

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
ÁREA TÉCNICA SAÚDE DA MULHER

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

ANEXO I - CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA O USO DE PROFILAXIA DE HEPATITE B, HIV E
OUTRAS DST APÓS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO SEXUAL

2ª EDIÇÃO

BRASÍLIA, AGOSTO DE 2002

2002 - Ministério da Saúde

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

Edição, distribuição e informações:

Ministério da Saúde

Área Técnica de Saúde da Mulher

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sede, Sala 648

Telefones: (061) 223-5591 – 315-3324 – Fax: (061) 322-3912

CEP: 70058-900 – Brasília – DF - Brasil

Endereços eletrônicos:

Saúde da Mulher:

www.saude.gov.br / Programas e Projetos / Saúde da Mulher:

Programa Nacional para Prevenção e o Controle das Hepatites Virais:

www.saude.gov.br

Coordenação Nacional de DST/AIDS:

www.aids.gov.br

MINISTRO DA SAÚDE

Barjas Negri

SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Cláudio Duarte da Fonseca

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

Tânia Di Giacomo do Lago – Coordenadora

PROGRAMA NACIONAL DE HEPATITES VIRAIS

Antônio Carlos Toledo Júnior - Coordenador

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS

Paulo R. Teixeira - Coordenador

ELABORAÇÃO DA NORMA TÉCNICA - PRIMEIRA EDIÇÃO

Ana Paula Portella, Pesquisadora; Aloísio José Bedone, Ginecologista e Obstetra; Eugênio Marcelo Pitta Tavares, Ginecologista e Obstetra; Elcylene Maria de Araújo Leocádio, Médica Sanitarista; Janine Schirmer, Enfermeira Obstetra; Jorge Andalaft Neto, Ginecologista Obstetra

INSTITUIÇÕES CONSULTADAS

Grupo de Avaliação Técnica de Saúde. SES/SP; Divisão de Saúde da Mulher. SES/PE; Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde. Município do Rio de Janeiro/RJ; Centro de Referência da Saúde da Mulher. São Paulo/SP; Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros/UPE. Recife/PE; Maternidade da Praça XV. Rio de Janeiro/RJ; Hospital Materno-Infantil de Brasília – Brasília/DF; Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher/CNS; Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – Ministério da Justiça;

ANEXO I: CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA O USO DE PROFILAXIA PARA HEPATITE B, HIV E OUTRAS DST APÓS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO SEXUAL

Jackeline Fabiúla Esteves Ferreira de Souza; Kátia Barreto Souto; Marco Antônio de Ávila Vitória - Coordenação Nacional de DST/AIDS/Ministério da Saúde. Antônio Carlos Toledo Junior – Programa Nacional de Hepatites Virais/Ministério da Saúde. Elcylene Maria de Araújo Leocádio - Área Técnica de Saúde da Mulher/Ministério da Saúde. Cristiane Rapparini – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; Jefferson Drezett; Stella Maris Bueno –Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Norma de Paula Motta Rubini; Paulo Feijó Barroso - Universidade Federal do Rio de Janeiro; Márcia Rachid - Secretaria Estadual de Saúde de Rio de Janeiro. Rosana Del Bianco – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS: a todas as pessoas que participaram das reuniões e discussões sobre Profilaxia do HIV no Contexto da Atenção às Vítimas de Violência Sexual e da Oficina de Apoio Psicossocial à Vítimas de Violência, compartilhando com o MS conhecimentos teóricos e práticos que permitiram a atualização desta Norma Técnica.

• **SUMÁRIO**

I. Apresentação – Primeira edição	1
II. Introdução – Considerações sobre violência sexual	2
III. Organizando a Atenção à Mulheres que Sofreram Violência Sexual	4
1. Instalação e área física	
2. Recursos humanos	
3. Equipamentos e instrumental	
4. Apoio laboratorial	
5. Registro de dados	
6. Sensibilização e treinamento das equipes multidisciplinares	
IV. Normas Gerais de Atendimento	7
Atendimento clínico	
V. Atendimento à Mulheres que Sofreram Violência Sexual.....	7
Cuidados médicos e de enfermagem	
VI. Atendimento à Mulheres com Gravidez Decorrente de Estupro	9
Documentos e procedimentos obrigatórios	
Procedimentos para interrupção da gravidez	
VII. Instrumentos de Registro	12
Modelo de Ficha 1- Atendimento à mulher que sofreu violência sexual	
Modelo de Ficha 2 - Atendimento à mulher grávida em decorrência de estupro	
VIII. Anexo I - Considerações Gerais para Uso de Profilaxia para Hepatite B, HIV e outras DST após Situações de Exposição Sexual	16

I - APRESENTAÇÃO - PRIMEIRA EDIÇÃO

As mulheres vêm conquistando nas últimas décadas direitos sociais que a história e a cultura reservaram aos homens durante séculos. No entanto, ainda permanecem relações significativamente desiguais entre ambos os sexos. Essa situação dá origem a sérios problemas, sendo o mais grave deles a violência sexual contra a mulher.

É dever do Estado e da sociedade civil delinear estratégias para terminar com esta violência. Ao setor saúde compete acolher as vítimas, e não virar as costas para elas, buscando minimizar sua dor e evitar outros agravos.

O braço executivo das ações de saúde no Brasil é formado pelos estados e municípios e, é a eles que o Ministério da Saúde oferece subsídios para medidas que assegurem a estas mulheres a harmonia necessária para prosseguirem, com dignidade, suas vidas.

José Serra
Ministro da Saúde

II - INTRODUÇÃO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência representa hoje uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população jovem. Atinge crianças, adolescentes, homens e mulheres. No entanto, uma análise cuidadosa das informações disponíveis demonstra que a violência tem várias faces e afeta de modo diferenciado a população. Enquanto os homicídios, em sua maioria, ocorrem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência sexual afeta em especial as mulheres e ocorre no espaço doméstico.

Essa violência – em particular o estupro – atinge sobretudo meninas, adolescentes e mulheres jovens no Brasil e no mundo. Os estudos sobre o tema indicam que a maior parte da violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, tornando o crime mais difícil de ser denunciado. Menos de 10% dos casos chegam às delegacias.

A vítima de violência sexual está exposta a diferentes riscos que podem comprometer sua saúde física e mental. Os traumas físicos e ginecológicos, a gravidez, as conseqüências psicológicas e a possibilidade de adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DST) são extremamente importantes. A gravidez geralmente é percebida como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres. Apesar do código penal brasileiro prever o aborto nestes casos há mais de 50 anos, a interrupção dessas gestações tem sido feita de forma excepcional pelos serviços públicos de saúde, agravando sobremaneira a situação dessas mulheres.

As conseqüências psicológicas da violência sexual tendem a se tornar mais graves após os 7 anos, idade na qual a criança passa a compreender os valores morais e sociais relacionados ao sexo. Qualquer disfunção psicossocial na infância pode ser indicativa de abuso sexual. Na mulher adulta, a violência sexual tem sido associada à desordem do estresse pós-traumático, com sintomas que incluem a angústia, medo, ansiedade, culpa, vergonha e depressão. Podem ocorrer reações somáticas como fadiga, tensão, cefaléia, insônia, pesadelos, anorexia e náuseas. Como repercussões tardias pode-se estabelecer o vaginismo, dispareunia, uso de drogas e álcool, depressão, tentativa de suicídio e outros sintomas conversivos ou dissociativos.

Os traumatismos físicos, quando presentes, podem variar desde pequenos hematomas até traumas graves que podem resultar na morte da vítima. De fato, os exames periciais evidenciam a presença de traumas em cerca de apenas 10% dos casos de estupro, número similar nos relatos da maioria dos serviços que atendem casos de violência sexual.

A maioria dos serviços de saúde não está equipada para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção dessa ocorrência. Em geral, os serviços carecem de profissionais treinados no reconhecimento dos sinais da violência, principalmente aquela de caráter mais insidioso. Esse diagnóstico requer uma rede de apoio, que extrapola os serviços de saúde, para que os problemas identificados sejam resolvidos.

O enfrentamento da violência exige a efetiva articulação de diferentes setores, tais como saúde, segurança pública, justiça e trabalho, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada, configurando redes integradas de atendimento.

A garantia de atendimento a mulheres que sofreram violência sexual nos serviços de saúde representa, por conseguinte, apenas uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência. A oferta desses serviços, entretanto, permite a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada.

A implementação desse atendimento nos estados e municípios brasileiros deve ser acompanhada de um processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.

III. ORGANIZANDO A ATENÇÃO ÀS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

No contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher que sofreu violência sexual deve ser organizada com a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e de tecnologia adequada.

As ações de saúde devem ser acessíveis a toda população do município ou região, cabendo à unidade assegurar a continuidade do atendimento, mediante, inclusive, o acompanhamento e a avaliação dos reflexos da violência sobre a saúde da mulher.

É fundamental a criação de mecanismos de encaminhamento oportuno das mulheres atingidas por violência sexual, para que a assistência seja prestada de forma imediata. Para tanto, é necessário que postos de saúde, autoridades policiais, serviços gerais de emergência, escolas e a sociedade civil organizada tenham conhecimento das unidades que realizam esse atendimento, favorecendo, assim, o encaminhamento correto.

A efetiva assistência aos casos de violência sexual requer a observância de determinadas condições e providências no âmbito da instituição, não havendo necessidade, no entanto, de criação de um serviço específico para este fim. Todas as unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos deverão estar capacitadas para o atendimento a esses casos. É preciso que a unidade esteja apta a atuar com presteza e rapidez nesse tipo de atendimento, de modo a evitar-se maiores danos à saúde física e mental da mulher.

O número de mulheres que engravidam em decorrência do estupro e demandam interrupção da gravidez é pequeno. Em média, os serviços de referência atendem um a dois casos por mês. Por isso, compete aos gestores estadual e municipal definir unidades de referência e capacitar equipes para prestar o atendimento adequado. Cabe ainda aos gestores e aos diretores dos serviços estabelecer mecanismos de avaliação das ações desenvolvidas.

1. Instalação e Área Física

Para o atendimento das adolescentes e mulheres que sofreram violência sexual, deve ser definido um local específico, de preferência fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, de modo seja garantida a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame, estabelecendo-se, assim, um ambiente de confiança e respeito.

Por outro lado, deve-se evitar a criação de situações que podem favorecer o surgimento de estigmas em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação de setor ou salas destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro. Para a avaliação médica e ginecológica, é necessário espaço físico correspondente a um consultório ginecológico. Os procedimentos para o esvaziamento da cavidade uterina deverão ser realizados em ambiente cirúrgico.

2. Recursos Humanos

O ideal é que esse tipo de um atendimento seja prestado por equipe multiprofissional, composta por médicos/as, psicólogos/as, enfermeiras/os e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um dos profissionais na equipe – com exceção de médico/a – não

inviabiliza atendimento. Cada um desses profissionais cumpre um papel específico no atendimento à mulher, como se verá a seguir.

