

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

NORMA TÉCNICA

1ª EDIÇÃO

BRASÍLIA

1998

I - APRESENTAÇÃO

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, sendo o mais grave deles a violência sexual contra a mulher.

É dever do Estado e da Sociedade civil delinarem estratégias para terminar com esta violência. E, 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 violência sexual produz seqüelas físicas e psicológicas. As pessoas atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao uso de drogas, às doenças sexualmente transmissíveis, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão e ao suicídio.

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 integração de diferentes setores, tais como saúde, segurança pública, justiça e trabalho, bem como o envolvimento da sociedade civil organizada.

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 resolubilidade. Os materiais e equipamentos necessários são:

- mesa e cadeiras para consulta
- mesa ginecológica estofada e banquetada
- 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:

- colposcópico
- 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
- kit para aspiração uterina – manual ou elétrica

4. Apoio laboratorial

É importante o apoio laboratorial 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 16% das mulheres que sofrem violência sexual contraem algum tipo de DST e que 1 em cada 1000 é infectada pelo HIV.

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

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 sobre o atendimento humanizado às mulheres que poderão ser submetidas à interrupção da gravidez. Os médicos deverão, além disso, ser treinados para a utilização das diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação.

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 médico

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

tipagem sanguínea

sorologia para sífilis

cultura de secreção vaginal e do canal cervical

sorologia para hepatite tipo B

sorologia anti-HIV.

V. ATENDIMENTO A MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

É necessário que toda mulher vítima de violência sexual seja orientada no sentido de que registre a ocorrência. Deve-se levar em consideração que, em determinadas circunstâncias, é muito difícil para ela apresentar queixa à polícia. É fundamental esclarecer a essa mulher que a denúncia é um fato importante para que a violência não se repita. No entanto, ela não deve ser obrigada a realizá-la.

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.

Além do tratamento das lesões e do abalo 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 relativa ao estupro (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;
- 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 socioeconômico da mulher.

Essa entrevista inicial deverá ser realizada por profissionais devidamente sensibilizados/as para a questão.

Cuidados médicos e de enfermagem

a. Coleta de material para identificação do agressor

O material colhido deve ser 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.

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

b. Anticoncepção de emergência (apenas para os casos de estupro até 72 horas de ocorrido)

Recomenda-se o "Método de Yuzpe", que consiste na tomada de anticoncepcional oral, combinado na dose total de 200mcg de etinil-estradiol mais 100mcg de levonorgestrel, em duas doses, com intervalo de 12 horas, sendo a primeira ingestão até 72 horas depois do estupro.

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

Em pacientes com restrições ao uso de estrogênio, o uso de progesterona de alta dosagem, como levonorgestrel 750 mcg, em duas doses, com intervalo de 12 horas, pode ser indicado com bons resultados.

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, estes efeitos podem ser minimizados, repetindo-se a dose após as refeições, 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 neste momento da mulher.

c. Prevenção de DST

Ofloxacina 400 mg, dose única, VO (em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos usar Cefixima 400mg, VO, dose única) mais Azitromicina 1g, VO, dose única (em gestantes e nutrizes usar Amoxicilina 500 mg, VO, de 8/8 h, por 7 dias) mais Penicilina G benzatina 2.400.000 UI, IM, dose única. mais Metronidazol 2 g, VO, dose única (em gestantes tratar somente após completado o primeiro trimestre; em nutrizes suspender o aleitamento por 24 horas)

Este esquema cobre a maioria das DST não virais, permite fácil adesão ao tratamento (doses únicas) e tem poucos efeitos colaterais.

Para hepatite B: Gamaglobulina hiperimune (HBIG): 0,06ml/kg de peso corporal, IM, dose única. Se a dose a ser utilizada ultrapassar 5ml, dividir a aplicação em duas áreas diferentes. Maior eficácia na profilaxia é obtida com uso precoce da HBIG (dentro de 24 a 48 horas após o acidente). Não há benefício comprovado na utilização da HBIG após 1 semana do acidente. Se possível iniciar ao mesmo tempo a vacinação no esquema de 3 doses, que envolve a administração, via intramuscular, na região deltóide, de 1,0 ml para adultos e de 0,5 ml para crianças menores de 12 anos. A segunda e a terceira doses devem ser administradas respectivamente um e seis meses após a primeira.

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

- Autorização da grávida – ou, em caso de incapacidade, de seu representante legal –, para a realização do abortamento, 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.

I. **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 misoprostol 200mcg (Cytotec) intravaginal, no mínimo 12 horas antes do procedimento, destinado ao preparo do colo uterino com vistas ao menor traumatismo durante a dilatação.

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. Preferentemente, deve ser feita sob anestesia local (paracervical) ou outra anestesia.

