



Protocolo médico para assistência às vítimas de violência sexual

versão Portugal - África

2.ª edição
2014¹

Grupo de trabalho de saúde reprodutiva e assistência às vítimas de violência sexual dos MSF²
Aprovado por DirMed (BD, JH), maio de 2014, EDITADO

O documento fornece uma visão geral das intervenções médicas necessárias como parte da assistência às vítimas de violência sexual.

Cada intervenção médica é apresentada sob a forma de uma folha de tratamento específica.

As principais alterações introduzidas na revisão de 2014 estão relacionadas com a profilaxia pós-exposição ao VIH (Folha 1), a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (Folha 2), interrupção da gravidez (Folha 5), vacinação (Folhas 6 e 7) e tratamento de lesões físicas (Folha 8).

Além dos tratamentos médicos descritos neste documento, a assistência dos MSF às vítimas de violência sexual inclui apoio à saúde mental e um certificado médico-legal.

Os diferentes centros operacionais (CO) dos MSF disponibilizam orientações para a implementação da resposta à violência sexual, especificamente sobre questões tais como o consentimento para o exame médico, confidencialidade, recolha de dados, redação e armazenamento do certificado médico, fluxo do paciente, apoio ativo às vítimas e envolvimento da comunidade.

Para comentários e questões, contacte o consultor responsável pelos cuidados de saúde reprodutiva e pela assistência às vítimas de violência sexual num dos centros operacionais dos MSF.

¹ Texto original de julho de 2011.

² Em colaboração com os grupos de trabalho VIH/SIDA, Pediatria, Vacinação e a Pharma Network e de acordo com as orientações clínicas e de obstetrícia dos MSF.

Folhas	Intervenções	Detalhes
1	Profilaxia pós-exposição da infecção por VIH	Nas primeiras 72 horas
2	Profilaxia de infeções sexualmente transmissíveis (IST)	Assim que possível.
3	Gestão de gravidez indesejada	Abordar a possibilidade de gravidez com todas as rapariga/mulheres. Garantir a realização de teste de gravidez e discutir as opções possíveis.
4	Contraceção de emergência (CE)	Administrar no prazo de 72 horas após a violação a rapariga/mulheres para evitar gravidez indesejada.
5	Interrupção da gravidez (IVG)	Aconselhar, discutir opções. Realizar IVG ou reencaminhar. Fornecer contraceção pós-IVG.
6	Profilaxia do tétano	De acordo com o risco e o estado de vacinação pré-exposição.
7	Profilaxia da hepatite B	Vacinar de acordo com o protocolo.
8	Tratamento de lesões físicas	Exame físico (garantir o consentimento do paciente). Limpar/reparar feridas. Em caso de fístulas traumáticas, medidas de traumatismo simples ou reencaminhar para assistência especializada.

Nota

Mesmo que os pacientes se apresentem meses após a agressão, deve ser administrada a vacinação e o tratamento para IST até 6 meses após a agressão.

Logística

Os medicamentos e testes de diagnóstico propostos nas intervenções descritas acima podem ser encomendados como parte do “kit pós-violação” (para 35 adultos e 15 crianças), que é um módulo dos kits médicos dos MSF **KMED parte 3: Kit hospitalar modular / MÓDULOS HOSPITAL DIVERSOS**

KMEDMHMI13A (mód. hospital diversos) MEDICAMENTOS TRATAMENTO VÍTIMAS DE
 KMEDMHMI13B (mód. hospital diversos) MEDICAMENTOS TRATAMENTO VÍTIMAS DE

FOLHA 1: PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PPE) DA INFEÇÃO POR VIH

A violação, em comparação com as relações sexuais consensuais, apresenta um maior risco de transmissão de VIH e IST, porque a utilização de violência pode causar lesões traumáticas das membranas mucosas orais, anais e/ou vaginais. As lesões genitais preexistentes (úlceras genitais, IST) ou a menstruação podem potenciar o risco de transmissão do VIH.

1.1 Avaliação de risco da transmissão do VIH³

Nem todos os atos de agressão requerem PPE. Com base nos dados epidemiológicos mais fiáveis disponíveis, o risco estimado de adquirir infeção por VIH a partir de um único episódio de relação sexual vaginal recetiva consensual situa-se entre 0,1% (1 em 1000) e 1% (1 em 100) e, a partir de um único episódio de sexo anal recetivo consensual, situa-se entre 1% e 5% (1 a 5 em 100). A administração de PPE é recomendada de acordo com uma avaliação de risco/sem risco:

Sem risco de transmissão ⇒ Sem PPE

- Beijar
- Penetração digital ou penetração da vagina, ânus ou boca com objeto estranho (sem lesões)
- Ejaculação em pele intacta

Risco de transmissão ⇒ PPE⁴

- Penetração vaginal, anal ou oral
- Dentada envolvendo sangramento (a vítima mordeu o agressor ou foi mordida pelo mesmo)
- Ato violento desconhecido

1.2 Consideração relativamente ao teste do VIH

A violação é um evento traumático. Falar do risco de infeção por VIH, quer como doença preexistente, QUER como resultado da agressão, requer uma abordagem cuidadosa, aconselhamento sobre o teste do VIH e implicações relacionadas.

Recomenda-se a realização de um teste do VIH inicial NÃO sendo, no entanto, um requisito para iniciar a PPE.