No entanto, toda a equipe deve estar sensibilizada para as questões da violência sexual contra a mulher e capacitada para acolher e dar suporte às suas demandas, utilizando as normas específicas.

3. Equipamentos e instrumental

A unidade deverá dispor de equipamentos e materiais permanentes, em perfeitas condições de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento. É importante que a unidade esteja equipada de tal modo a conferir-lhe autonomia e resolutividade. Os materiais e equipamentos necessários são:

- mesa e cadeiras para consulta
- mesa ginecológica estofada e banqueta
- jogo de espéculo vaginal tipo Collins
- jogo de pinças Cheron
- ácido acético a 2%
- lugol
- vaselina
- papel filtro
- espátula ou swab para secreção vaginal
- luvas para exame (estéreis e de procedimentos)
- mesa auxiliar
- escadinha
- foco de luz
- aparelho de pressão
- estetoscópio
- biombo.

Aparelhos adicionais sugeridos:

- colposcópio
- aparelho de ultra-sonografia
- máquina fotográfica simples e filme (para fotografar possíveis lesões)

Além dos equipamentos próprios de um centro cirúrgico, o serviço deverá contar com:

- caixas de material para curetagem
- jogo de velas de Hegar
- conjunto de materiais para aspiração uterina – manual ou elétrica

4. Apoio laboratorial

O apoio laboratorial é uma ferramenta útil para auxiliar no estabelecimento do diagnóstico e no rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis. As instituições de referência devem ter acesso à assistência laboratorial para a execução dos exames recomendados no item IV e de outros que, a critério clínico, poderão vir a ser solicitados.

Cabe ressaltar que a solicitação desses exames é justificada pelo fato de que estudos demonstraram que 16% a 53% das mulheres que sofrem violência sexual podem apresentar algum tipo de DST sendo que alguns estudos sugerem taxa de transmissão do HIV entre 0,8% a 1,6% nessas situações.

Os laboratórios devem estar equipados para realizarem exames sorológicos, bacterioscópicos e culturas.

5. Registro de dados

Deve-se manter um sistema padronizado de registro dos dados, de modo a possibilitar a uniformização de informações dos vários serviços, as quais poderão, assim, ser comparadas e analisadas em bancos de dados do SUS/MS. Esse registro pode ser feito a partir do prontuário regular de cada serviço. Nas próximas sessões, são apresentados modelos de fichas de atendimento que podem servir de base para a elaboração dos relatórios, os quais deverão ser periodicamente enviados ao Ministério da Saúde, via Secretarias Estaduais de Saúde.

6. Sensibilização e treinamento das equipes multidisciplinares

Na sensibilização de todos os funcionários da unidade hospitalar, propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual, as dificuldades que as meninas, adolescentes e mulheres enfrentam para denunciar este tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de co-responsável na garantia desses direitos. Essas atividades podem incluir dramatizações em pequenos grupos, vídeos educativos, reuniões de esclarecimentos sobre aspectos médicos, jurídicos e éticos.

As equipes envolvidas diretamente na assistência deverão receber treinamento para o atendimento de emergência e estabelecimento de medidas protetoras (contracepção de emergência, profilaxias de DST, e a própria profilaxia do HIV) e outros aspectos fundamentais para um atendimento humanizado, respeitando-se seus direitos e atendendo suas necessidades, inclusive a decisão de interrupção da gravidez. Os médicos deverão, além disso, ser treinados para a utilização das diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação.

7. Organização e divulgação da Rede Integrada de Atendimento

O setor saúde, por ser uma das principais portas de entrada das mulheres e adolescentes em situação de violência, tem um papel fundamental na definição e articulação dos serviços e organizações que direta ou indiretamente atendem vítimas de violência sexual. Os gestores locais e estaduais têm um papel fundamental na criação de redes integradas de atendimento, na capacitação de recursos humanos, na provisão de insumos para sua manutenção e na divulgação para o público em geral.

É necessário que todos os serviços de orientação ou atendimento, tenham, pelo menos, uma lista com endereços e telefones das instituições componentes da rede.

Essa lista deve ser do conhecimento de todos os funcionários dos serviços permitindo que as e os usuários tenham acesso sempre que necessário e possam conhecê-la independentemente de situações emergenciais.

IV. NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO

Os hospitais de referência deverão estabelecer o fluxo de atendimento – desde quem fará a entrevista e registro da história, inclusive com a definição de quem realizará tais atividades, até o exame clínico e o acompanhamento psicológico –, levando-se em conta as condições em que a mulher ou a adolescente chega ao serviço, por exemplo: se há necessidade de tratamento de emergência ou internação, se há sangramento etc.

Em qualquer situação, no entanto, todas as mulheres devem ser informadas sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada conduta, respeitando-se a sua opinião ou recusa em relação a algum procedimento.

Deverá ser propiciado atendimento psicológico destinado a fortalecer a capacidade dessas mulheres em lidar com os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida. O reforço à auto-estima, no sentido de contribuir para a sua reestruturação emocional, é um componente importante que deverá ser observado por todos os membros da equipe, em todas as fases do atendimento. Esse atendimento deverá ser iniciado por ocasião da primeira consulta, devendo estender-se a todo o período de atendimento à mulher e após a interrupção da gravidez ou, se for o caso, durante o pré-natal.

Atendimento clínico

Esse atendimento compreenderá:

- abertura de prontuário médico;
- anamnese clínica e tocoginecológica minuciosa, com ênfase na regularidade do ciclo menstrual e data da última menstruação;
- exame físico e ginecológico completos, com determinação da idade gestacional, se for o caso, e, sempre que possível, complementado com ultra-sonografia; e
- solicitação dos exames laboratoriais de rotina:
 - Beta-HCG (quando apropriado)
 - sorologia para sífilis (VDRL ou RPR)
 - sorologias para hepatites do tipo B (HBsAg) e C (anti-HCV)
 - sorologia anti-HIV.

V. ATENDIMENTO A MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

Todo o pessoal de saúde tem "responsabilidade" na identificação dos casos de violência e na atenção integral às pessoas que encontram-se nessa situação, ainda que desempenhem papéis e funções diferentes no processo.

É recomendado que toda mulher vítima de violência sexual seja orientada a registrar a ocorrência. Entretanto, deve-se levar em consideração que, em determinadas circunstâncias, é muito difícil para ela apresentar queixa à polícia e ela não pode ser obrigada a realizá-la em nenhuma circunstância.

Caso a mulher não aceite ser atendida por um profissional do sexo masculino, deve-se compreender a dificuldade que ela apresenta nesse momento. Essa postura não significa uma agressão em relação ao profissional em questão e esse posicionamento deve ser respeitado e, sempre que possível, atendido.

Além do tratamento das lesões e do impacto psicológico, é importante a realização de um exame físico completo, envolvendo exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do agressor.

A primeira entrevista da mulher na unidade de saúde deverá ter por objetivo a investigação e o levantamento de dados sobre:

- a história da mulher, com ênfase na situação de violência sexual (quem, quando, onde e como aconteceu);
- as providências já tomadas pela mulher ou por sua família, tais como: atendimento médico de urgência, a obtenção do Boletim de Ocorrência Policial e a realização de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal;
- se a mulher estiver grávida ou suspeitando de gravidez, deve-se identificar claramente a demanda trazida por ela, focalizada nos seguintes aspectos: identificação do desejo de interrupção da gravidez ou não, discussão a respeito dos direitos legais já garantidos à mulher, existência de valores morais e religiosos que possam determinar ou influenciar a decisão da mulher e a discussão de alternativas à interrupção da gravidez, como a entrega da criança para adoção, a realização de pré-natal etc.;
- a identificação de redes de apoio à mulher: familiar e ou social; e a caracterização do perfil socio-econômico da mulher.

Essa entrevista inicial deverá ser realizada por profissionais devidamente sensibilizados(as) e capacitados(as).

CUIDADOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM

COLETA DE MATERIAL PARA IDENTIFICAÇÃO DO AGRESSOR

O material (conteúdo vaginal, oral ou anal) deve ser colhido utilizando-se swabs e conservado da seguinte forma: colocá-lo em papel filtro estéril, secá-lo e guardá-lo em envelope. O material nunca deve ser acondicionado em sacos plásticos que facilitam a transpiração e, com a manutenção de ambiente úmido, facilitam a proliferação de bactérias que podem destruir as células e o DNA. O material deve ser identificado e anexado ao prontuário. Nos serviços em que houver possibilidade de congelamento do material (tecido embrionário ou ovular), tal providência poderá ser adotada. O uso de fixadores como álcool ou formol podem desnaturar o DNA.

Esse material deverá ficar arquivado no serviço, em condições adequadas, à disposição da justiça.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

(APENAS PARA OS CASOS DE ESTUPRO ATÉ 72 HORAS DE OCORRIDO)

Recomenda-se o uso de progestogênios de alta dosagem - levonorgestrel 0,75mg, em duas doses, com intervalo de 12 horas, sendo a primeira ingestão até 72 horas depois do estupro.

Na ausência do levonorgestrel 0,75 mg, recomenda-se o “Método de Yuzpe”, que consiste na tomada de anticoncepcional oral, combinado na dose total de 200mcg de etinil-estradiol mais 1000mcg de levonorgestrel, em duas doses, com intervalo de 12 horas. Entretanto, é importante observar a ocorrência de interação medicamentosa entre o etinil-estradiol e outros derivados do estrogênio com certos anti-retrovirais levando a uma redução significativa da eficácia da anticoncepção, devendo-se portanto evitar seu uso

concomitante (Ver anexo I deste documento: “Considerações Gerais para o Uso de Profilaxia Para Hepatite B, HIV e outras DST após Situações de Exposição Sexual”).

Portanto, o método baseado em progestogênios é considerado como o de primeira escolha por apresentar menor taxa de falha (cerca de até 50% menos), menor frequência/intensidade de efeitos colaterais, e não sofre interferência farmacocinética dos ARV, fatores fundamentais para promover maior proteção contra a gravidez indesejada e garantir maior adesão e eficácia dos ARV

Quando se utilizar anticoncepcionais orais de média dosagem, recomenda-se 4 comprimidos a cada 12 horas, em duas tomadas.

Exemplos:

Anticoncepcionais orais, contendo 0,05mg de etinil-estradiol por comprimido + 0,25mg de levonorgestrel: 02 comprimidos de 12 em 12 horas (02 doses)

Anticoncepcionais orais de média dosagem, contendo 0,03mg de etinil-estradiol + 0,15mg de levonorgestrel por comprimido: 4 comprimidos de 12 em 12 horas (02 doses).

Obs.: Se houver vômitos até uma hora depois da ingestão dos comprimidos, este efeito podem ser minimizados, repetindo-se a dose após uma refeição, com o uso concomitante de antiemético.

