

## SIGILO PROFISSIONAL

O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo e de 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 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*”. Considerando a interface entre diferentes setores de atenção que os crimes sexuais envolvem e a eventual solicitação de informações das Autoridades competentes, a revelação de dados sobre o atendimento ou cópia de prontuário hospitalar deve obedecer as normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina. Para tanto, deve-se observar o cumprindo-se da resolução 1246, Capítulo IX (Segredo Médico) artigo 102 e 106, Código de Ética Médica, regulamentada pela Resolução 1484, publicada no Diário Oficial da União em 11 de setembro de 1997. Solicitações de relatórios ou de cópias de prontuário hospitalar e de ficha de atendimento ambulatorial devem ser encaminhadas ao **NÚCLEO AVS**, responsável pelo cumprimento dessas medidas obedecendo-se o disposto na Lei.

## ASPECTOS TRABALHISTAS

Segundo a legislação trabalhista, nos casos em que a violência sexual ocorra durante o percurso do trabalho a mulher deve ser orientada sobre a importância de realizar a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), havendo ou não a necessidade de afastamento do trabalho. O cadastramento do CAT garante direitos para a mulher trabalhadora em situação de violência sexual que assegura, entre outros, que ela possa receber atenção necessária à sua saúde. Esses casos devem ser orientados a buscar pelo **NÚCLEO DE SERVIÇO SOCIAL** após o atendimento imediato, assim que possível.

## NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A Lei 10.778/03, de 24 de novembro de 2003, estabelece a **NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA** no território nacional, de todo caso de violência contra a mulher atendidos nos serviços públicos ou privados de saúde. O preenchimento e encaminhamento da notificação compulsória é responsabilidade do **NÚCLEO AVS**, atendendo-se a determinação da Secretaria de Estado da Saúde, conforme o Decreto-Lei nº 5.099 de 03.06.2004 que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, e o artigo 10741/2003 que prevê a notificação de casos de violência contra o idoso.

## COMUNICAÇÃO AO CONSELHO TUTELAR

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 proteção para crianças e adolescentes, particularmente aquelas em situação de risco. Segundo o artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente considera-se **CRIANÇA** a pessoa menor de 12 anos e **ADOLESCENTE** aquela com idade igual ou maior que 12 e menor que 18 anos. Cabe ao **NÚCLEO AVS** o cumprimento da Lei, formalizando a comunicação aos Conselhos Tutelares ou Varas da Infância e da Juventude dos casos atendidos na instituição.

## GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLENCIA SEXUAL E ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI

No Brasil o abortamento é crime previsto pelo Código Penal nos artigos 124, 125 e 126, com penalidades para a mulher e para o médico que o praticam. No entanto, de acordo com o Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, incisos I e II do artigo 128 do Código Penal, **NÃO É CRIME** e **NÃO SE PUNE** o abortamento praticado por médico quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, ou quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Nessa última situação, o abortamento deve ser precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Além disso, mediante solicitação da mulher, o Poder Judiciário também tem autorizado a interrupção da gravidez em casos de anomalias fetais graves com inviabilidade de vida extra-uterina. O CRSMS cumpre com a atenção ao abortamento previsto em Lei desde 1994, ocupando posição de referência nessa área. Os abortamentos são realizados cumprindo-se rigorosamente o ordenamento jurídico e as normas estabelecidas pela Portaria MS/GM nº 1.508, Ministério da Saúde, que estabelece os **PROCEDIMENTOS DE JUSTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DA INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ**. Os profissionais do Pronto Atendimento em Ginecologia do CRSMS não estão obrigados a participar desses atendimentos. O Código de Ética Médica assegura, segundo o artigo 7, que “*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*”. Também é direito do médico, conforme o artigo 28, “*recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência*”. Dessa forma, é claramente garantido ao médico a objeção de consciência e o direito de recusa de realizar o abortamento, mesmo nas situações previstas em Lei. Esses profissionais não devem sofrer nenhuma forma de intimidação ou discriminação no CRSMS por se recusarem a praticar o abortamento legal. No entanto, o Código de Ética Médica também estabelece que, em algumas situações específicas, o médico **NÃO TEM DIREITO** de objeção de consciência quando possa ocorrer dano ou agravo à

saúde da mulher em razão da omissão ou recusa do atendimento. Portanto, a responsabilidade de atenção dos profissionais de saúde do Pronto Atendimento em Ginecologia do CRSM se limita ao atendimento de eventuais **INTERCORRÊNCIAS** ou **EMERGÊNCIAS** dos casos de abortamento internados na instituição. Situações de busca por informação do procedimento eventualmente atendidas no Pronto Atendimento devem ser encaminhadas ao **NÚCLEO DE SERVIÇO SOCIAL**.