As vantagens de conhecer o estado de VIH antes de iniciar a PPE são:

- Evitar PPE desnecessária se o paciente já for seropositivo.
- Permitir um reencaminhamento adequado para tratamento e assistência se for diagnosticado VIH.
- Confirmar o estado VIH negativo; tal pode ser motivador para a toma e conclusão da PPE.

³ O relato de violência sexual das crianças pode não refletir detalhes que permitam uma avaliação adequada dos riscos de transmissão da infeção por VIH. Em caso de dúvida, deve ser oferecido o teste do VIH e a PPE.

⁴ Se a profilaxia recomendada pelos MSF não estiver disponível, o regime irá depender das orientações locais e da disponibilidade.

Se o **paciente se apresentar no prazo de 72 horas** após a agressão e estiver demasiado traumatizado para discutir um teste do VIH, não é necessário forçar um teste no primeiro encontro. Deve aproveitar-se a oportunidade seguinte razoável. Em todos os casos, se for indicado, a PPE deve ser iniciada à *primeira oportunidade*, nas primeiras 72 horas. O teste do VIH deve ser oferecido e discutido na primeira visita de acompanhamento.

Se o **paciente se apresentar depois de 72 horas**, deve ser oferecido o teste do VIH, com uma explicação cuidadosa de que não será fornecida PPE, pois não está comprovada a sua eficácia após 72 horas.

Resultados do teste do VIH e recomendações para PPE	
Teste do VIH NÃO realizado	PPE durante 28 dias.
Teste do VIH realizado	
Resultado do teste negativo	PPE durante 28 dias.
Resultado do teste positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Sem PPE. • Se a PPE tiver sido iniciada antes dos resultados do teste, interromper PPE. • Discutir o resultado com o paciente e informar sobre a assistência médica recomendada. • Prestar assistência relacionada com o VIH ou reencaminhar conforme necessário e viável dentro do contexto.
Resultado do teste indeterminado	PPE até resultado conclusivo.

1.3 Análises laboratoriais de rotina

Não são necessárias análises laboratoriais iniciais para começar a PPE.⁵

⁵ Se estiverem disponíveis, os seguintes testes de monitorização podem ser úteis:

- zidovudina (AZT) – nível de hemoglobina para detetar anemia.
- inibidores da protease (IP) – ALAT para avaliar uma suspeita clínica de hepatite.
- tenofovir (TDF) – clearance de creatinina inicial em pacientes com diabetes, hipertensão, disfunção renal ou pacientes que estejam a receber medicamento nefrotóxicos (incluindo AINE).

1.4 Orientação de tratamento da PPE

PPE para ADULTOS e CRIANÇAS > 35 kg			
Medicamentos	Dose/comprimido	Posologia	Duração
TDF*/3TC + atazanavir/ritonavir**	300 mg/300 mg	1 comprimido x 1/dia	28 dias
	300 mg/100 mg	1 comprimido x 1/dia	
* Se TDF não estiver disponível: AZT/3TC	300 mg/150 mg	1 comprimido x 2/dia	
**Se atazanavir/ritonavir não estiver disponível: lopinavir/ritonavir (LPV/r)	200 mg/50 mg	2 comprimidos x 2/dia	

Efeitos adversos

- Náuseas, vômitos, dores de cabeça Embora sejam pouco frequentes e não sejam muito graves, estes efeitos podem comprometer a adesão ao tratamento. Informe os pacientes de que estes podem ocorrer e reforce a importância de continuar o tratamento.
- O atazanavir pode causar icterícia: isto não se deve a hepatite e pode ser continuada a toma do medicamento.
- O tenofovir (TDF) é contraindicado se o paciente tiver comprometimento renal preexistente (depuração de creatinina < 50 ml/min). No entanto, é pouco provável que a administração a curto prazo (28 dias) cause toxicidade renal significativa. Se não estiver disponível o teste de creatinina, evite utilizar em caso de diabetes, hipertensão e em pacientes que estejam a receber medicamentos nefrotóxicos.
- Evite a zidovudina (AZT)/lamivudina (3TC) se existirem casos clínicos de anemia e/ou se a hemoglobina for < 8 g/dl.

Outras considerações

- O maior desafio é a adesão: tem de ser garantido o aconselhamento relativamente à terapêutica antirretrovírica (TAR).
- É um facto reconhecido que as vítimas de agressões sexuais têm uma taxa mais elevada de não cumprimento da terapêutica do que os pacientes com VIH que recebem terapêutica antirretrovírica.
- Se o paciente não consegue decidir acerca da PPE, ofereça a primeira dose da medicação e retome a conversa sobre o tratamento nas 24 horas seguintes.
- Em caso de dúvida sobre o regime de PPE a utilizar, contacte o seu consultor de VIH, MAS é melhor iniciar a primeira dose de PPE ASSIM QUE POSSÍVEL. Se o regime indicado nestas orientações não estiver disponível, comece com os medicamentos que estiverem disponíveis imediatamente. Idealmente deverão ser 2 inibidores nucleotídeos da transcriptase reversa (INTR) + 1 inibidor da protease (IP). Se não estiver disponível um IP, comece com 2 INTR + efavirenz (EFV).