Anticoncepção de emergência será desnecessária se a mulher estiver usando um método anticoncepcional de alta eficácia, como anticoncepcional oral, injetável ou DIU.

A inserção do DIU não está recomendada devido ao risco potencial de facilitar a ascensão de microorganismos no trato genital feminino, além da manipulação genital ser particularmente traumatizante para a mulher, neste momento.

OBSERVAÇÃO

A mulher deve ser orientada a retornar imediatamente se ocorrer falha menstrual, que pode ser indicativo de gravidez.

QUIMIOPROFILAXIA PARA INFECÇÃO PELO HIV E OUTRAS DST APÓS VIOLÊNCIA SEXUAL

O uso de medidas de profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis não virais, bem como da hepatite B e do HIV, estão descritas no Anexo I “**Considerações Gerais para Uso de Profilaxia para Hepatite B, HIV e outras DST após Situações de Exposição Sexual**”.

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada a todas as situações. Ela exige uma avaliação cuidadosa quanto ao tipo e grau de risco da agressão, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o delito, sendo necessário um aconselhamento adequado nas diferentes situações – onde pode se indicar ou não a profilaxia com anti-retrovirais - para que haja uma adesão adequada ao tratamento nos casos em que essa conduta for indicada.

Considerando a necessidade de se estabelecer um consenso mínimo sobre as condutas a serem implantadas em serviços de saúde, especialmente naqueles credenciados para atender vítimas de violência sexual, o Ministério da Saúde elaborou orientações específicas sobre o assunto. Para maiores detalhes ver o anexo I desse documento.

VI. ATENDIMENTO À MULHER COM GRAVIDEZ DECORRENTE DE ESTUPRO

Esse atendimento deverá ser dado a mulheres que foram estupradas, engravidaram e solicitam a interrupção da gravidez aos serviços públicos de saúde.

DOCUMENTOS E PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS

- Solicitação da mulher grávida – ou, em caso de incapacidade, de seu representante legal – de interrupção da gravidez, firmada em documento de seu próprio punho, na presença de duas testemunhas – exceto pessoas integrantes da equipe do hospital –, que será anexada ao prontuário médico.
- Informação à mulher – ou a seu representante legal –, de que ela poderá ser responsabilizada criminalmente caso as declarações constantes no Boletim de Ocorrência Policial (BOP) forem falsas.
- Registro em prontuário médico, e de forma separada, das consultas, da equipe multidisciplinar e da decisão por ela adotada, assim como dos resultados de exames clínicos ou laboratoriais.
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial.

Recomendados

- Cópia do Registro de Atendimento Médico à época da violência sofrida.
- Cópia do Laudo do Instituto de Medicina Legal, quando se dispuser.

PROCEDIMENTOS PARA A INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ

O procedimento deverá ser diferenciado, de acordo com a idade gestacional.

Idade Gestacional até 12 semanas

podem ser utilizados, para o esvaziamento da cavidade uterina, os dois métodos identificados a seguir.

1. Dilatação do colo uterino e curetagem

Deverá ser realizada em centro cirúrgico equipado adequadamente, com todos os cuidados de assepsia e antisepsia, sob anestesia, devendo-se evitar a anestesia paracervical. A dilatação do colo uterino deverá ser suficiente para a introdução de pinça de Winter, que servirá para a tração das membranas ovulares. Depois, será procedida a curetagem da cavidade uterina. É recomendável que se introduza um comprimido de misoprostol¹ 200mcg (Cytotec) intravaginal, no mínimo 12 horas antes do procedimento, destinado ao preparo do colo uterino com vistas ao menor traumatismo durante a dilatação.

¹ A dose de misoprostol deverá ser ajustada a cada caso, levando-se em consideração as condições obstétricas. Ao repetir a dose, após 6 horas, deve-se verificar se o comprimido anterior foi absorvido. Caso contrário, deve-se fragmentar o comprimido ou triturá-lo e usar gel como veículo para ser introduzido no colo do útero como sonda de Nelaton.

2. Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU)

A aspiração manual compreende um jogo de cânulas plásticas flexíveis de tamanhos que variam de 4 a 12mm de diâmetro, além de um jogo de dilatadores anatômicos nos mesmos diâmetros, seringas de vácuo com capacidade para 60ml e um jogo de adaptadores para conectar a cânula à seringa.

A escolha do tipo de anestesia deve considerar as condições clínicas de cada caso e respeitar a situação emocional da mulher, que muitas vezes não permite que se utilize o bloqueio paracervical.

A técnica consiste em dilatar o colo uterino até o diâmetro de uma cânula compatível com a idade gestacional ou com o volume do conteúdo intra-uterino. Introduce-se a cânula correspondente e se procede à aspiração da cavidade uterina, tomando-se o cuidado de verificar o momento correto do término do procedimento, ocasião esta em que se sente a aspereza das paredes uterinas, a formação de sangue espumoso e o enlucamento da cânula pelo útero, e em que as pacientes sob anestesia paracervical referem cólicas.

Idade Gestacional entre 13 e 20 semanas

A interrupção da gravidez dar-se-á mediante a indução prévia com misoprostol na dose de 100 a 200mcg no fundo de saco vaginal, após limpeza local com soro fisiológico, a cada 6 horas. A critério clínico, poderá ser associado o uso de misoprostol oral ou ocitocina endovenosa. Após a eliminação do conceito, proceder-se-á a complementação do esvaziamento uterino com curetagem, se necessário. Deve ser considerado que há um risco de complicações, que varia de 3 a 5%, nos casos de interrupção da gravidez neste período.

Idade Gestacional acima de 20 semanas

Nesses casos, não se recomenda a interrupção da gravidez. Deve-se oferecer acompanhamento pré-natal e psicológico, procurando-se facilitar os mecanismos de adoção, se a mulher assim o desejar.

Observações importantes

Recomenda-se guardar uma amostra do material do embrionário ou fetal ou placentário eliminado, que deverá ser congelada para a eventualidade de comprovação de paternidade, na justiça, por meio da análise do DNA.

As gestantes com fator RH negativo e teste de Coombs indireto negativo deverão receber uma ampola de imunoglobulina anti-RH, até 72 horas após a interrupção da gravidez.

Não se recomenda o uso de antibióticos, a menos que a paciente apresente sinais de infecção ou se houver suspeita de contaminação da cavidade uterina durante o ato cirúrgico.

O uso de ocitócitos fica reservado para quando houver indicação clínica.

Alta Hospitalar

No momento da alta, o serviço de saúde deverá assegurar orientação e métodos anticoncepcionais. A mulher deverá retornar ao serviço de saúde entre 15 e 30 dias

depois da interrupção da gravidez, para acompanhamento médico e psicológico. Se necessário, deverá retornar antes do prazo agendado.

Profilaxia e controle da dor

Um item importante a ser considerado pelos serviços é o controle da dor durante todo o procedimento de interrupção da gestação. Para a dilatação e a curetagem, é necessário anestesia geral ou analgesia locorregional (raquidiana ou peridural). A anestesia ou analgesia por via endovenosa deverá ser realizada sempre que o caso requerer, particularmente nas gestações acima de 12 semanas. Não se deve economizar analgésicos, até mesmo analgésicos maiores, durante o processo de indução para minimizar a dor decorrente da contração uterina.

VII. INSTRUMENTOS DE REGISTRO

Modelo de Ficha 1

FICHA DE ATENDIMENTO À MULHER QUE SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL

DATA: ____/____/____

PRONTUÁRIO: _____

Nome: _____

Idade: _____ Ocupação: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Cor: _____

Data da violência: ____/____/____ Hora: _____

Local: residência rua outro _____

Agressor: conhecido desconhecido múltiplos

parente _____ grau de parentesco _____

Cor do agressor: _____

Tipos de relação: vaginal oral anal

Intimidação: arma _____ força física ameaça

Paciente havia utilizado álcool ou drogas: não sim tipo: _____

Agressor: não sim tipo: _____

Traumas físicos: não sim tipo: _____

Breve história da ocorrência: _____

Uso de anticoncepção antes da ocorrência: não sim tipo: _____

Uso de medicação após a violência: não sim tipo: _____

Atividade sexual antes: não sim

Gesta _____ Para _____ Abortamentos: Esp _____ Ind _____

DUM ____/____/____

EFG: _____ PA _____ P _____ T _____

Lesões genitais _____

Outras: _____

Colhido conteúdo vaginal: sim não

Colhido sangue ou sêmen nas vestes: sim não

Orientada para registro policial: sim não

Orientada sobre direitos legais: sim não

Contracepção de emergência: sim não tipo: _____

Profilaxia de DST não virais: sim não Esquema: _____

Profilaxia de Hepatite B: sim não

Profilaxia de HIV: sim não Esquema: _____

Encaminhada ao ambulatório: sim não motivo: _____

Médico que atendeu: _____ CRM: _____

Modelo de Ficha 2

FICHA DE ATENDIMENTO À MULHER GRÁVIDA EM DECORRÊNCIA DE ESTUPRO

DATA: ____/____/____

PRONTUÁRIO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Ocupação: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Cor: _____

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

Data da violência: ____/____/____ Hora: _____

Local: residência rua outro _____

Agressor: conhecido desconhecido múltiplos parente _____

Cor do agressor: _____

Tipos de relação: vaginal oral anal

Intimidação: arma _____ força física ameaça

Paciente havia utilizado álcool ou drogas: não sim tipo: _____

Agressor: não sim tipo: _____

Traumas físicos: não sim tipo: _____

Breve história da ocorrência:

Data do BOP: ____/____/____ Delegacia: _____

Laudo do IML: não sim

3. ATENDIMENTO LOGO APÓS O ESTUPRO

Uso de contracepção de emergência: não sim tipo: _____
Profilaxia DST não virais: não sim Esquema: _____
Profilaxia HIV: não sim Esquema: _____
Profilaxia Hepatite B: não sim
Outros exames: _____
Colhido conteúdo vaginal: sim não
Colhido sangue ou sêmen as vestes: sim não
Orientada para registro policial: sim não
Orientada sobre direitos legais: sim não
Encaminhada ao ambulatório: sim não
Motivo:

4. ATENDIMENTO NA UNIDADE HOSPITALAR

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO:

ATENDIMENTO SERVIÇO SOCIAL:

ATENDIMENTO MÉDICO:

Atividade sexual antes: não sim

G esta _____ Para _____

Abortamentos: Esp _____ Ind _____ DUM ___/___/___

EFG: _____ PA _____ P _____ T _____

Lesões genitais _____

Outras: _____

Avaliação de comissão multiprofissional: aprovado não aprovado

INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO DATA: _____/_____/_____

Idade gestacional: _____

Método

utilizado: _____

Anestesia

utilizada: _____

Tempo de internação: _____

Tempo decorrido entre a entrevista inicial e a interrupção (dias): _____

Presença de DSTs na internação: não sim tipo: _____

Seguimento ambulatorial: agendada consulta para médico (a)
 psicólogo (a)
 assistente social