## COLETA DE MATERIAL DE INTERESSE FORENSE NO ATENDIMENTO IMEDIATO

A obtenção de provas médico-legais é de grande importância nas situações de violência sexual, com papel crítico na identificação do autor da violência e sua responsabilização. A coleta das evidências materiais do crime sexual é procedimento formalmente atribuído aos médicos peritos do IML. No entanto, em casos de atendimento de emergência em que a mulher ainda não realizou o exame pericial e que se indique o exame ginecológico, recomenda-se que o médico assistente proceda com a coleta de materiais que possam colaborar, posteriormente, com eventual confecção de laudo indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunto Carnal. O material do conteúdo vaginal, oral ou anal deve ser obtido por meio de swab e acondicionado em papel filtro, mantido em envelope lacrado e identificado. O material não deve ser colocado em sacos plásticos que mantenham a umidade, facilitando a proliferação bacteriana e consequente destruição do DNA. Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, por resultar na desnaturação do DNA. Deve-se realizar esfregaço em duas lâminas de vidro, também sem fixadores, devidamente identificadas, sem coloração por hamatoxilina-eosina. Não é necessário realizar a coleta de material nos casos com atendimento prévio no IML.

## PRESERVAÇÃO DE MATERIAL DO ABORTAMENTO

Amostras de material embrionário do abortamento, até 12 semanas de idade gestacional, ou do cordão umbelical, nas interrupções com 13 semanas ou mais, devem ser reservadas e guardadas para eventual investigação de DNA, mediante solicitação do Poder Judiciário ou de outra Autoridade competente. A análise do DNA daquele apontado como causador da violência sexual permite estabelecer ou afastar, com segurança, a relação de paternidade com a gestação interrompida. Nesse sentido, a obtenção de provas médico-legais é de grande importância tanto para a comprovação do crime sexual, quanto para a responsabilização do causador da violência. O material obtido deve ser acondicionado diretamente em frasco de pequeno tamanho, sem uso de plásticos que mantenham a umidade e facilitem a proliferação bacteriana que danifica células e o DNA. O frasco não deve conter qualquer tipo de fixador, incluindo-se formol ou álcool, pela elevada possibilidade de desnaturar o DNA e inviabilizar sua análise. Tanto a coleta como a identificação do material, com nome completo e número de prontuário hospitalar, deve ser feita imediatamente ao término do procedimento esvaziamento uterino ou no momento da expulsão fetal. O material deve ser encaminhado para congelação o mais breve possível, mantendo-o dessa forma preservado por prazo indeterminado. A retirada do material biológico será autorizada mediante apresentação de Ofício da Autoridade requerente, em prazo mínimo necessário para identificação do mesmo e seu preparo para transporte em condições apropriadas de preservação. Na oportunidade de transferência da guarda do material a autoridade requisitante deverá assinar o **TERMO DE RETIRADA DE MATERIAL BIOLÓGICO**. Cópia desse documento deve ser entregue para a Autoridade, arquivada em prontuário hospitalar, e arquivada no Núcleo AVS. Se a quantidade de material disponível permitir, recomenda-se manter no CRSM parte do material do abortamento, igualmente preservado por meio de congelação, para eventual repetição da análise do DNA, nos casos em que se fizer necessário. Outra parte do material do abortamento deve ser encaminhada para exame de Anatomia Patológica. Deve estar apropriadamente acondicionado em frasco com solução de formalina e identificado. Na requisição de exame deve constar a identificação completa da mulher ou da adolescente, e o esclarecimento de que se trata de interrupção da gravidez prevista pela Lei. O exame de anatomia patológica é importante para identificar eventuais patologias não necessariamente identificadas no momento da interrupção, particularmente a gestação molar.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS E RECOMENDADAS