PPE para CRIANÇAS < 35 kg								
Dosagem por regime e categoria de peso								
Peso	Manhã/ noite	AZT/3TC 60 mg/30 mg	LPV/r comprimido 100 mg/25 mg		LPV/r xarope 80 mg/ml/20 mg/ml		AZT/3TC 300 mg/150 mg	
3-3,9 kg	☀	1 comp.			+	1 ml		
	☾	1 comp.			+	1 ml		
4-5,9 kg	☀	1 comp.			+	1,5 ml		
	☾	1 comp.			+	1,5 ml		
6-9,9 kg	☀	1½ comp.			+	1,5 ml		
	☾	1½ comp.			+	1,5 ml		
10-13,9 kg	☀	2 comp.	+	2 comp.	ou	2 ml		
	☾	2 comp.	+	1 comp.	ou	2 ml		
14-19,9 kg	☀	2½ comp.	+	2 comp.	ou	2,5 ml		
	☾	2½ comp.	+	2 comp.	ou	2,5 ml		
20-24,9 kg	☀	3 comp.	+	2 comp.	ou	3 ml		
	☾	3 comp.	+	2 comp.	ou	3 ml		
25-34,9 kg	☀			3 comp.			+	1 comp.
	☾			3 comp.			+	1 comp.

Considerações especiais relativamente a crianças

Se uma criança vomitar até 30 minutos depois de tomar a medicação, administre a mesma dose novamente.

- Os comprimidos de AZT/3TC para crianças são solúveis em água e podem ser divididos. Podem ser dissolvidos num pequeno volume de água ou esmagados e misturados com alimentos.
- Os comprimidos de lopinavir/ritonavir (LPV/r) não podem ser esmagados ou divididos e podem ser difíceis de engolir.
- Lopinavir/ritonavir (LPV/r) está atualmente disponível em xarope para crianças com < 10 kg. Em breve, também estará disponível em comprimido. O pélete será a formulação preferencial pois é mais fácil de administrar e tem um sabor menos amargo.
- Os clínicos têm de ter em conta as questões do consentimento para as crianças e os problemas específicos das crianças relativamente à adesão devendo, por isso, dedicar o tempo que for necessário a aconselhar as crianças e os seus pais/cuidadores.

1.5 Acompanhamento

Se for viável e idealmente, os pacientes deverão ser novamente testados após 3 meses para avaliar a seroconversão do VIH. Se o teste for positivo, devem ser encaminhados para tratamento e assistência adequados.

FOLHA 2: PROFILAXIA DE INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

Assim que possível após a violação, todos os pacientes devem receber tratamento profilático sistemático para infecções sexualmente transmissíveis (clamídia, gonorreia, sífilis, cancro mole, tricomoníase).

Para pacientes que se apresentem 6 meses após a agressão:

- Se assintomáticos: garantir um tratamento profilático completo.
- Se sintomático para uma ou mais IST: seguir o protocolo de tratamento padrão⁶.
- Para sífilis: efetuar um teste, se viável.

ADULTOS (> 35 KG)		
Tratamento profilático para gonorreia, clamídia, sífilis ⁷		
	Medicamentos	Dosagem/Duração
Primeira linha	ceftriaxona frasco 250 mg + azitromicina comprimido 250 ou 500 mg	250 mg IM dose única + 2 g dose única
Se ceftriaxona não disponível	Substituir por cefixima comprimido 200 mg	400 mg dose única

ADULTOS (> 35 KG)	
Tratamento profilático para tricomoníase	
Medicamentos	Dosagem/Duração
tinidazol comprimido 500 mg	2 g dose única
ou se tinidazol não disponível	
metronidazol comprimido 250 mg ou 500 mg	2 g dose única

⁶Orientações clínicas dos MSF ou protocolo nacional relevante utilizado pelos MSF no contexto.

⁷ Utilizando 2 g azitromicina dose única, o paciente fica protegido relativamente à sífilis em período de incubação e pós-incubação. Assim, não existe necessidade de realizar o teste da sífilis para determinar se é necessária profilaxia ou tratamento. Se o paciente apresentar úlceras genitais, deve receber 2 g azitromicina como dose única independentemente das horas que passaram desde a violação (ou, em alternativa, benzilpenicilina benzatínica IM: 2,4 MUI como dose única).

CRIANÇAS (< 35 KG)			
Tratamento profilático para gonorreia, clamídia, sífilis			
Tratamento de primeira linha			
Medicamentos	5 a < 12 kg	12 a < 25 kg	25 a < 35 kg
ceftriaxona frasco 250 mg + azitromicina suspensão oral 200 mg/5 ml ou comprimido 250 mg	125 mg dose única + 20 mg/kg dose única	125 mg dose única + 500 mg dose única	125 mg dose única + 1 g dose única
Se ceftriaxona não disponível			
Medicamentos	5 a < 12 kg	12 a < 25 kg	25 a < 35 kg
cefixima suspensão oral 100 mg/5 ml ou comprimido 200 mg + azitromicina suspensão oral 200 mg/5 ml ou comprimido 250 mg	8 mg/kg dose única + 20 mg/kg dose única	200 mg dose única + 500 mg dose única	400 mg dose única + 1 g dose única

CRIANÇAS (< 35 KG)	
Tratamento profilático para tricomoníase	
Medic	Dosagem/Duração
tinidazol comprimido 500 mg	50 mg/kg (máx. 2 g) dose única
ou se tinidazol não disponível	
metronidazol suspensão oral 125 mg/5 ml ou 250 ou comprimido 500	15 mg/kg/dia em 3 doses 7 dias

Contraindicações

- A ceftriaxona e a cefixima estão contraindicadas em pacientes alérgicos às penicilinas (alergia cruzada a cefalosporinas em 5-10% dos casos).
- Sem contraindicações para cefalosporinas e azitromicina em mulheres grávidas e a amamentar.
- Para mulheres grávidas e a amamentar, o tinidazol ou o metronidazol tem de ser dividido em doses mais pequenas.