Médico responsável: _____ crm _____

ANEXO I

“CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA PROFILAXIA DA HEPATITE B, HIV E OUTRAS DST APÓS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO SEXUAL”

I – ABORDAGEM GERAL

Os procedimentos recomendados no exame clínico-ginecológico são:

- Examinar a genitália externa e região anal, separar os lábios vaginais e visualizar o intróito vaginal.
- Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.
- Inspecionar períneo e ânus.
- Coletar material para a realização da bacterioscopia, cultura e biologia molecular (ex: cultura de gonococo e para a pesquisa de clamídia e HPV), quando houver suporte laboratorial.
- Coleta imediata de sangue para sorologia para sífilis (VDRL ou RPR), HIV e hepatite C. Eles são necessários para avaliação do estado sorológico anterior ao episódio de violência. A solicitação da sorologia anti-HIV deve ser feita após aconselhamento e o consentimento verbal no momento do atendimento de emergência. Os exames devem ser repetidos com 6 semanas e 3 meses para sífilis e com 6 semanas, 3 meses e 6 meses para HIV, depois do primeiro exame.
- Coleta de sangue para realização de hemograma e transaminases nos casos de início de quimioprofilaxia com anti-retrovirais (no momento inicial e após 2 semanas da quimioprofilaxia).
- Para hepatite B: HBsAg e anti-HBc IgM - no momento inicial e após 6 meses (Anti-HBs e Anti-HBc IgM na dependência dos resultados iniciais). Ver Quadro I.
- Hepatite C:
 - Anti-HCV – no momento inicial e após 6 meses.
 - TGP – no momento inicial, 6 semanas e após 6 meses.
- A possibilidade de gravidez prévia deve ser sempre considerada na abordagem da paciente e na seleção das profilaxias.

QUADRO I – ABORDAGEM DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM RELAÇÃO À PROFILAXIA DE HEPATITE B

HBSAG	ANTI-HBC IGM	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
(+)	(+)	INFECÇÃO AGUDA (HÁ PELO MENOS 15 DIAS)	- REPETIR HBSAG E ANTI-HBC IGM EM SEIS MESES
(+)	(-)	INFECÇÃO AGUDA PRECOCE (HÁ MENOS DE 15 DIAS) OU HEPATITE CRÔNICA	- REALIZAR EM 15 DIAS: <u>ANTI-HBC IGM:</u> (+) INF. AGUDA (→ REPETIR HBSAG E ANTI-HBC IGM EM SEIS MESES) (-) FAZER ANTI-HBC TOTAL (SE POSITIVO, INDICA INFECÇÃO CRÔNICA) <u>ANTI-HBS:</u> (+) CURA (-) DOENÇA CRÔNICA
(-)	(+)	INFECÇÃO AGUDA	- REPETIR HBSAG E ANTI-HBC IGM EM SEIS MESES
(-)	(-)	NEGATIVO OU NÃO PRODUZ ANTICORPOS (MUITO RARO)	- VACINAÇÃO E IMUNOGLOBULINA

II-QUIMIOPROFILAXIA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DE NATUREZA NÃO VIRAL

A quimioprofilaxia das infecções de transmissão sexual de natureza não viral em vítimas de violência, deve visar os agentes infecciosos mais prevalentes, de repercussão clínica importante e está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da gravidade das lesões, sexo ou idade da vítima.

- **Cancro Mole (*Haemophilus ducreyi*)**

Adultos e Adolescentes:

Droga de Primeira Escolha: Azitromicina 1g, VO, dose única.

Drogas Alternativas: Ceftriaxona 250mg IM, dose única. Em gestantes usar Ceftriaxona 250 mg IM, dose única ou Eritromicina (estearato) 500 mg de 6 em 6 horas durante 7 dias.

Crianças:

Droga de Primeira Escolha: Azitromicina - 20mg/kg, VO, em dose única (dose máxima: 1g)

Droga Alternativa: Ceftriaxona - 125 mg, IM, em dose única

- **CLAMIDIOSE (INFECÇÕES POR *Chlamydia trachomatis*)**

Adultos e Adolescentes:

Droga de Primeira Escolha: Azitromicina 1g, VO, dose única.

Droga Alternativa: Amoxicilina 500 mg VO , de 8 em 8 horas durante 7 dias. Em gestantes, usar Eritromicina (estearato) 500 mg de 6 em 6 horas durante 7 dias.

Crianças:

Droga de Primeira Escolha: Azitromicina - 20 mg/kg, VO, em dose única (dose máxima: 1g).

Droga Alternativa: Eritromicina - 50mg/kg/dia, de 6/6 horas, VO, durante 10 a 14 dias (dose máxima: 2g).

- **Gonorréia** (*Neisseria gonorrhoeae*)

Adultos e Adolescentes (com peso acima de 45 kg):

Droga de Primeira Escolha: Ofloxacina 400 mg VO, dose única

Drogas Alternativas: Ceftriaxona 250 mg IM, dose única ou Cefixima, 400 mg, VO ou Tianfenicol 2,5 g, VO.

Gestantes, Crianças e Adolescentes (com peso abaixo de 45 kg):

Droga de Primeira Escolha: Ceftriaxona - 125 mg, IM, em dose única

Em gestantes e crianças e adolescentes com peso abaixo de 45 kg, o uso de OFLOXACINA e OUTRAS QUINOLONAS é contra-indicado. Em gestantes, o uso de TIANFENICOL é contra-indicado.

- **Sífilis** (*Treponema pallidum*)

Adultos e Adolescentes:

Droga de Primeira Escolha: Penicilina G Benzatina, 2,4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhões UI em cada nádega).

Droga Alternativa: Em indivíduos com história comprovada de hipersensibilidade à penicilina, utilizar Eritromicina (estearato) 500 mg de 6 em 6 horas durante 15 dias. O uso de Ceftriaxona ou Azitromicina está sendo investigado em ensaios clínicos mas as doses adequadas ainda não estão bem estabelecidas. Explicar sobre a importância de realizar a sorologia para sífilis (VDRL).

Crianças:

Droga de Primeira Escolha: Penicilina G Benzatina - 50.000 U/kg, IM, em dose única (dose máxima: 2,4 milhões UI).

- **Tricomoniase** (*Trichomonas vaginalis*)

Adultos e Adolescentes:

Droga de Primeira Escolha: Metronidazol, 2 g, VO, dose única. Em gestantes evitar uso de no primeiro trimestre de gestação.

Drogas Alternativas: Secnidazol ou Tinidazol 2g, VO, dose única. Em gestantes evitar uso de no primeiro trimestre de gestação.

Crianças:

Droga de Primeira Escolha: Metronidazol - 15 mg/kg/dia, de 8/8 horas, VO, durante 7 dias (dose máxima: 2g)

Quimioprofilaxia para as DST Não Virais em Situação de Violência Sexual (Esquema de Primeira Escolha)

Em Adultos e Adolescentes com mais de 45 kg:

Penicilina Benzatina (IM) + Azitromicina (VO) + Ofloxacina (VO) ± Metronidazol (VO)

Em Gestantes, Crianças e Adolescentes com menos de 45 kg:

Penicilina Benzatina (IM) + Azitromicina (VO) + Ceftriaxona (IM) ± Metronidazol (VO)

III - IMUNOPROFILAXIA PARA HEPATITE B

Indivíduos já imunizados contra hepatite B, com esquema vacinal completo (três doses), não necessitam de dose de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

Indivíduos não imunizados, ou com esquema vacinal incompleto, devem receber uma dose da vacina, por via IM, e completar o esquema posteriormente (0, 1 e 6 meses). A vacina deve ser aplicada na região do deltóide ou na região do vasto lateral da coxa em crianças menores. A aplicação não deve ser realizada na região glútea, que está associada com menor imunogenicidade, pelo menos em adultos. A dose da vacina em microgramas ou mililitros varia de acordo com o fabricante, devendo-se seguir as orientações da bula e as normas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações. **A gravidez e a lactação não são contra-indicações para imunização.**

Estes indivíduos também devem receber uma dose única de IGHAHB, na dosagem de 0,06 ml/kg, por via IM (inclusive na região glútea), em extremidade diferente da vacina. A IGHAHB deve ser utilizada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual.

Estudos recentes indicam o uso de IGHAHB apenas nos casos em que o agressor sabidamente tem hepatite B aguda. Devido à dificuldade prática de se comprovar o fato, o PNI e o Programa Nacional de Hepatites Virais recomendam o uso de IGHAHB em todos os indivíduos vítimas de violência sexual não imunizados ou com esquema incompleto.

IV - CONSIDERAÇÕES GERAIS PARA O USO DE QUIMIOPROFILAXIA PARA O HIV APÓS SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÃO SEXUAL

A infecção pelo HIV no contexto da violência sexual

Ainda não está devidamente esclarecido o risco de se adquirir uma DST através da violência sexual. Estudos recentes têm observado taxas variáveis para algumas dessas infecções. No caso do HIV, poucos estudos não controlados relatam prevalência variando de 0,8 a 1,6% para o HIV. Em inquérito realizado nos EUA em 1990, demonstrou-se que a infecção pelo HIV representa a principal preocupação para cerca de 70% das vítimas de violência sexual entrevistadas. O risco biológico de transmissão do HIV pode ser influenciado por diversos fatores, tais como o tipo de exposição sexual (anal, vaginal ou oral), pela presença concomitante de outras DSTs, e pela exposição da vítima a secreções sexuais (esperma) e/ou sangue. Também pode estar associado à intensidade do trauma subjacente: quando a vagina não está lubrificada, e quando a mulher é submetida ao uso de força no contato sexual, lesões abrasivas e soluções de continuidade são mais freqüentes. Estudos sugerem que essa ruptura da integridade da mucosa genital pode contribuir para a infecção. Além disso, biologicamente as meninas podem ser mais suscetíveis à infecção pelo HIV, devido à imaturidade da mucosa vaginal. O grau de risco de contrair o HIV depende também da condição sorológica do agressor, do tipo de violência sexual e do número de agressores envolvidos.

Até o momento, não existem dados comprovados que possam estabelecer a eficácia (ou a não eficácia) da administração profilática de anti-retrovirais nos casos de violência sexual. Alguns autores justificam essa conduta na analogia com a quimioprofilaxia recomendada nos casos de acidentes ocupacionais, especialmente quando perfuro-cortantes, nos quais tem-se evidências mais consistentes na literatura que sugerem uma redução na taxa de infecção, particularmente nas situações de exposição mais grave. Além disto, o uso da zidovudina e outros anti-retrovirais em gestantes portadoras de HIV tem apresentado resultados inquestionáveis, reduzindo drasticamente a transmissão vertical do HIV. No entanto, essas analogias são consideradas metodologicamente imperfeitas, já que os mecanismos de exposição e outros fenômenos biológicos envolvidos são diferentes e devem ser considerados. Entretanto, algumas publicações recentes que levantam a questão em modelos experimentais de exposição sexual têm trazido indícios para sustentar a recomendação

de quimioprofilaxia para a infecção pelo HIV após exposição sexual não consentida em algumas situações.