A técnica consiste em dilatar o colo uterino até que fique compatível com a idade gestacional. Introduz-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 enlramento da cânula pelo útero, e em que as pacientes sob anestesia paracervical referem cólicas.

II. 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.

III. 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

Nos locais onde o exame puder ser realizado, sugere-se guardar uma amostra do material do embrionário ou fetal 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. A sorologia para sífilis deverá ser repetida 30 dias após a violência sexual; a sorologia anti-HIV deverá ser solicitada com 90 e 180 dias; e, para a hepatite B, com 60 e 180 dias.

IV - 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). Para o processo de aspiração manual intra-uterina, até a 10a. semana, poderá ser realizada anestesia local paracervical. 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.

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 e rua e outro e _____

Agressor: conhecido e desconhecido e múltiplos e

parente e _____ grau de parentesco _____

Cor do agressor: _____

Tipos de relação: vaginal e oral e anal e

Intimidação: arma e _____ força física e ameaça e

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

Agressor: não e sim e tipo: _____

Traumas físicos: não e sim e tipo: _____

Breve história da ocorrência: _____

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

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

Atividade sexual antes: não e sim e

Gesta ____ Para ____ Abortamentos: E sp ____ Ind ____ DUM ____/____/____

EFG: _____ PA _____ P _____ T _____

Lesões genitais _____

Outras: _____

Colhido conteúdo vaginal: sim e não e

Colhido sangue ou sêmen nas vestes: sim e não e

Orientada para registro policial: sim e não e

Orientada sobre direitos legais: sim e não e

Contraceção de emergência: sim e não e tipo: _____

Profilaxia de DST: sim e não e tipo: _____

Encaminhada ao ambulatório: sim e não e motivo: _____

Médico que atendeu: _____ crm: _____

Modelo de Ficha 2

HOSPITAL _____

FICHA DE ATENDIMENTO À MULHER GRÁVIDA EM DECORRÊNCIA DE ESTUPRO

DATA: ____/____/____ PRONTUÁRIO: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Ocupação: _____

Estado civil: _____ Escolaridade: _____

Cor: _____

1.DADOS DA OCORRÊNCIA

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

Local: residência e na e outro e _____

Agressor: conhecido e desconhecido e múltiplos e parente e _____

Cor do agressor: _____

Tipos de relação: vaginal e oral e anal e

Intimidação: arma e _____ força física e ameaça e

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

Agressor: não e sim e tipo: _____

Traumas físicos: não e sim e tipo: _____

Breve história da ocorrência:

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

Laudo do IML: não e sim e

3.ATENDIMENTO LOGO APÓS O ESTUPRO

Uso de contraceção de emergência: não e sim e tipo: _____

Profilaxia DST/AIDS: não e sim e tipo: _____

Outros exames: _____

Colhido conteúdo vaginal: sim e não e

Colhido sangue ou sêmen as vestes: sim e não e

Orientada para registro policial: sim e não e

Orientada sobre direitos legais: sim e não e

Encaminhada ao ambulatório: sim e não e motivo: _____

4. ATENDIMENTO NA UNIDADE HOSPITALAR

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO:

ATENDIMENTO SERVIÇO SOCIAL:

ATENDIMENTO MÉDICO:

Atividade sexual antes: não e sim

G esta _____ Para _____ Abortamentos: Esp _____ Ind _____ DUM ____/____/____

EFG: _____ PA _____ P _____ T _____ Lesões genitais _____

Outras: _____

Avaliação de comissão multiprofissional: e aprovado e 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 e sim e tipo: _____

Seguimento ambulatorial: agendada consulta para e médico

e psicólogo

e assistente social

Médico responsável: _____ crm _____

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro José Serra

SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Dr. João Yunes

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

Dra. Ana Maria Figueiredo

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER

- Dra. Tânia Di Giacomo do Lago - Coordenadora
- Dra. Elcylene Maria de Araújo Leocádio
- Dra. Janine Schirmer
- Dra. Regina Coeli Viola

- Dr. Paulo Kalume Maranhão

ELABORAÇÃO DA NORMA TÉCNICA

- Ana Paula Portella, Pesquisadora; Dr. Aluizio Bedoni, Ginecologista e Obstetra; Eugênio Marcelo Pitta Tavares, Ginecologista e Obstetra; Dra. Elcylene Maria de Araújo Leocádio, Médica Sanitarista; Dra. Janine Schirmer, Enfermeira Obstetra; Dr. Jorge Andalaft Neto, representante da Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

INSTITUIÇÕES CONSULTADAS

- Grupo de Avaliação Técnica de Saúde. SES/SP; Divisão de Saúde da Mulher DAS/SES/PE; Coordenação de Programas de Atendimento Integral à Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. RJ; Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – São Paulo / SP ; Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros / UPE. Recife / PE; Hospital 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.