Efeitos adversos

Sintomas gastrointestinais, especialmente vômitos; dores de cabeça, tonturas, reação alérgica (erupção cutânea, prurido, febre).

Precauções

- **A PPE é prioritária.**
- Se o paciente estiver a tomar CE e/ou PPE, atrase o tratamento de IST algumas horas, principalmente se o paciente tomar 2 g de azitromicina (sabe-se que esta dose provoca vômitos).
- Se o paciente vomitar no prazo de 2 horas depois de receber o tratamento, a dose deve ser repetida.

FOLHA 3: GESTÃO DE GRAVIDEZ INDESEJADA

A violação pode resultar em gravidez. Uma garota/mulher que tenha sido vítima de violência sexual poderá querer saber se ficou grávida como resultado da violação ou se estava grávida no momento da violação, especialmente se estiver a ponderar uma interrupção da gravidez ou entregar a criança para adoção.

No entanto, a determinação da gravidez **NÃO é um pré-requisito para:**

- **Utilizar contraceptivos de emergência**, pois estes não prejudicam uma gravidez preexistente (Folha 4).
- **Uma interrupção da gravidez** solicitada pela mulher, já que esta é oferecida independentemente de a gravidez resultar da violação ou não (Folha 5).

Na ausência de sinais clínicos de gravidez, pode estar indicada a realização de um teste de gravidez, mas este é limitado na sua capacidade de prever se uma gravidez é resultado de violação ou não.

Teste de gravidez	Momento de realização do teste	Conclusão e informação à paciente
Positivo	< 2 semanas após a violação	Está grávida? SIM A gravidez é resultado da violação? NÃO É muito pouco provável que a gravidez seja resultado da violação.
	> 2 semanas após a violação	Está grávida? SIM A gravidez é resultado da violação? DESCONHECIDO Em pacientes sexualmente ativas, não é possível determinar se a gravidez é resultado da violação ou não.
Negativo	2 semanas após a violação	Está grávida? DESCONHECIDO Repetir teste 2 e 6 semanas depois.

Os profissionais de saúde devem estar conscientes de que estar grávida neste momento, e decidir o que fazer acerca disso, poderá ser muito difícil a nível emocional para a paciente, que poderá necessitar de apoio e aconselhamento:

- Se a paciente desejar prosseguir com a gravidez, deverá ser ofertada a assistência pré-natal e de obstetrícia habitual.
- Se a paciente desejar interromper a gravidez: fornecer informação sobre critérios e possíveis métodos para a interrupção de acordo com a sua situação (Folha 5) e abordar e suprir futuras necessidades de contraceção.
- Se a paciente não desejar ficar com o bebê nem interromper a gravidez: Assegurar o acompanhamento da gravidez nos cuidados pré-natais e reencaminhar a paciente para uma organização (religiosa, grupos de mulheres, ONG, orfanato) tendo em vista a posterior adoção.

FOLHA 4: CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA (CE)

A CE NÃO é um método de aborto e é permitida em praticamente todos os países. A CE deve ser discutida com todas as rapariga/mulheres em idade reprodutiva, desde os primeiros sinais de puberdade ou a partir do primeiro período menstrual.

4.1 Métodos

Existem dois tipos de contraceção de emergência:

- **Pílula contracetiva de emergência (PCE)**
- **Dispositivo intrauterino (DIU)**

Antes de ser tomada uma decisão sobre o método de CE, é útil determinar se a paciente já estava grávida (Folha 3). Se não for possível determinar a gravidez:

- A PCE NÃO irá prejudicar uma gravidez estabelecida.
- O DIU é contra-indicado, pois pode prejudicar uma gravidez estabelecida.

A paciente deve ser aconselhada a regressar à clínica se tiver qualquer dúvida sobre a CE, necessitar de tempo para refletir ou se não tiver o seu período menstrual no prazo de 21 dias depois de tomar a CE. Este último caso poderá indicar que está grávida e necessitará de assistência médica adicional.

4.2 Pílula contracetiva de emergência

A PCE pode efetivamente evitar uma gravidez nas primeiras 72 horas após uma relação sexual desprotegida. Entre as 72 e as 120 horas (5 dias), deverá continuar a ser oferecida a PCE, mas a sua eficácia ficará reduzida para menos de 50%.

Pílulas contracetivas de emergência					
Medicamentos	Nomes das marcas	Dosagem	Posologia	Duração	Número de comprimidos
levonorgestrel	Levonelle, Norlevo, PlanB, Postinor-2, Vikela	0,75 mg	1,5 mg	Dose única (ou 2 x 1 comprimido com intervalo de 12 h)	2

Considerações

- As doses aplicam-se a mulheres com peso corporal ≤ 75 kg.
- Recomenda-se uma dose a dobrar de CE (3 mg levonorgestrel) em pacientes que tomem um medicamento indutor das enzimas: por ex., antirretrovirais como o efavirenz (EFZ) ou a rifampicina.
- Se for ofertada PPE à paciente, recomenda-se uma dose a dobrar de CE (3 mg levonorgestrel). As pílulas de CE são mais eficazes se forem administradas 2 horas antes do início da PPE.