As publicações mais recentes que defendem o uso de quimioprofilaxia anti-retroviral pós-exposição sexual preocupam-se com a possibilidade de se estimular comportamentos sexuais de risco, mediante a idéia que ela possa funcionar como a “pílula do dia seguinte”. Até o momento, porém, não se constatou tal mudança de comportamento, nos coortes acompanhados nos EUA e no Brasil. Nos EUA e na Europa diversas instituições estabeleceram critérios para indicação para uso de profilaxia pós-exposição sexual a partir do final da década de 90. Quanto a adesão às recomendações terapêuticas, a literatura tem apresentado taxas bastante variáveis (entre 12% a 82%) de indivíduos completando as quatro semanas recomendadas de tratamento profilático. Vários estudos recentes têm destacado uma freqüência elevada de abandono do tratamento pela ocorrência de efeitos colaterais da medicação, sugerindo-se que o uso de esquemas menos tóxicos e mais simplificados, bem como a adoção de estratégias de adesão ou tratamento supervisionado, são absolutamente necessários. Nos casos elegíveis, a recomendação de início da quimioprofilaxia tem sido feita, na maioria dos protocolos atualmente existentes, dentro das primeiras 72 horas após o contato sexual, com a recomendação de que quanto mais cedo for iniciada, mais efetiva poderá ser. Segundo dados de literatura, mais de 90% das vítimas de violência sexual que iniciaram quimioprofilaxia para o HIV, o fizeram dentro das primeiras 36 horas. Em um estudo conduzido em oito centros de atenção a mulher vítima de violência sexual no Estado de São Paulo, de 62 mulheres que receberam quimioprofilaxia anti-retroviral dentro das primeiras 72 horas da violência, 77% foram aderentes ao tratamento completo, e não houve nenhuma soroconversão após 6 meses de seguimento. A criança e as adolescentes vítimas de violência sexual merecem um cuidado e atenção especial, sendo fator fundamental o apoio emocional para o aumento da adesão às recomendações profiláticas.

Profilaxia do HIV pós violência sexual num contexto de atenção integral

Ainda que a saúde seja uma dos principais pontos de abordagem para as vítimas de violência sexual, deve-se ressaltar que a resolução dos problemas decorrentes da violência não se esgotam nesse campo de atuação. É fundamental a integração da saúde com diferentes setores como a justiça, segurança pública, assistência social, educação, cultura, trabalho e organizações sociais.

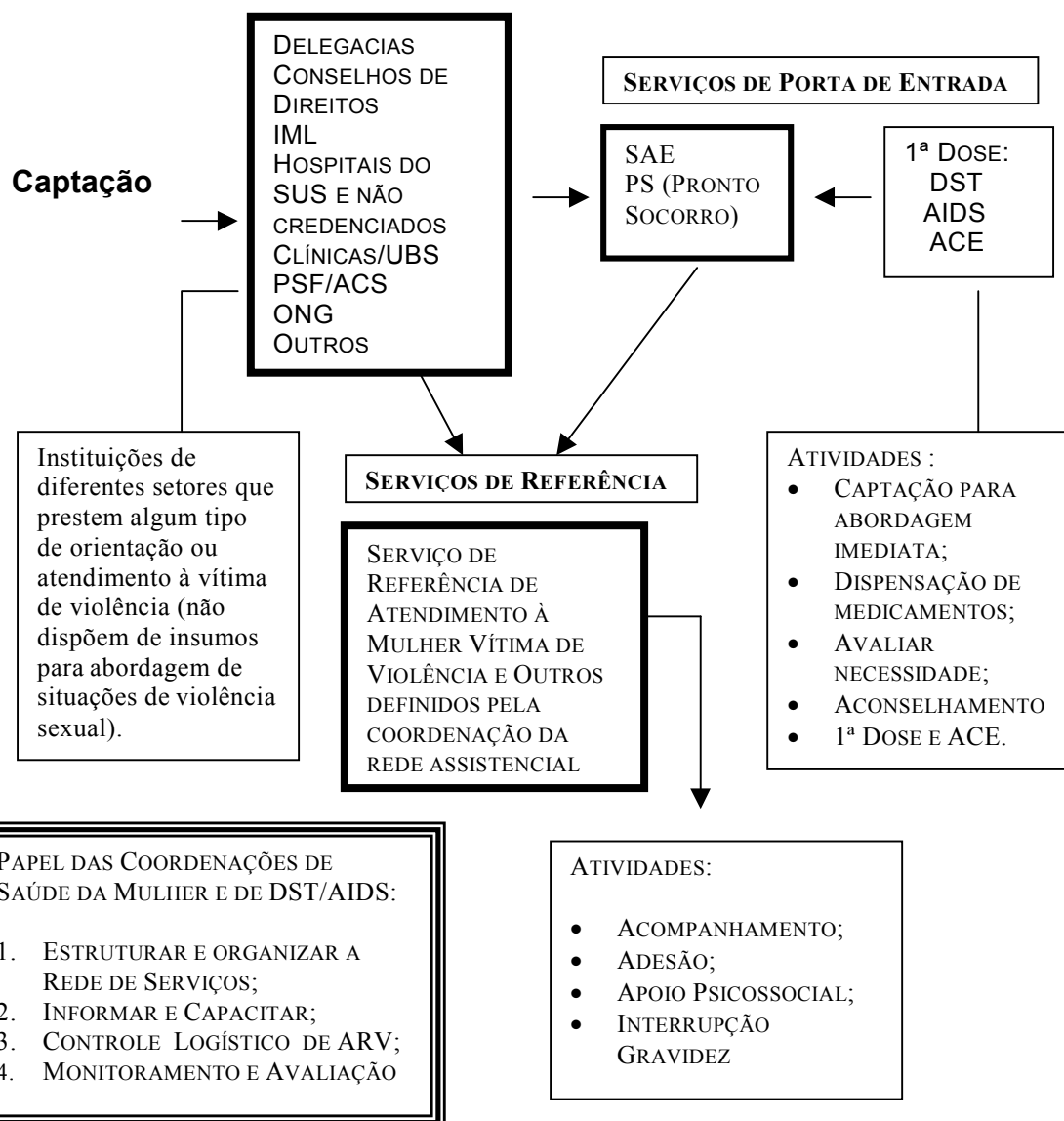
Nesse âmbito, os serviços de saúde e as delegacias/IML se constituem em uma das principais portas de entrada para vítimas de violência. A articulação entre esses serviços e formalização de um sistema de referência é essencial para a garantia de um atendimento adequado, condição básica para a prevenção da gravidez pelo uso da anticoncepção de emergência e uso de medidas de profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis quando indicado.

Os profissionais de saúde, operadores do direito, e outros funcionários de potenciais serviços de porta de entrada que recepcionam a clientela, devem estar sensibilizados, informados e capacitados para acolher as vítimas e promover o atendimento respeitando seus direitos de cidadania.

Quando as pessoas vivenciam situações de ameaça à sua integridade física ou emocional, costumam ficar fragilizadas. Ao chegarem nos serviços de saúde estas pessoas buscam apoio e respostas para a solução do seu problema. O atendimento realizado terá maiores chances de êxito se o profissional de saúde adotar uma postura de acolhimento e buscar compreender a integralidade da pessoa, percebendo-a como sujeito no cuidado de sua saúde.

O aconselhamento, como processo de escuta ativa, possibilita o resgate desta integralidade, que permite estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores e facilita a superação da situação de conflito, no caso, a violência sexual. Por isso é uma prática profissional recomendada para os serviços de saúde que prestam atendimento às pessoas vítimas de violência.

FLUXO PARA CAPTAÇÃO E ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL



Observações:

1. Sempre que a mulher faça terapia anti-retroviral, a anticoncepção de emergência (ACE) deve ser feita com progestogênio exclusivamente;
2. 1ª Dose poderá ser administrada no SAE, SRMVV, PS (definição por parte das coordenações de saúde da mulher e de DST/AIDS);
3. Acompanhamento subsequente; aconselhamento; dispensação de método (serviços de referência para vítimas de violência);
4. Orientação para a mulher – delegacias comuns/DEAM/ IML/ ONG/ Hospitais/Clínicas.

Quando Iniciar o Uso de Quimioprofilaxia para HIV em Situações de Violência Sexual?

Recomenda-se que a quimioprofilaxia com terapia anti-retroviral, quando indicada, deve ser introduzida em um prazo máximo de até 72 horas, iniciando-se preferencialmente em menos de 24 horas após o contato sexual de risco. É importante informar a vítima que mesmo com o uso precoce e na posologia correta da medicação, a eventual proteção da mesma contra a infecção pelo HIV não é absoluta e não existem estudos controlados que comprovem a sua real segurança nessas situações. Em modelos animais existem evidências que a eficácia se reduz de forma drástica se iniciada após 24-36 horas de exposição, embora exista algum efeito protetor residual se a mesma for iniciada entre 48 e 72 horas após o contato infeccioso.

Quais os esquemas anti-retrovirais que devem ser utilizados na Quimioprofilaxia para HIV em Situações de Violência Sexual?