- ADVOCACI.** Direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva dos Direitos Humanos – síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito. Rio de Janeiro: Advocaci. 2003. 118p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ÁREA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM.** Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde. 2005(a). 60p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER.** Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual – perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2005(c). 20p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER.** Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2a. ed. atualizada e ampliada. Brasília: 2005. 68p.
- BRASIL. SENADO FEDERAL.** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal. 2006(b). 47p.
- CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.** 25ª edição. São Paulo, Saraiva. 1987. 486p.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.** 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, 2ª edição. 2002. p.71-8.
- DREZETT J** Atención a mujeres sobrevivientes de violencia sexual: el rol de los servicios de salud. Comunicaciones, 10(13):5-18, 2003.
- ELU MC, PRUNEDA ES, SANTIAGO RV, MONREAL LMA, PÉREZ RC, RIVERA M, ACHA M.** Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia. Mexico. Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en Mexico. 2000. 34p.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.** São Paulo, Imprensa Oficial do Estado. 1993. 105p.
- FAÚNDES A, OLIVEIRA G, ANDALAF NETO JA, LOPEZ JRC.** II Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto por lei. Femina, 26:134-8, 1998.

**FAÚNDES A, ANDALAFIT NETO JA, FREITAS F, DREZETT J, PINTO E SILVA J, MELLO J, BEDONE AJ.** III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei. *Femina*, 27:317-21, 1999.

**FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.** Violência Sexual e interrupção da gestação prevista em lei. São Paulo, FEBRASGO. 2004. 91p.

**FLORES YM, GUTIÉRREZ LN, GORDILLO MQ.** Diagnóstico sobre procedimiento probatorio en casos de violencia intrafamiliar y sexual contra las mujeres, la niñez y la adolescencia en Nicaragua. Managua: Agencia Española de Cooperación Internacional. 2002. 227p.

**IPAS BRASIL.** Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. Rio de Janeiro. Ipas Brasil, 2007. 2p.

**LANGER A & ESPINOZA H.** Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en America Latina y el Caribe In: *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*. RAMOS S & GUTIÉRREZ MA (ed). Rio de Janeiro: Fórum da Sociedade Civil nas Américas. 2002. p.95-122

**LIMA SMRR.** Estupro. In: HALBE, H.W. ed. - Tratado de Ginecologia. 2<sup>a</sup> ed., São Paulo, Roca, 1993. p.970-7.

**POUCHKAREV VP, SHVED EF, NOVIKOV PI.** Sex determination of forensic samples by polymerase chain reaction of the amelogenin gene and analysis by capillary electrophoresis with polymer matrix. *Electrophoresis*, 19:76-9, 1998.

**SAUM CA, INCIARDI JA.** Rhopynol misuse in the United Stats. *Subs Use Misuse*, 32:723-31, 1997.

**TALIB RA & CITELI MT.** Dossiê: Serviços de abortamento legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004). Brasília: São Paulo, Católica pelo Direito de Decidir, 2005. 80p.

**TEIXEIRA WRG.** Kit para o exame de vítimas de estupro. *Informativo Médico-Legal*, 14, 1986.

**TUCKER S, CLAIRE E, LEDRAY LE, WERNER JS.** Sexual assault evidence collection. *Wis. Med. J.*, 89:407-11, 1990.

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

**UNITED NATIONS.** Report of the International Conference on Population and Development, Cairo. New York, United Nations. 1994.

**UNITED NATIONS.** Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing. New York, United Nations. 1995.

**UNITED NATIONS.** Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York, United Nations. 1999.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION.** The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva: World Health Organization. 1992.