§ Existem medicamentos especialmente embalados para contraceção de emergência, mas não estão disponíveis em todos os países.

Aconselhamento e acompanhamento para a PCE

- Não existem contraindicações para a utilização da PCE.
- Discuta os possíveis efeitos adversos e o efeito das pílulas no próximo período menstrual. As PCE não evitam gravidezes resultantes de relações sexuais que ocorram após a sua utilização.
- A PCE pode ser utilizada uma segunda vez no mesmo ciclo menstrual. Não existe limite para o número de vezes que uma mulher pode tomar PCE ao longo da vida.
- Aconselhe a utilização de preservativo.
- Discuta as necessidades contraceptivas futuras e atue em conformidade.

PCE alternativas

Se não estiverem disponíveis PCE pré-embaladas no local onde se encontra, a contraceção de emergência pode ser fornecida utilizando **pílulas contraceptivas orais normais**:

- Regime com levonorgestrel isolado (maior eficácia e menos efeitos adversos, mas um maior número de pílulas)
ou
- Regime combinado estrogénio-progestágeno (Yuzpe) 2 doses num intervalo de 12 horas.

Contraceptivos orais normais para utilização como contraceptivos de emergência			
Medicamentos	Nomes das marcas	Dosagem	Número de comprimidos
levonorgestrel (só progestágeno)	Microlut, Microval, Norgeston	3 mg	50 dose única
	Ovrette	37,5 µg	40 dose única
combinado (estrogénio- progestágeno)	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovrán, Tetragynon/PC-4, Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	EE 50 µg + LNG 250 µg ou EE 50 µg + LNG 500 µg	2 (e outros 2 após 12 horas)
	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	EE 30 µg + LNG 150 µg ou EE 30 µg + LNG 300 µg	4 (e outros 4 após 12 horas)
EE = etinilestradiol		LNG = levonorgestrel	

Efeitos adversos

- Náuseas: para reduzir o risco de náuseas, aconselhe a paciente a ingerir alimentos antes de tomar as pílulas.
- Vômitos: se a mulher vomitar no prazo de 2 horas depois de tomar PCE, deve tomar outra dose (e deve ser ponderado adicionar um antiemético). Se os vômitos ocorrerem **mais** de 2 horas depois de tomar PCE, não necessita de tomar pílulas adicionais.
- Informe a paciente que o seu próximo período menstrual poderá começar vários dias antes ou depois do esperado. Se o seu próximo período for muito diferente do habitual, poderá regressar para uma consulta.
- Discuta as opções de uma possível gravidez se não ocorrer menstruação no prazo de 21 dias, ou entre 5 a 7 dias depois da data esperada, se souber a data. Dê instruções à paciente para regressar se a dores de cabeça, as tonturas ou a dor

abdominal persistirem durante mais de 1 semana depois de tomar a PCE.

4.3 Dispositivo intrauterino (DIU)

A eficácia do DIU com cobre é imediata após a inserção. Este método é altamente eficaz para evitar a gravidez, se a paciente se apresentar **no prazo de cinco dias** após a agressão, caso não houvesse gravidez conhecida antes da violação.

Quando for possível estimar a data da ovulação, pode ser colocado um DIU na paciente até 5 dias após a ovulação (tenha em conta que, por vezes, a ovulação que conduz à gravidez pode ocorrer *depois* da relação sexual).

A paciente deve ser aconselhada e o DIU colocado por um profissional médico qualificado. Se for colocado um DIU, garanta a administração do tratamento de IST completo (Folha 2).

O DIU pode ser removido no próximo período menstrual da mulher ou mantido como contraceção.

Contraindicações

- Gravidez conhecida ou suspeita antes da violação.
- Infecção genital ativa: endometrite pós-parto, cervicite purulenta com clamídia ou gonorreia, etc.
- Aborto pós-sético imediato.
- Hemorragia vaginal não explicada.
- Neoplasia ginecológica: cancro do colo do útero não tratado; cancro do endométrio, etc.
- Distorção da cavidade uterina (qualquer anomalia que interfira com a colocação do DIU).
- Doença trofoblástica gestacional maligna atual.

Efeitos adversos

- Alterações nos padrões de hemorragia (especialmente nos primeiros 3 a 6 meses), incluindo: hemorragia mensal prolongada e intensa, hemorragia irregular, aumento das cólicas e dores durante a menstruação mensal.
- Aborto espontâneo, nascimento pré-termo ou infeção nos casos raros em que a mulher engravida com o DIU colocado.
- Risco de perfuração durante a colocação (raro) e doença inflamatória pélvica (raro).

FOLHA 5: INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ (IVG)

As vítimas de violação podem apresentar-se demasiado tarde para a contraceção de emergência (mais de 120 horas) ou a CE poderá não resultar. Se a vítima estiver grávida e solicitar a interrupção da gravidez, informe-a sobre os critérios e métodos para a IVG.

A política dos MSF estipula a realização de IVG, ou então o reencaminhamento⁹ da mulher para um prestador de qualidade, como parte do esforço da organização para minimizar a mortalidade e o sofrimento maternos. A interrupção da gravidez a pedido nos projetos dos MSF pode ser realizada até ao final do terceiro trimestre¹⁰.