Embora não exista nenhum esquema anti-retroviral devidamente avaliado nessas situações, recomenda-se a utilização de drogas potentes do ponto de vista virológico, com baixo potencial de toxicidade e com boa capacidade de adesão. Nesse sentido, **recomenda-se como primeira escolha o uso de esquemas envolvendo três drogas em duas tomadas diárias** e com a menor carga de comprimidos/cápsulas e toxicidade possíveis. Em adultos e adolescentes, nas situações em que não se conhece o estado sorológico do agressor sugere-se usar, nos casos elegíveis, a associação de zidovudina (AZT) e lamivudina (3TC), preferencialmente combinados na mesma formulação, juntamente com o nelfinavir ou o indinavir associado ao ritonavir sendo esse último utilizado como adjuvante farmacológico (ver Quadro I). Em crianças, o esquema recomendado seria a associação AZT + 3TC (ambos disponíveis em solução oral) com o ritonavir ou o nelfinavir (disponíveis em solução oral para crianças menores). Em crianças que conseguem engolir cápsulas, pode-se usar o indinavir como opção aos IP do esquema (sem associar com o ritonavir). Tendo em vista a alta taxa de abandono do tratamento observado em alguns estudos, particularmente pela ocorrência de efeitos colaterais, sugere-se que um aconselhamento detalhado para a vítima e o uso de estratégias para melhorar a adesão ou de tratamento supervisionado com acompanhamento clínico-psicológico e a dispensação de medicação em caráter semanal sejam realizadas. Tendo em vista os relatos documentados de reações adversas graves com nevirapina, não se recomenda o uso de análogos não nucleosídeos como parte do esquema nessas situações. Entretanto, quando o agressor é sabidamente HIV+ e está em uso de drogas anti-retrovirais, recomenda-se que, caso seja

indicado o uso de quimioprofilaxia, a escolha do esquema medicamentoso deve ser feita de forma individualizada, considerando-se a possibilidade de outros anti-retrovirais (inclusive análogos não nucleosídeos) preferencialmente avaliado por um especialista com experiência no manuseio de anti-retrovirais. Todas as drogas indicadas para profilaxia pós-exposição devem ser utilizadas nas posologias convencionais para o tratamento da infecção crônica pelo HIV, conforme estabelecidas nos documentos de consenso terapêutico do Ministério da Saúde vigente (adultos e crianças), por um período de quatro semanas consecutivas. Recomenda-se ainda o monitoramento das toxicidades potenciais dos anti-retrovirais por meio de avaliação clínica e exames complementares a cada 1-2 semanas, conforme os documentos de consenso anteriormente citados. O uso de outras drogas pelo paciente que podem apresentar risco potencial de interação medicamentosa com alguns anti-retrovirais (ex: anticonvulsivantes, antidepressivos, hipnóticos, tuberculostáticos, metronidazol e derivados, etc) deve ser considerado no momento da escolha do esquema profilático.

O uso de contraceptivos hormonais que contenham estrogênios (etinil-estradiol) está contraindicado em pacientes que tenham indicação de uso concomitante de quimioprofilaxia com esquemas anti-retrovirais contendo nelfinavir ou ritonavir. Devido a interação medicamentosa que ocorre no sistema microssomal hepático, estes anti-retrovirais interferem com os níveis séricos dos estrogênios, podendo diminuir a eficácia anticoncepcional. Para esses casos, recomenda-se, além do uso de preservativos, a adoção de contracepção de emergência ou substituição do método anticoncepcional que porventura esteja em uso para um método à base de progestogênio.

O metronidazol e outros derivados imidazólicos (ex: secnidazol, tinidazol) podem apresentar interações medicamentosas importantes com ritonavir, sendo que o uso concomitante dessas drogas deve ser evitado, substituindo-se esse ARV pelo nelfinavir. Entretanto, o uso desses imidazólicos não são imprescindíveis em todos os casos de quimioprofilaxia e podem ser realizados posteriormente, se necessário, com vistas a se preservar uma melhor adesão aos ARV.

Quadro I: Esquemas Anti-retrovirais para Quimioprofilaxia em Situações de Violência Sexual Recomendados pelo Ministério da Saúde

1) Pacientes expostas(os) a agressor(es) com sorologia desconhecida ou HIV+ virgem de tratamento anti-retroviral

Adultos e Adolescentes:

AZT + 3TC + Nelfinavir ou AZT + 3TC + Indinavir/ritonavir

Crianças:

AZT + 3TC + Nelfinavir ou AZT + 3TC + Ritonavir

- Observação: Em crianças que conseguem engolir cápsulas, ou adultos com intolerância ou contra-indicação ao ritonavir e nelfinavir, pode-se utilizar o Indinavir como opção ao IP do esquema.

2) Pacientes expostas(os) a agressores HIV+ em tratamento anti-retroviral

Esquema individualizado conforme esquema ARV do agressor (avaliação com especialista)

Prazo para Início da Quimioprofilaxia: < 72 horas

Tempo de Tratamento: 4 semanas

Quais seriam as situações de violência sexual em que o uso de Quimioprofilaxia para HIV poderia ser indicada?

Em situações em que o agressor é sabidamente HIV+, o uso de quimioprofilaxia estaria indicado na presença de qualquer contato sexual não consentido envolvendo um contato direto do agressor com as mucosas da vítima por meio de penetração vaginal, e/ou anal. O uso de quimioprofilaxia em situações de exposição por sexo oral exclusivo, com evidências de ejaculação dentro da cavidade oral, é controversa e não existem subsídios suficientes para se indicar ou não o uso rotineiro nessa situação até o momento. Em situações em que o estado sorológico do agressor é desconhecido, mas é possível sua avaliação sorológica dentro do prazo elegível para início da quimioprofilaxia (< 72 horas), o uso de testes rápidos podem ser indicados para a tomada de decisão terapêutica. Já em situações em que o estado sorológico do caso fonte não pode ser conhecido em tempo

elegível, o uso de quimioprofilaxia pode ser considerado em algumas situações de exposição envolvendo penetração vaginal, anal ou mesmo sexo oral com ejaculação.

Entretanto, deve-se avaliar possíveis aspectos epidemiológicos do(s) agressor(es) e dados clínicos da vítima que sejam um indício de exposição significativa, no intuito de se ponderar com mais segurança a relação risco/benefício dessa conduta. Sugere-se que critérios de maior gravidade ou indicativos de exposição significativa sejam considerados na tomada de decisão de se indicar a quimioprofilaxia (ocorrência de sexo anal, presença e extensão/gravidade das lesões nas mucosas, número de agressores envolvidos, agressores sabidamente UDI e/ou com outros comportamentos de risco para HIV e outras DST, etc), juntamente com a motivação e/ou desejo da vítima em se submeter a esse tipo de tratamento, sempre considerando-se as limitações e os aspectos positivos e negativos do uso desse tipo de profilaxia.

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE ADESÃO AO USO DE ANTI-RETROVIRAIS

Por que a adesão aos anti-retrovirais é importante na quimioprofilaxia da infecção pelo HIV ?

A boa adesão aos anti-retrovirais é um dos fatores que promovem redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV em situações de quimioprofilaxia. Entretanto, a não adesão ao esquema anti-retroviral, mesmo por curtos períodos, está diretamente relacionada com o risco de desenvolvimento de resistência viral, com conseqüente falha da profilaxia e surgimento de cepas virais multirresistentes.

Qual a importância da adesão aos medicamentos anti-retrovirais na quimioprofilaxia contra HIV em situações de exposição sexual ?

O termo “adesão” deve ser visto dentro de um contexto no qual a pessoa não apenas obedece as orientações fornecidas pela equipe de saúde, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida. Significa que deve existir uma “negociação” entre o/a usuário/a e equipe de saúde, na qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de todas as pessoas que estão envolvidos (direta ou indiretamente) na profilaxia proposta.

Quais são os principais fatores que afetam a capacidade de adesão aos anti-retrovirais ?

Vários estudos que avaliam os diversos fatores que afetam a capacidade de adesão das pessoas com infecção pelo HIV têm mostrado algumas características básicas, a saber:

- Os aspectos sócio-econômicos e sócio-demográficos, quando analisados isoladamente, não são geralmente fatores preditivos de adesão. Entretanto, estudos recentes mostram que o não comparecimento às consultas médicas agendadas para controle clínico-laboratorial, a qualidade do serviço de atenção à saúde que acompanha o/a usuário/a e o grau de escolaridade da pessoa em tratamento ou profilaxia são fatores que podem interferir na adesão aos medicamentos.
- Até o momento, o uso de marcadores biológicos, dosagem de níveis sanguíneos das drogas ou de outros parâmetros laboratoriais para a avaliação da adesão aos medicamentos anti-retrovirais apresentam, na maioria das vezes, mais desvantagens do que vantagens em sua análise, o que dificulta o uso em termos práticos.
- A adesão aos anti-retrovirais diminui a medida que o regime proposto interfere nas atividades e estilo de vida, nos hábitos alimentares (necessidade de se tomar os medicamentos em jejum ou com refeições) e se o mesmo apresenta muitos efeitos colaterais ou interage com outros medicamentos em uso (ex: contracepção de emergência, antibióticos para profilaxia de outras DST, etc);
- A adesão aos anti-retrovirais geralmente é menor se a comunicação e a interação entre paciente e profissional de saúde é deficiente ou inadequada.
- No caso específico dos anti-retrovirais, a maioria dos regimes medicamentosos atualmente recomendados apresentam-se ainda com grau elevado de complexidade (2 a 3 doses ao dia, podendo interferir no regime alimentar), com um grande número de comprimidos e/ou cápsulas (freqüentemente 10-15 unidades por dia), o que pode dificultar sobremaneira a adesão. Além disso, está demonstrado que uma adesão sub-ótima ao tratamento ou profilaxia pode resultar em uma supressão inadequada da carga viral e emergência de cepas virais resistentes.

- **Quais são as principais estratégias para garantir uma adesão adequada aos medicamentos anti-retrovirais em situações de quimioprofilaxia para exposição sexual ?**

- É importante adequar o esquema anti-retroviral ao estilo de vida do/a usuário/a e não o contrário.** Esta é provavelmente a medida mais simples e efetiva para melhorar a adesão, mesmo que seja tomado por um período relativamente curto de tempo. A equipe de saúde deve identificar junto com o/a usuário/a (e/ou seu responsável, no caso de crianças ou pessoas legalmente incapazes) as rotinas de vida diária e que são facilmente seguidas e que podem coincidir com os horários adequados para a ingestão dos medicamentos (ex: escovar os dentes, ler um jornal, fazer exercícios etc.). Estes eventos rotineiros podem ser utilizados como lembretes para tomada dos medicamentos. As refeições apesar de serem situações com horários geralmente bem definidos, nem sempre funcionam como bons eventos, devido ao fato de freqüentemente existirem restrições ou exigências alimentares específicas para o esquema proposto e o hábito alimentar ser muito variável entre as pessoas. Recomenda-se que os medicamentos sejam tomados antes da atividade de rotina selecionada, no sentido de reduzir a possibilidade de esquecimento.
- Sugira o uso de dispositivos para lembrar das tomadas dos medicamentos no horário correto:** Oriente o paciente a utilizar dispositivos alarmes portáteis, despertadores ou “beepers” para lembrá-lo das tomadas dos medicamentos. Lembre-se que alguns medicamentos devem ser tomados em intervalos de horário relativamente rígidos devido às suas propriedades farmacocinéticas.
- Faça uma escala ou quadro de horários para tomada dos medicamentos.** Elabore juntamente com o paciente paciente (e/ou seu responsável, no caso de crianças) uma típica escala diária de tomada dos medicamentos, definindo os horários, as atividades relacionadas com as tomadas e o oriente para anotá-las em um diário, agenda pessoal ou calendário. Para pacientes com menor grau de instrução é preferível fazer as orientações terapêuticas por meio de desenhos e cores ao invés de linguagem escrita.

- ☑ **Mantenha o paciente sempre bem informado.** Durante cada visita médica de controle, é importante rever com o paciente todo o esquema terapêutico. Tente sempre esclarecer qualquer dúvida com relação ao tratamento e atividades relacionadas com o mesmo nestas ocasiões.