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

**WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data. Geneva: World Health Organization. 1998.

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

# ASPECTOS PSICOLÓGICOS

## ASPECTOS GERAIS

O impacto emocional da violência sexual produz efeitos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. Medidas de acolhimento, tratamento e intervenções especializadas têm ajudado crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência sexual a enfrentarem o problema, dando-lhes alternativas e a oportunidade de reconstruir suas vidas, minimizando danos futuros. Os profissionais de saúde devem estar capacitados para o manejo clínico e psicológico de crianças, adolescentes e mulheres adultas em situação de violência sexual, coibindo manifestações ou julgamentos pessoais quanto ao ocorrido e suas circunstâncias. Acredita-se que a negligência para com esses aspectos, particularmente os psicológicos, pode resultar na revitimização da mulher, criança ou adolescente, praticada pelos serviços de saúde. Em se tratando de ocorrências durante a infância, o atendimento também exige disponibilidade de tempo, tranquilidade e experiência.

De acordo com a American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics, a violência sexual se associa com a Síndrome do Transtorno Pós Traumático (STPT), condição desenvolvida após qualquer evento traumático na experiência humana. Cerca de um terço de todos os casos de STPT estão relacionados com abuso sexual. A STPT divide-se em duas fases. A primeira, denominada *fase aguda*, caracteriza-se por processo psíquico de desorganização, durando de poucos dias a algumas semanas. Os principais sintomas são a angústia, medo, ansiedade, culpa, vergonha, humilhação, autocensura e depressão. Podem ocorrer reações somáticas, como fadiga, tensão, céfaléia, insônia, corrimento vaginal, pesadelos, anorexia, náuseas e dor abdominal. Os danos emocionais da fase aguda da STPT podem ser agravados para as vítimas que sofrem violência antes do início da vida sexual planejada e consentida. A perda da virgindade nessas condições destrói planos, sonhos e perspectivas sobre o futuro e as escolhas sexuais. Acrescente-se que parte da sociedade ainda valoriza a integridade himenal, relacionando-a diretamente com a honradez da mulher. Assim, a adolescente sente-se duplamente lesada, tanto física como moralmente.

Na segunda, chamada de *fase crônica*, desenvolve-se a reorganização psíquica que pode durar de meses a anos. A vítima passa a rememorar a violência, construindo pensamentos recorrentes. Podem se estabelecer diversos transtornos da sexualidade, incluindo o vaginismo, dispareunia, diminuição da lubrificação vaginal e perda da capacidade orgâsmica. Entre 40 a 60% das vítimas apresentam queixas sexuais importantes após a violência sexual que podem evoluir para quadros ainda mais severos. A fase crônica também se caracteriza pela ocorrência de problemas como depressão, bulimia, anorexia nervosa, baixa auto-estima, fobias diversas e dificuldades de relacionamento interpessoal. A prevalência de idéias suicidas persistentes e de tentativa de suicídio é elevada nos casos de STPT, principalmente entre aquelas abusadas durante a infância, alcançando entre 15 e 18% dos casos. Existe um período intermediário na STPT, chamado *ajustamento exterior*, onde se identifica o esforço da mulher em negar o ocorrido e retornar às suas atividades normais. As alterações do comportamento são variáveis e mostram grande coexistência de sintomas.

O abuso sexual é definido como a exposição de crianças a qualquer contato ou interação com alguém em estágio psicosexual mais avançado do desenvolvimento, onde a criança é usada visando a estimulação sexual do causador da agressão. Essas práticas incluem desde a realização de carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, *voyeurismo*, pornografia, exibicionismo, incluindo o ato sexual, com ou sem penetração. A dificuldade em se confirmar os casos de abuso sexual na infância advém, em sua maior parte, pelo fato do perpetrador geralmente ser alguém em quem a criança conhece e confia. Prevalece em indivíduos que deveriam ser os responsáveis pela proteção integral da criança. Outra causa da difícil confirmação destes casos resulta do fato do abuso sexual infantil ser uma forma de violência onde não existam marcas físicas que o comprovem, na maioria dos casos. Isto faz com que a problemática do abuso sexual se manifeste em diferentes formas e diversos graus de complexidade. A importância em se tratar o abuso sexual na infância é fazer com que haja a interrupção do ciclo da violência. O abuso sexual acontece em diferentes faixas etárias, classes sociais, religiões e culturas. Entretanto, a sua real prevalência é desconhecida, pois muitas crianças não o revelam durante a sua ocorrência, somente conseguindo falar sobre isso na idade adulta. O abuso sexual apresenta maior prevalência na forma intrafamiliar, aparecendo usualmente de forma repetitiva, insidiosa, neste ambiente relacional favorável, sem que a criança tome, inicialmente, consciência do ato abusivo do adulto.