Em contextos em que a legislação relativa a IVG seja restritiva, a missão deve estar bem informada sobre o assunto e ter em conta a lei, a sua interpretação habitual e potenciais implicações de realizar IVG - nomeadamente em relação à segurança da paciente e do pessoal médico.

5.1 Métodos (até às 12-14 semanas)

Métodos	Observação	Vantagens/Desvantagens
Médico (misoprostol, mifepristona)	A sensibilidade da musculatura uterina ao misoprostol aumenta progressivamente com a evolução da gravidez → o risco de hemorragia excessiva aumenta após as 9 semanas de gestação	<i>Vantagens:</i> não invasivo, sem anestesia, menos dores <i>Desvantagens:</i> hemorragia, câibras, náuseas, incerteza, várias visitas para acompanhamento
Aspiração por vácuo manual (AVM)	É também o tratamento de eleição para abortos espontâneos incompletos	<i>Vantagens:</i> mais rápido, resultado mais certo, anestesia local <i>Desvantagens:</i> invasivo
Dilatação e curetagem	Apenas quando não são aplicáveis outros métodos	<i>Vantagens:</i> mais rápido, resultado mais certo <i>Desvantagens:</i> invasivo, anestesia geral, necessidade de um cirurgião/obstetra qualificado, risco de perfuração uterina/cervical, risco de infeção

5.2 Aconselhamento e acompanhamento

- Explique as opções e os procedimentos de IVG (o que esperar, efeitos adversos, etc.)¹¹
- A paciente deve ser aconselhada a utilizar um preservativo com todos os parceiros durante um período de 6 meses (ou até que tenha sido determinado o seu estado de sífilis/VIH).
- Deve ser discutido¹² e fornecido um método contraceptivo.

⁹ O reencaminhamento de pacientes para outro prestador de cuidados de saúde requer que os MSF validem o prestador, garantam o acesso (incluindo pagando os custos associados) e efetuem o acompanhamento da paciente.

¹⁰ Em casos excecionais, pode ser considerada a IVG numa fase gestacional mais avançada. As condições de assistência e os métodos diferem.

¹¹ Interrupção da gravidez, Fev. 2008.

¹² Pode ser colocado imediatamente um DIU após um aborto médico ou AVM.

FOLHA 6: PROFILAXIA DO TÉTANO

Todos as pacientes devem ser imunizados contra o tétano, exceto se conseguirem demonstrar já estarem totalmente imunizadas.

Indicação

A prevenção do tétano no tratamento de feridas depende do risco e do estado de vacinação pré-exposição:

- **Vacina antitetânica:** qualquer pessoa que se apresente com fissuras na pele ou nas mucosas, com base no estado de imunização.
- **Imunoglobulina antitetânica humana (HTIG):** em caso de feridas sujas, pois existe um risco elevado de tétano, exceto se o paciente estiver totalmente imunizado. Oferecer HTIG a pacientes não imunizados ou com imunização incompleta ou a pacientes cujo estado de imunização é desconhecido, em combinação com a vacina antitetânica.

Dosagens e esquema

Vacina antitetânica

Crianças e adultos¹³: 0,5 ml/injeção IM

As duas primeiras doses (dia 0 e dia 30) são prioritárias, já que oferecem proteção de potenciais infecções relacionadas com lesões causadas pela agressão. No entanto, duas doses isoladas são de curta duração.

O paciente deve consultar a estrutura de saúde existente onde é fornecida regularmente a vacinação antitetânica para receber as três doses adicionais (TT3, TT4 e TT5) necessárias para alcançar uma proteção duradoura.

Esquema de vacinação antitetânica (crianças e adultos)			
Dose	Esquema	Eficácia de proteção	Duração da proteção
TT1	Dia 0	0%	Nenh
TT2	Dia 30 (≥ 28 dias após TT1)	80%	1 a 3 anos
TT3	6 meses após TT2	95%	5 anos
TT4	1 ano após TT3	99%	10 anos
TT5	1 ano após TT4	99%	10 anos

¹³ As crianças com ≤ 6 anos que tenham tomado DTP-Hib-HepB já estão protegidas e não necessitam de proteção TT adicional.

HTIG

Crianças e adultos: 250 unidades internacionais (UI) em 1 ml por injeção IM na região deltoide ou dos glúteos (nádega).

Se tiverem decorrido mais de 24 horas entre o ferimento e a assistência médica, administrar 500 UI. Se a TT e a HTIG forem administradas ao mesmo tempo, devem ser utilizadas agulhas, seringas e locais de injeção diferentes.

Esquema da vacina antitetânica e da HTIG				
RISCO	Vacinação completa (≥ 3 doses) Tempo desde a administração da última dose:			Vacinação incompleta (< 3 doses) ou sem vacinação/estado de vacinação desconhecido
	< 5 anos	5–10 anos	> 10 anos	
Feridas pequenas, limpas	nenhuma	nenhuma	TT: um reforço	Iniciar* ou completar TT
Feridas sujas, significativas (feridas profundas, perda substancial de tecido, corpos estranhos, necrose)	nenhuma	TT: um reforço	TT: um reforço	Iniciar* ou completar TT E administrar HTIG

*Pelo menos 2 doses administradas com 4 semanas de intervalo. Para uma imunidade duradoura, adicionar 3 doses adicionais.