- ☑ **Oriente alguém próximo ao paciente sobre o tratamento.** Sempre que possível, e com a concordância do paciente (ou seu responsável no caso de crianças), explique o esquema terapêutico proposto a alguma pessoa na qual o paciente (e/ou seu responsável) confie e que possa acompanhar o cotidiano do mesmo (ex: familiares, parceiros, amigos), no intuito de ajudá-lo a não esquecer ou omitir doses da medicação.

- ☑ **Oriente o paciente a fazer um controle periódico das doses a serem tomadas.** É recomendado que o/a usuária (e/ou seu responsável) faça um controle diário ou semanal do número de comprimidos a serem ingeridos. A dose diária pode ser acondicionada em frascos menores (ex: recipientes de filmes fotográficos vazios) ou mesmo caixas especialmente desenhadas para este fim, que apresentam divisões em compartimentos que separam as diversas doses a serem tomadas durante o dia. É importante lembrar que alguns destes medicamentos podem necessitar de acondicionamento em ambientes com temperatura e umidade específicos, o que pode dificultar o uso deste tipo de sistema em certos locais e ocasiões.

- ☑ **Cuidados necessários em casos de viagens, férias e finais de semana.** Em caso de mudanças na rotina de vida diária do/a usuário/a, mesmo que temporárias e de curta duração (finais de semana, férias, viagens, etc.), planeje antecipadamente as modificações necessárias nos horários e na escala de tomada dos medicamentos de forma a não prejudicar o efeito global do tratamento. Em caso de viagens, é importante fornecer orientações quanto às condições de acondicionamento, necessidade de suprimentos extras de medicamentos e ajustes de horários em caso de diferenças de fuso horário.

Entretanto o uso de todas essas estratégias podem não ser efetivas para todas as pessoas em tratamento ou profilaxia, devido às diversidades culturais e sócio-econômicas. É importante que a equipe de saúde perceba que determinadas sugestões

podem ser mais apropriadas para algumas pessoas do que para outras. Porém, independentemente das estratégias adotadas, a forma mais efetiva de se conseguir uma adesão adequada ao tratamento é, em última instância, motivar e envolver a pessoa no seu tratamento, utilizando-se de medidas práticas, de baixo custo e de fácil execução, fazendo ajustes conforme as necessidades individuais.

APRESENTAÇÃO, POSOLOGIA E INTERAÇÃO COM ALIMENTOS DOS PRINCIPAIS MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRAIS INDICADOS PARA SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

NOME GENÉRICO	SIGLA	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	INTERAÇÃO COM ALIMENTO
ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA	AZT (OU ZDV) + 3TC	ADULTOS E ADOLESCENTES: COMPRIMIDO AZT+3TC 300+150MG	ADULTOS E ADOLESCENTES: 300 MG + 150MG 2X/DIA	ADMINISTRAR COM OU SEM ALIMENTOS.
LAMIVUDINA	3TC	ADULTOS E ADOLESCENTES: COMPRIMIDO 150MG CRIANÇAS: SOLUÇÃO ORAL c/ 10 MG/ML (FR 240 ML)	ADULTOS E ADOLESCENTES: 150MG 2X/DIA <50KG:2MG/KG 2X/DIA CRIANÇAS: 4 MG/KG 12/12 HS (DOSE MÁXIMA 150 MG 12/12 HS)	ADMINISTRAR COM OU SEM ALIMENTOS.
ZIDOVUDINA	AZT OU ZDV	ADULTOS E ADOLESCENTES: CÁPSULA 100MG CRIANÇAS: SOLUÇÃO ORAL c/ 10 MG/ML (FR 200 ML)	ADULTOS E ADOLESCENTES: 300MG 2X/DIA, OU 200MG 3X/DIA CRIANÇAS: 90-180 MG/M ² 8/8 HS (DOSE MÁXIMA 600 MG /DIA)	ADMINISTRAR COM OU SEM ALIMENTOS.
INDINAVIR	IDV	ADULTOS, ADOLESCENTES E CRIANÇAS QUE CONSEGUEM DEGLUTIR CÁPSULAS: CÁPSULA 400MG	ADULTOS E ADOLESCENTES: Uso SEM RTV: 800 MG DE 8/8 HORAS ASSOCIADO COM RTV ¹⁾ : IDV 800MG 2X/DIA + RTV 100 MG 2X/DIA CRIANÇAS: 500 MG /M ² 8/8 HS	ASSOCIADO AO RTV: ADMINISTRAR COM OU SEM ALIMENTO. Uso SEM RTV: ADMINISTRAR 1 H ANTES OU 2 HS APÓS ALIMENTAÇÃO HIDRATAÇÃO ABUNDANTE (RISCO DE NEFROLITÍASE)
NELFINAVIR	NFV	ADULTOS E ADOLESCENTES: COMPRIMIDO 250MG CRIANÇAS: Pó p/ SUSPENSÃO ORAL 50 MG/G (1 MEDIDA = 50 MG)	ADULTOS E ADOLESCENTES: 1250MG 2X/DIA OU 750MG 3X/DIA CRIANÇAS: 30 MG/KG 8/8 HS (DOSE MÁXIMA: 750 MG 8/8 HS)	ADMINISTRAR COM ALIMENTOS
RITONAVIR	RTV	ADULTOS E ADOLESCENTES: CÁPSULA 100MG CRIANÇAS: SOLUÇÃO ORAL c/ 80 MG/ML (FR 240 ML)	ADULTOS E ADOLESCENTES: ASSOCIADO COM IDV ¹⁾ : RTV 100 MG 2X/DIA + IDV 800MG 2X/DIA CRIANÇAS ²⁾ : 350-400 MG/M ² 12/12 HS (DOSE MÁXIMA: 600 MG 12/12 HS)	ADMINISTRAR PREFERENCIALMENTE COM ALIMENTO PARA MELHORAR A TOLERÂNCIA.

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

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

Principais Efeitos Colaterais e Interações Medicamentosas com Anti-retrovirais Utilizados na Quimioprofilaxia para HIV após Situações de Exposição Sexual

LAMIVUDINA		
<p>Efeitos adversos Cefaléia, náusea, diarreia, dor abdominal, fadiga, tosse, insônia, alteração do comportamento, anemia e neutropenia, neuropatia periférica, mialgia, pancreatite, exantema, paroníquia, Acidemia/acidose láctica e hepatomegalia grave com esteatose hepática.</p>	<p>Interações com ARV Zalcitabina (potencial antagonismo). Não usar concomitantemente.</p>	<p>Outras interações SMX-TMP (↑ biodisponibilidade de 3TC). Não há necessidade de ajuste de dose.</p>
ZIDOVUDINA		
<p>Efeitos adversos Anemia, neutropenia, leucopenia, plaquetopenia, náuseas, vômitos, astenia, mal-estar geral, cefaléia, miopatia, insônia, hiperpigmentação cutâneas, ungueal e de mucosas, alteração das provas hepáticas e hepatite. Acidemia/acidose láctica e hepatomegalia grave com esteatose hepática.</p>	<p>Interações com ARV Estavudina (potencial para redução da atividade anti-retroviral). Não usar concomitantemente.</p>	<p>Outras interações Ganciclovir, anfotericina B, flucitosina, SMX-TMP, dapsona, pirimetamina, citostáticos, sulfadiazina (↑ risco de toxicidade hematológica). Monitorar anemia e neutropenia. Probenecida, fluconazol, paracetamol, metadona, atovaquona, ácido valproico (↑ níveis séricos do AZT). Monitorar toxicidade do AZT.</p>
INDINAVIR		
<p>Efeitos adversos Nefrolíase, atrofia renal, hematúria, piúria estéril, hipertensão arterial, cefaléia, insônia, náusea, vômitos, astenia, fadiga, distúrbios do paladar, alopecia, alteração dos pelos e unhas xerodermia, xerostomia, dor abdominal, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia indireta assintomática, lipodistrofia, aumento de triglicérides, hipercolesterolemia, hiperglicemia, diabetes.</p>	<p>Interações com ARV Didanosina (↓ absorção de IDV). Administrar com intervalo mínimo de 1 hora. Delavirdina (↑ níveis séricos de IDV). Reduzir a dose de indinavir para 600mg 8/8h(2). Efavirenz (↓ níveis séricos de IDV). Aumentar a dose de indinavir para 1.000mg 8/8h se este for usado como único IP (2). Nevirapina (↓ níveis séricos de IDV). Não há necessidade de ajuste de doses. Ritonavir (↑ níveis séricos de IDV). Se associado ao IDV, usar RTV na dose de 100-200 mg 2x/dia. O indinavir não deve ser co-administrado com amprenavir e saquinavir.</p>	<p>Outras interações O indinavir não deve ser co-administrado com: rifampicina, astemizol, terfenadina, cisaprida, sinvastatina, lovastatina, derivados do ergot, midazolam ou triazolam. Rifabutina (↓ níveis séricos de IDV e ↑ níveis séricos da rifabutina). Ajustar dose de rifabutina Cetoconazol e itraconazol (↑ níveis séricos de IDV). Considerar a redução da dose do indinavir para 600mg 8/8h (1). Aciclovir (maior risco de nefrolíase). Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (↓ níveis séricos de IDV). Considerar alternativas terapêuticas Erva de São João (↓ níveis séricos de IDV). Evitar uso. Sildenafil (↑ biodisponibilidade de sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia.</p>