O incesto pode ser definido como o abuso sexual intrafamiliar, praticado com ou sem violência explícita, que se caracteriza pela estimulação sexual intencional por parte de um dos membros da família e que possui um vínculo parental pelo qual lhe é proibido o matrimônio. A adolescente em situação de incesto experimenta maior sofrimento emocional. Quando seduzida durante a infância, pode se tornar participante ativa do incesto pelo prazer e benefícios que obtém. É comum que os pais consigam o silêncio da filha com tratamento preferencial em relação aos irmãos, ou por meio de diferentes graus de ameaça. Assim, a criança poucas vezes relata o incesto antes de alcançar a adolescência. A mãe, em muitos casos, assume o papel de protetora do marido de forma insensível às necessidades emocionais da criança ou da adolescente. Apesar de ter conhecimento do incesto, pode ignorá-lo ou mesmo incentivá-lo, permitindo de papel com a filha. Por vezes até mesmo o facilita, reeditando uma experiência abusiva na infância e exercendo um mecanismo de identificação projetiva. Para manter a aparente normalidade da família, os pais consentem com a relação incestuosa, consciente ou inconscientemente.

As consequências psicológicas da violência sexual tendem a se tornar mais graves após os sete anos, idade em que a criança, geralmente, passa a ter algum entendimento dos valores morais e sociais relacionados ao sexo. Qualquer disfunção psicosocial na infância pode ser sugestiva de abuso sexual, variando de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento. Em idades precoces predominam sintomas físicos e comportamentais, como o medo, encoprese, enurese, irritabilidade e distúrbios do sono e da alimentação. Em pré-púberes, destacam-se os distúrbios psicosomáticos e de comportamento, como ansiedade, isolacionismo, depressão, sintomas conversivos, perda de peso e diminuição do rendimento escolar. Na adolescência, predominam os distúrbios comportamentais, psicosomáticos e psiquiátricos. Fuga de casa, maior prevalência de uso de drogas ilícitas e de álcool, prostituição, autoflagelação e depressão. Algumas condições observadas na criança podem estar exacerbadas na adolescente, em função de sua maior autonomia e desenvolvimento biopsicosocial.

Em crianças e adolescentes diferentes tipos de comportamento podem ser percebidos. Algumas desenvolvem recorrente sensação de medo, que inclui estados de hipervigilância, irritabilidade, ansiedade, hiperatividade física e sintomas regressivos. Outras apresentam distúrbios da memória, onde prevalece a dissociação, os pesadelos e a desconexão da realidade. A dificuldade em regular afeto pode ser percebida pelos fenômenos depressivos, impulsividade e posturas oposicionais. Por último, algumas adolescentes enfrentam a tendência a evitar relações íntimas, dificuldade de confiar nos adultos e manter com eles relações de proximidade física ou emocional.

## ATENÇÃO PSICOLÓGICA

O Núcleo AVS mantém parceria com o Núcleo de Psicologia do CRSM para o oferecimento de diferentes modalidades de diagnóstico e atenção em saúde mental para pessoas em situação de violência sexual. Os sintomas manifestos são analisados a partir da escuta especializada de adolescentes e mulheres adultas, e da observação lúdica de crianças. A leitura pelo psicoterapeuta oferece condições para que mulheres, adolescentes e crianças possam ressignificar sua experiência traumática como alternativa de reconstrução de suas vidas. O Núcleo AVS oferece atendimento nas modalidades individual e em grupo, com diferentes abordagens teóricas. Nas situações envolvendo crianças, também oferece atendimento e orientação para os pais ou responsáveis. A periodicidade, o número de consultas e o tempo de atendimento são individualizados e consideram as necessidades de cada mulher, criança e adolescente.