Contraindicações, efeitos adversos, precauções

- Não administrar a pacientes com alergia conhecida à vacina antitetânica ou HTIG.
- Pode causar uma reação local rara e ligeira: vermelhidão e dor no local da injeção.
- Sem contraindicações em mulheres grávidas e a amamentar e em casos de infecção por VIH sintomática ou assintomática.

Conservação

- Entre 2 e 8 °C (nunca congelar).
- Após a abertura, o frasco de 10 doses (com tampa de borracha) da vacina pode ser conservado entre 2 e 8 °C durante 4 semanas¹⁴.

¹⁴ Declaração de política da OMS: A utilização de frascos multidoses abertos de vacina em sessões de imunização posteriores (2000).

https://www.spc.int/phs/pphsn/Outbreak/Vaccine_Management/WHO_-_Multi_Dose_Vial_Policy.pdf

FOLHA 7: PROFILAXIA DA HEPATITE B

A transmissão da hepatite B é significativamente maior do que a do VIH. Deve ser oferecida a todos os pacientes a profilaxia da hepatite B assim que possível após o incidente, preferencialmente no prazo de 24 horas, mas também até 6 meses após a agressão.

Nos adultos saudáveis < 40 anos, a vacina contra a hepatite B induz uma resposta de anticorpos protetora em cerca de 30 a 55% após a primeira dose, em 75% após a segunda dose e em mais de 90% após a terceira dose. A resposta à vacina diminui em idades mais avançadas (resposta de anticorpos de aprox. 75% aos 60 anos). A série de vacinação primária (3 doses) pode evitar a infecção durante mais de 20 anos; neste momento, não é recomendada uma dose de reforço.

A dose recomendada varia conforme a idade e o estado imunológico.

O conhecimento do estado imunitário não é um pré-requisito para iniciar imediatamente a vacinação contra a hepatite B. A realização do teste não é uma prioridade, mas é possível em contextos específicos (por ex., urbano).

Dosagens e esquema

Crianças^{15,16}: 10 µg e adultos: 20 µg

Em pacientes seropositivos, é necessária uma dose a dobrar (40 µg) para alcançar uma proteção adequada.

A vacina é administrada por injeção IM no aspeto ântero-lateral da coxa (crianças < 2 anos) ou no músculo deltoide (adultos e crianças mais velhas). Não é recomendada a administração na nádega, pois a reação imunitária é insuficiente.

A vacina não interfere com a resposta imunitária a qualquer outra vacina e pode ser administrada em simultâneo com outras vacinas. Pode ser administrada ao mesmo tempo que a vacina antitetânica, mas não combinar as vacinas na mesma seringa e garantir que são utilizados locais de injeção diferentes.

O esquema acelerado abaixo proporciona uma imunidade protetora precoce, que dura até 1 ano. Para uma proteção vitalícia, avise o paciente que é necessário um reforço após 1 ano.

¹⁵ Para a vacina contra a hepatite B, um paciente é considerado criança quando tem idade < 10 anos. No entanto, consulte as informações do medicamento para confirmar, pois existem algumas diferenças entre empresas.

¹⁶ As crianças com ≤ 6 anos que tenham tomado DTP-Hib-HepB já estão protegidas e não necessitam de proteção TT adicional.

Esquema de vacinação contra a hepatite B (crianças e adultos)	
HBs1	Dia 0
HBs2	Dia 7 (≥ 7 dias após HBs1)
HBs3	Dia 28 (≥ 14 dias após HBs2)
HBs4	12 meses após HBs3

Contraindicações, efeitos adversos, precauções

- Não administrar a pacientes com história de reação de hipersensibilidade a qualquer componente da vacina.
- Pode causar:
 - Reações locais menores ou sistêmicas: dor ou vermelhidão no local da injeção, febre, dores de cabeça, mialgia, etc.;
 - Muito raramente: reação anafilática, reação tipo doença do soro, linfadenopatia, neuropatia periférica.
- Avaliar o risco/benefício em caso de esclerose múltipla conhecida.
- Sem contraindicação na gravidez e amamentação e em casos de infecção por VIH sintomática ou assintomática.

Conservação

- Entre 2 e 8 °C (nunca congelar).
- Após a abertura, o frasco de 10 doses (com tampa de borracha) da vacina pode ser conservado entre 2 e 8 °C durante 4 semanas¹⁷ (ver política do frasco aberto).

¹⁷ Ver declaração de política de frasco aberto (página 15, nota de rodapé 13)

FOLHA 8: TRATAMENTO DE LESÕES FÍSICAS

Frequentemente, os pacientes sofrem feridas, cortes e hematomas como consequência da violência. Garanta o **consentimento do paciente**¹⁸ antes de realizar qualquer exame físico (incluindo vaginal, anal, mama). Relativamente as menores de idade, o consentimento pode (e deve) ser dado por um representante legal, no entanto, a criança não pode ser examinada contra a sua vontade; a sua autorização também é necessária e anotada no ficheiro clínico.