NELFINAVIR		
Efeitos adversos	Interações com ARV	Outras interações
Diarréia (efeito mais freqüente), exantema, flatulência, náusea, dor muscular, fraqueza, lipodistrofia, aumento de triglicerídeos, hipercolesterolemia, hiperglicemia e diabetes.	<p>Didanosina (↓ absorção da NFV). Administrar com intervalo mínimo de 1 hora.</p> <p>Efavirenz ou nevirapina (↑ níveis séricos de NFV). Não há necessidade de ajuste de doses.</p> <p>Ritonavir (↑ níveis séricos de NFV). Sugere-se ajustar a dose de RTV para 400mg 2x/dia, e de NFV para 500-750mg 2x/dia.</p> <p>Saquinavir (↑ níveis séricos de SQV e NFV). Não há necessidade de ajuste de doses.</p> <p>O nelfinavir não deve ser co-administrado com delavirdina e amprenavir.</p>	<p>O nelfinavir não deve ser co-administrado com: rifampicina, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, sinvastatina, lovastatina, derivados do ergot, astemizol, terfenadina, cisaprida, midazolam ou triazolam.</p> <p>Rifabutina (↓ níveis séricos de NFV e ↑ níveis séricos de rifabutina). Ajustar dose de rifabutina</p> <p>Bloqueadores de cálcio (possibilidade de aumento dos níveis séricos dos bloqueadores). Monitorar toxicidade.</p> <p>Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (↓ níveis séricos de NFV). Considerar alternativas terapêuticas</p> <p>Sildenafil (↑ biodisponibilidade de sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/dia.</p> <p>Atenção: Etinilestradiol e noretindrona (↓ significativa nos níveis séricos dos hormônios). Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.</p>
RITONAVIR		
Efeitos adversos	Interações com ARV	Outras interações
Diarréia, náusea, vômitos, dor abdominal, flatulência, dispepsia, alteração no paladar, anorexia, cefaléia, tonturas, insônia, parestesia perioral e periférica, astenia, mialgia, exantema, hepatite, elevação de CPK e ácido úrico, aumento das transaminases, do colesterol e dos triglicerídeos, lipodistrofia, hiperglicemia e diabetes.	<p>Didanosina (↓ absorção de RTV). Administrar com intervalo mínimo de 1 hora.</p> <p>Efavirenz (↑ níveis séricos de RTV e EFZ). Em caso de intolerância, considerar redução de dose de RTV para 500mg 2x/dia.</p> <p>Nevirapina (↓ níveis séricos RTV). Não há necessidade de ajuste de doses.</p> <p>Amprenavir (↑ níveis séricos de APV). Utilizar RTV na dose de 100 a 200 mg 2x/dia.</p> <p>Indinavir (↑ níveis séricos de IDV). Se uso concomitante com IDV, o RTV deve ser usado na dose de 100-200 mg 2x/dia.</p> <p>Nelfinavir (↑ níveis séricos de NFV). Sugere-se ajustar a dose de RTV para 400mg 2x/dia, e de NFV para 500-750mg 2x/dia.</p> <p>Saquinavir (↑ níveis séricos de SQV). Ajustar as doses para: SQV (cápsula dura ou cápsula gel) 400mg 2x/dia + RTV 400mg 2x/dia.</p> <p>O ritonavir não deve ser co-administrado com delavirdina.</p>	<p>O ritonavir não deve ser co-administrado com: meperidina, piroxicam, propoxifeno, amiodarona, encainida, flecainida, propafenona, quinidina, beperidil, derivados do ergot, sinvastatina, lovastatina, astemizol, terfenadina, cisaprida, bupropiona, clozapina, pimozida, clorazepato, alprazolam, diazepam, estazolam, flurazepam, midazolam, triazolam ou zolpidem.</p> <p>Rifampicina (↓ níveis séricos de RTV). Não há necessidade de ajuste de dose</p> <p>Rifabutina (↑ níveis séricos de rifabutina). Ajustar dose de rifabutina</p> <p>Cetoconazol (↑ níveis séricos de cetoconazol). Não exceder a dose de cetoconazol de 200mg/dia.</p> <p>Desipramina (↑ níveis séricos de desipramina). Considerar a redução da dose de desipramina.</p> <p>Teofilina (↓ níveis séricos de teofilina). Monitorar teofilina</p> <p>Metadona (↓ níveis séricos de metadona). Considerar aumento de dose da metadona.</p> <p>Fenobarbital, fenitoína e carbamazepina (possíveis alterações da AUC das drogas). Monitorar os anticonvulsivantes</p> <p>Suplementos a base de alho aumentam toxicidade do RTV. Evitar uso.</p> <p>Sildenafil (↑ biodisponibilidade de sildenafil). Não exceder a dose de 25mg/48horas.</p> <p>Atenção: Etinilestradiol (↓ significativa nos níveis séricos de etinilestradiol). Usar método contraceptivo alternativo ou adicional.</p> <p>Metronidazol, tinidazol, secnidazol e dissulfiram (efeito antabuse com o conteúdo de álcool etílico da preparação de ritonavir).</p>

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Baldacini I, Drezett J, Miranda SD, Nisida IVV, Caballero M, Barros ACD, Pinotti JA. *Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres Vítimas de Violência Sexual: Um Modelo de Profilaxia*. [Resumo]. Livro De Resumenens, XI Congresso Latinoamericano de Enfermedades de Transmision Sexual e V Conferência Panamericana de SIDA, 1997, Lima, Peru: 90.
2. Baldacini I, Drezett J, Miranda SD, Nisida IVV, Ribeiro RM, Pinotti JA. *Prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres Vítimas de Violência Sexual*. Livro de Resumenens, XI Congresso Latinoamericano de Enfermedades de Transmision Sexual e V Conferência Panamericana de SIDA, 1997, Lima, Peru: 181.
3. Ball S. Prophylaxis following sexual exposure. *AIDS Read* 11(3): 126-8, 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais. Brasília: Ministério da Saúde, 2001:59-63.
5. Burgess AW, Hortman NR, McCormack A. *Abused to Abuser: Antecedents of Socially Deviant Behaviours*. *Am J Psychiatry*, 1984, 144(1):1431-6.
6. Center For Disease Control. *Provisional Public Health Service Recommendations for Chemoprophylaxis after Occupational Exposure to HIV*. *MMRW*, 1996, 45(22): 468-72.
7. Center For Disease Control. *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.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002. *MMWR* 2002; 51(RR-6):61-4.
9. Cohen C, Matsuda NE. *Crimes Sexuais e Sexologia Forense: Estudo Analítico*. *Rev Paulista Med*, 1991, 109(4): 157-64.
10. Cohen MS. *Sexual HIV Transmission and its prevention*. HIV Medscape HIV/AIDS Clinical Management Modules, Volume 18. HIV/AIDS Medscape Home Page. (www.medscape.com./Medscape/HIV/ClinicalMgmt/CM.v18/public/index-CM.v18.html), acessada em 10/10/2001.
11. Craig RW, Stall RD, Coatest TJ. *Is offering post-exposure prevention for sexual exposures to HIV related to sexual risk behavior in gay men?* *AIDS* 2000, 14 (8):1035-1039.
12. Drezett J, Navajas Filho E, Spinelli M, Tonon EMP, Carnevalli CA, Gusmão A, Hegg R, Pinotti JA. *Aspectos Biopsicossociais em Mulheres Adolescentes e Adultas Sexualmente Vitimizadas. Resultados da Implantação de um Modelo Integrado de Atendimento*. *Rev. do Centro de Referência*, 1996, 1(1): 23-28.
13. 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.
14. 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.
15. Finkelhor D. *The International Epidemiology of Child Sexual Abuse*. *Child Abuse Neglect* 1993,18:409-417.
16. Garcia-Moreno, C & Watts, C. *Violence against women: its importance for HIV/Aids*. *AIDS* 2000, 14 (suppl 3): S253-S265.
17. Gerberdind JL, Henderson DK. *Management of Occupational Exposures to Bloodborne Pathogens: Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and Human Immunodeficiency Virus*. *Clinical Infectious Disease*, 1992, 14: 1179-85.

18. Gerberding JL. *Management of occupational exposures to blood-borne virus*. The New England Journal of Medicine, 1995, 332(7): 444-51.
19. 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.
20. Greenwood MJ. *Exposure to HIV: medical management and legal implications*. J Emerg Med 2000, 19(3):231-239.
21. Hampton HL. *Care of the Woman Who Has Been Raped*. The New England Journal of Medicine, 1995, 332(4):234-237.
22. Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Krieger JN, Hillier SL, Kiviat N, et al. *Sexually Transmitted Diseases in Victims of Rape*. The New England Journal of Medicine, 1990, 322(11):713-716.
23. Kahn, JO et al. *Postexposure Prophylaxis Against HIV Infection Feasible Outside Occupational Setting*. J Infect Dis 2001; 183:707-714.
24. Lima SMRR. Estupro. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. 2ª Ed. Editora Roca, 1993, São Paulo, p. 970-977.
25. Lurie P, Miller S, Hecht F, Chesney M, Lo B. *Postexposure prophylaxis after non-occupational HIV exposure: clinical, ethical and policy considerations*. JAMA 1998, 280(20):1769-1773.
26. Mascola JR, Frankel SS & Broderick K. *HIV-1 entry at mucosal surface: role of antibodies in protection*. AIDS , 2000, 14 (suppl 3): s167- s174.
27. Merchant RC. *Non-occupational HIV postexposure prophylaxis: a new role for the emergency department*. Ann Emerg Med 2000, 36(4):366-375.
28. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma Técnica do Ministério da Saúde – 1998
29. Ministério da Saúde; Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 1999.
30. Ministério da Saúde; Programa Nacional de DST/AIDS. Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças, 2001.
31. Ministério da Saúde; Programa Nacional de DST/AIDS. Recomendações para *Terapia Anti-Retroviral para Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV*, 2001.
32. Mrazek PB. *Sexual Abuse of Children*. J Child Psychol Psychiatry, 1980, 21(6): 348-9.
33. National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center. Rape in America: A Report to the Nation. Dept of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, Charleston, 1992.
34. Nwokolo NC , Hawkins DA. *Postexposure Prophylaxis for HIV Infection*. The AIDS Reader, 11(8):402-12, 2001
35. Oliveira J. Código Penal. 25ª ed. Editora Saraiva, São Paulo, 1987. pp 117-20.
36. Osterholm MT, Macdonald KL, Danila RN, Henry K. *Sexually transmitted diseases in victims of sexual assault*. N Engl J Med, 1987, 316: 1024.
37. Otten RA, Smith DK, Adams DR, Pullium JK, Jackson E, Kim CN, Jaffe H, Janssen R, Butera S, Folks TM. *Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pigtailed macaques to a human-derived retrovirus (HIV type 2)*. J Virol 2000, 74(20):9771-9775.
38. Proia LA, Kessler HA.. *Rationale and Recommendations for HIV Postexposure Prophylaxis*. Infect Med , 2001, 18(9): 428-38
39. Rey D, Bendiane MK, Moatti JP, Wellings K, Danziger R, MacDowall W. *Post-exposure prophylaxis after occupational and non-occupational exposures to HIV: an overview of the policies implemented in 27 European Countries*. AIDS Care 2000, 12 (6):695-701.

40. Sanford JP, Sande MA, Gilbert DN. *Guia para o Tratamento da AIDS-HIV*. EPUC - Editora de Publicações Científicas, 5a. edição, 1997, Rio de Janeiro.
 41. Secretaria de Estado da Saúde; Programa de DST/AIDS. *Manual de Normas para Indicação e Dispensação de Antiretrovirais para Portadores do HIV/AIDS no Estado de São Paulo*. Secretaria de Estado da Saúde, 1996.
 42. Schecther M et al. Acceptability, Behavioral Impact, and Possible Efficacy of Post-Sexual-Exposure Chemoprophylaxis (PEP) for HIV. [Abstract], IX Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, 2002.
 43. United Nations. *Declaration on the Elimination of Violence Against Women*. New York: General Assembly United Nations, 1993.
 44. Veronesi R & Focaccia R. *AIDS entre Profissionais de Saúde: Risco e Prevenção*. RBCTA, 1989, 18: 34-36.
-