Atividades lúdicas possuem especial importância e através delas a criança expressa seus conflitos e, deste modo, podemos reconstruir seu passado. Ao brincar, a criança desloca para o exterior, seus medos, angústias e problemas internos. Atualmente os desenhos das crianças são considerados um meio privilegiado para a descoberta de seu mundo interno e sua psicodinâmica, além de constituírem um modo natural de expressão para as mesmas. O desenho projetivo é considerado uma fonte de informação e compreensão da personalidade humana. Sempre que há barreiras para a linguagem, o desenho apresenta um potencial facilitador na expressão da personalidade. A análise de um grande número de desenhos clareia o surgimento e a elucidação de sentimentos de determinados pacientes, que talvez não pudessem se expressar com palavras. Os sentimentos e conflitos destes pacientes acabam se infiltrando em seus desenhos. Esses desenhos são uma interpretação da realidade, não sua reprodução fiel, mas uma maneira de ver as coisas e se colocar diante delas. O princípio básico de interpretação destes desenhos é que a folha de papel representa o ambiente, e o desenho, o próprio sujeito, e é a partir desta interação simbolizada que são realizadas as interpretações.

Técnicas específicas são adotadas, quando necessárias, a exemplo do teste House-Tree-Person (HTP), que pode ser aplicado tanto em crianças como em adolescentes ou adultos. A técnica projetiva de desenho do HTP é utilizada há mais de 50 anos com o intuito de obter informações sobre como uma pessoa experiência sua individualidade em relação aos outros e ao ambiente do lar. O HTP estimula a projeção de elementos da personalidade e de áreas de conflitos dentro da situação terapêutica, permitindo que eles sejam identificados com o propósito de avaliação e usados para o estabelecimento de comunicação efetiva.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS E RECOMENDADAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>a</sup> ed., Washington, American Psychiatric Association, 1994. 886p.
- BOWYER L, DALTON ME. Sexual assault in school, mental health and suicidal behaviors in adolescent women in Canada. *Adolescence*, 32:361-6, 1997.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2a. ed. atualizada e ampliada. Brasília: 2005. 68p.
- BRESLAU N, KESSLER RC, CHILCOAT HD, SCHULTZ LR, DAVIS GC, ANDRESKI P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 55:626-32, 1998.
- BROOKS B. Preoedipal issues in a postincest daughter. *Am J Psychother*, 37:129-36, 1983.
- BURGESS AW, HOLMSTROM LL. The rape victim in the emergency ward. *Am J Nursing*, 73:1740-9, 1973.
- DANSKY BS, BREWERTON TD, KILPATRICK DG, O'NEIL PM. The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 21:213-28, 1997.
- DUNN SF, GILCHRIST VJ. Sexual assault. *Prim Care*, 20:359-73, 1993.
- COHEN C. O incesto. In: Azevedo MA & Guerra UNA. Infância e Violência Doméstica. 2<sup>a</sup> ed., São Paulo, Cortez, 1997. 333p.
- FERGUSSON DM, HORWOOD LJ, LYNSKEY MT. Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse Negl*, 21:789-803, 1997.
- HYMEL KP, JENNY C. Child sexual abuse. *Del Med J*, 69:415-29, 1997.
- JONES JG. Sexual abuse of children: current concepts. *Am J Dis Child*, 136:142-6, 1982.
- MAC FARLANE E & HAWLEY P. Sexual assault: coping with crisis. *Can Nurse*, 89:21-4, 1993.
- SÁNCHEZ NM. Los menores como víctimas de abuso sexual. *Rev Niños*, 24:21-35, 1989.
- SHIPHERD JC, BECK JG. The effects of suppressing trauma-related thoughts on women with rape-related posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 37:99-112, 1999.
- SUTHERLAND S, SCHERL DJ. Patterns of response among victims of rape. *Am J Orthopsychiat*, 40:503-6, 1970.
- TETELBOM M, QUINALHA ABF, DEFAVERY R, ZAVASCHI ML. Abuso sexual intrafamiliar: um alerta. *J Bras Psiq*, 40:145-8, 1991.
- ULLMAN SE, SIEGEL JM. Sexual assault social reactions, and physical health. *Womens Health*, 1:289-308, 1995.
- ZIERLER S, FEINGOLD L, LAUFER D, VELENTGAS P, KANTROWITZ-GORDON I, MAYER K. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *Am J Public Health*, 81:572-5, 1991.