8.1 Situação de risco de vida

- Se estiver presente hemorragia grave (incluindo do trato genital ou do reto) após a violação, o paciente deve ser estabilizado (para evitar ou corrigir o choque hipovolémico) e, se necessário, submetido a uma transfusão.
- Em caso de feridas graves do trato genital, do reto ou da boca, dependendo da estrutura de saúde, pode ser efetuado rapidamente um exame sob anestesia (quetamina) para parar a hemorragia ativa e enfaixar a vagina e/ou o reto.
- Se a hemorragia persistir (após este procedimento ou se não for possível efetuar o exame sob anestesia), é provável que os danos sejam extensos e, depois de estabilizado, o paciente deve ser imediatamente reencaminhado para cirurgia (com os membros da família como potenciais dadores de sangue, segundo o contexto).

8.2 Tratamento geral de feridas¹⁹

O objetivo do tratamento de feridas é garantir a cura rápida das feridas e evitar a infeção, complicações e sequelas. Trate as feridas de acordo com os princípios gerais de tratamento cirúrgico de feridas:

- Limpe os estiramentos, cortes e abrasões e remova os corpos estranhos, fezes ou os tecidos mortos ou danificados.
 - Limpe a ferida com cloreto de sódio 0,9%, começando na zona mais limpa da ferida e progredindo para a mais suja.
 - Determine se existe alguma ferida que necessite de suturas.
 - As feridas limpas devem ser suturadas no espaço de 6 horas - 24 horas no caso de feridas no rosto, couro cabeludo, membros superiores e mãos - após este período, a cura ocorre por intervenção secundária ou sutura primária tardia.
 - Não suture feridas sujas.
- Para obter mais informações, consulte as *Orientações clínicas dos MSF*.
- Mude os curativos a *cada 3 dias*. Só é necessário mudar com mais frequência *com indicação* (aumento da dor ou vermelhidão à volta da ferida; mau cheiro; ferida com exsudação).
 - Utilize antibióticos, se indicado.
 - Forneça analgésicos como procedimento de rotina. Se necessário, forneça analgésicos adicionais *a pedido*.
 - Assegure a vacinação antitetânica (Folha 6).

¹⁸ O consentimento do paciente é anotado no ficheiro clínico, pode ser uma caixa assinalada ou uma declaração assinada.

¹⁹ Assegure a gestão da dor para o exame físico, especialmente nas crianças.

8.3 Feridas vaginais

Feridas superficiais e não penetrantes

Siga os mesmos princípios de tratamento de feridas indicados acima. A vagina é vascular; se for necessário desbridamento, proceda com precaução. Normalmente, as feridas superficiais curam rapidamente de forma espontânea, sem tratamento tópico.

Feridas profundas

Irrigue-as abundantemente com cloreto de sódio a 0,9%.

Fístula vesicovaginal ou retovaginal

As violações violentas e a inserção de objetos na vagina causam ferimentos graves. Isto pode causar uma fístula (uretro-) vesicovaginal (FVV) ou uma fístula retovaginal (FRV) ou uma combinação de ambas.

Na ausência de um especialista com formação específica em cirurgia de fístulas, as equipas de campo *sem* experiência de fístulas, mas com aptidões cirúrgicas básicas, podem tomar medidas simples que podem ser benéficas *para algumas* pacientes com traumatismos não complicados:

- Insira um cateter contínuo para efetuar a ligação até estar disponível um cirurgião especialista (centro de reenaminhamento ou equipa de fístulas dos MSF), desde que a fístula pareça reduzir de diâmetro. Verifique semanalmente. Na prática, a cura espontânea não deverá demorar mais de 4-6 semanas, caso contrário, será necessário realizar uma cirurgia.
- Trate a anemia, qualquer infeção simultânea e um estado nutricional fraco, pois estas condições afetam negativamente o processo de cura espontânea da fístula.
- Proporcione uma ingestão oral de fluidos de 4-6 litros por dia. A urina produzida deve ser incolor e inodora.
- Promova a mobilização da paciente com *qualquer* tipo de fístula, pois isso irá facilitar a drenagem de urina e de fezes.
- Não são necessários antibióticos como procedimento de rotina, exceto se indicado - por exemplo, em caso de sépsis ou possível imunossupressão.
- Se possível, debride sob anestesia geral, seguindo os princípios gerais de tratamento de feridas – tendo em conta a delicadeza dos procedimentos intravaginais, em particular para uma vítima de violência sexual.

8.4 Feridas anorretais

Feridas e lacerações superficiais

As feridas e lacerações superficiais podem ser limpas com cloreto de sódio a 0,9%. Forneça analgésicos. Não é necessário tratamento com antibiótico.

Feridas profundas com envolvimento do esfíncter anal

Estas feridas são de difícil acesso. Se houver evidências ou dúvidas sobre lesões do esfíncter anal, o paciente deve ser rapidamente transferido para uma instalação cirúrgica. As feridas podem ser limpas, analgésicos administrados, sem tratamento com antibiótico.

Perfurações retais

Perfurações do reto são situações com risco de vida (causam abdómen agudo séptico). Os pacientes devem ser reencaminhados de urgência após a estabilização (substituição de fluidos intravenosa) e terapêutica com antibióticos (amoxicilina/ácido clavulânico + metronidazol + gentamicina).

Tenha em conta que as lesões no ânus e no reto são de difícil abordagem para o pessoal não cirúrgico, mesmo sob anestesia. Em caso de dúvida, é sempre melhor reencaminhar.

8.5 Feridas na boca

Feridas e lacerações superficiais

Limpe com cloreto de sódio a 0,9%.

Feridas mais profundas

As feridas mais profundas podem ser suturadas com uma sutura reabsorvível. Administre tratamento com antibiótico.