## ORIENTADOR PARA INTRODUÇÃO DE PROFILAXIAS

Os prazos estabelecidos para a introdução das diferentes formas de profilaxia e de prevenção em situações de violência sexual obedecem a critérios exclusivamente técnicos. Portanto, os limites de tempo apontados para cada profilaxia, devem ser rigorosamente respeitados. Mulheres, crianças e adolescentes podem ingressar para atendimento de emergência em diferentes períodos de tempo desde ocorrida a violência sexual e, dessa forma, podem se encontrar em condição de elegibilidade para todas ou somente algumas formas de profilaxia. Quando indicadas, cada profilaxia deve ser iniciada o mais breve possível, o que garante melhores resultados. Cabe reiterar que não há indicação técnica para nenhuma forma de profilaxia após 14 dias da violência sexual.

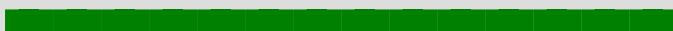
A profilaxia da **infecção pelo HIV** tem prazo máximo e improrrogável de **72 HORAS DA VIOLENCIA SEXUAL** para ser iniciada. Não há justificativa técnica para introduzir os anti-retrovirais após esse prazo, dado que não oferecem qualquer tipo de proteção e que não apresentam nenhuma função profilática. O uso além do prazo de 72 horas também submete a mulher a efeitos e reações adversas desnecessárias.

A profilaxia das **DST não virais** não tem prazo máximo rigorosamente estabelecido, permitindo maior flexibilidade em determinar limites para início do tratamento. Embora muitos serviços de saúde utilizem o limite de 72 horas da violência sexual, o Núcleo AVS e o PA – CRSM recomendam a profilaxia das DST não virais até o **QUINTO DIA DA VIOLENCIA SEXUAL**. Cabe lembrar que esse limite pode ser ampliado até **10 DIAS DA VIOLENCIA SEXUAL** em casos especiais, onde existam evidências condição de risco ainda mais aumentado. Não há justificativa técnica para introduzir a profilaxia das DST não virais após esse prazo, recomendando-se a investigação laboratorial para cada DST e, nos casos positivos, o tratamento adequado.

Ansiedade e outros fatores emocionais não devem interferir na decisão de iniciar as profilaxias, bem como não justificam a prescrição desses medicamentos além dos prazos tecnicamente estabelecidos. O Núcleo AVS e o PA – CRSM não permitem qualquer forma de prescrição de profilaxias que não obedeça aos prazos abaixo descritos.

## ORIENTADOR PARA PRAZOS DE INTRODUÇÃO DE MEDIDAS DE PROFILAXIA E PREVENÇÃO EM VIOLENCIA SEXUAL

DIAS DECORRIDOS DA VIOLENCIA SEXUAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
-------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

IMUNOPROFILAXIA CONTRA A HEPATITE B	
-------------------------------------	--

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	
-----------------------------	--

PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRais	
-------------------------------	--

QUIMIOPROFILAXIA PARA A INFECÇÃO PELO HIV	
---	---

## TELEFONES ÚTEIS

### DIRETORIA TÉCNICA DE DEPARTAMENTO

**Luiz Henrique Gebrim** 3248.8069 / 3248.8070 / 3248.8071

### COORDENAÇÃO DO PRONTO ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA

**Alysson Zanatta** **Emergências** 9194.3068

### COORDENAÇÃO DO NÚCLEO AVS

**Jefferson Drezett** 3248.8099      **Emergências** 8182.5434

### TELEFONES

<b>Ambulatório AVS - PAM</b>	3292.9020
<b>Anatomia Patológica</b>	3248.8128
<b>Banco de Sangue</b>	3248.8089
<b>Centro Cirúrgico</b>	3248.8132
<b>Divisão de Enfermagem</b>	3248.8047
<b>Enfermaria 5º andar</b>	3248.8124
<b>Farmácia</b>	3248.8131
<b>Laboratório Clínico</b>	3248.8064
<b>Nutrição</b>	3248.8020
<b>Núcleo de Psicologia</b>	3248.8125
<b>Núcleo de Serviço Social</b>	3248.8034
<b>Ultra-sonografia</b>	3248.8152
<b>Unidade do IML - SSP</b>	3248.8038
<b>UTI</b>	3248.8134