

**Protocolo de Atenção  
às Vítimas de Violência Sexual  
do Município de Florianópolis**



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Diretoria de Atenção Primária  
Gerência de Programas Estratégicos  
Programa Saúde da Mulher

# **Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis**

Tubarão, 2010

**Copiar**  
GRÁFICA  
EDITORA

## Instituições Participantes

### 1. Prefeitura Municipal de Florianópolis

Secretaria Municipal de Saúde  
Capital Criança  
Programa Saúde da Mulher  
Capital Idoso  
Gerência dos Centros de Atenção Psicossocial  
Programa Municipal de DST/Aids

Secretaria Municipal de Assistência Social  
Centro de Referência Especial de Assistência Social - CREAS  
Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos em Situação de Ameaça ou Violação de Direitos - PAEFI / Serviço Sentinela

### 2. Conselhos Tutelares

Conselho Tutelar Insular  
Conselho Tutelar Continente  
Conselho Tutelar Norte da Ilha

### 3. Universidade Federal de Santa Catarina

Departamentos de Ensino  
Hospital Universitário

### 4. Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão

6ª DP - Delegacia de Proteção à Mulher, à Criança e ao Adolescente Instituto Geral de Perícias – IGP:  
- Instituto Médico Legal – IML  
- Instituto de Análises Forenses - IAF  
- Instituto de Criminalística – IC  
Centro de Atendimento à Vítima de Crime - CEAV

### 5. Secretaria de Estado da Saúde

Maternidade Carmela Dutra  
Hospital Infantil Joana de Gusmão  
Hospital Nereu Ramos  
Programa Saúde da Mulher  
Gerência de DST/Aids  
Gerência de Imunização

---

## Ficha Catalográfica

### **Capa, Projeto Gráfico e Diagramação:**

Cláudio José Girardi

### **Impressão:**

Gráfica e Editora Copiart  
Rua São João, 247 - Morrotes  
Tubarão - Santa Catarina  
copiart@graficacopiart.com.br  
Fone: 48 3626 4481

F 66

Florianópolis. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Mulher.  
Protocolo de atenção as vítimas de violência sexual do Município de Florianópolis. / Secretaria Municipal de Saúde.  
- - Tubarão : Ed. Copiart, 2010.  
72 p. : il. color. ; 26 cm.  
ISBN 978-85-99554-41-8

1. Violência sexual. 2. Crime sexual. 3. Segurança Pública - Florianópolis. I. Título.

CDD (21. ed.) 364.153

Elaborada por: Sibele Meneghel Bittencourt – CRB 14/244

**Prefeito**  
Dário Elias Berger

**Secretário de Saúde de Florianópolis**  
João José Cândido da Silva

**Secretário Adjunto**  
Clécio Antônio Espezim

**Diretor de Atenção Primária**  
Carlos Daniel Moutinho Junior

**Gerência de Programas Estratégicos**  
Márcia Sueli Del Castanhel

**Comissão de Estudo da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual**

**Coordenação:**

**Coordenação: Carmen Lucia Luiz**

Anna Paula de Macedo Mota - Delegada de Polícia  
Arlene Denise Souza - Médica  
Casimiro Pereira Júnior - Médico  
César Figueiredo Forte - Médico  
Dorival Antônio Vitorello - Médico  
Edith Ilza P. Esquivel - Enfermeira  
Fernanda Hermes - Advogada  
Gerson José Coelho - Médico  
Gilberto Ratene - Advogado  
Lilian Lisboa - Médica  
Luciane Silva - Psicóloga  
Margarete Fernandes Mendes - Enfermeira  
Maria Aparecida Conceição Correia - Assistente Social  
Maristela Campos - Técnica Criminalística  
Salette Laurici Marques Dias - Assistente Social  
Sandra Cristina da Silveira - Psicóloga  
Silvana Pereira - Enfermeira  
Simone B. Prates - Médica  
Vera Rodrigues da Silveira - Psicóloga

**Colaboradores(as):**

Carmen Lucia Luiz - Enfermeira  
Cecília Izé May - Enfermeira  
Cristina FortKamp - Inspetora de Polícia  
Edson Fedrizzi - Médico  
Edson Lemos - Médico  
Jaqueline Soar Cavalheiro Locks - Enfermeira  
Jeanine Varela - Enfermeira  
Júlio César Vidal Verdi - Médico  
Kátia Carvalho Figueiredo - Assistente Social  
Lilian Keli Rech - Assistente Social

Liliane Machado da Silva - Psicóloga  
Luciane Zappelini Daufenbach - Enfermeira  
Magali Chaves Luiz - Médica  
Maria Arlene Pagani - Educadora  
Mariza Pecoit - Psicóloga  
Ricardo Nascimento - Médico  
Rita de Cássia de Souza - Enfermeira  
Roberto Souza Moraes - Médico  
Rubens Vieira Nascimento – Químico

**Coordenação da Revisão**

Caroline Schweitzer de Oliveira – Enfermeira e  
Coordenadora da Rede de Atenção Integral às  
Vítimas de Violência Sexual

**Equipe Técnica de Revisão**

Alessandra Rosa Koehler – Perito Criminal Bioquímico  
Ana Aparecida Wolff Borges - Enfermeira da MCD  
Caroline Schweitzer de Oliveira  
Daniela R. Maes – Médica Ginecologista e Obstetra da MCD  
Ivânia Terezinha Pirola Cardoso - Enfermeira do HNR  
Karolina de Souza – Assistente Social do CEAV  
Lígia S. Dutra – Enfermeira HU  
Magali Chaves Luiz – Médica Infectologista do HNR  
Mariza Claire Mandelli Pecoits – Psicóloga Policial do IML  
Michelle Vecchi – Psicóloga Policial  
Nelson Biacchi Junior – Perito Criminal Bioquímico  
Renata Nunes – Assistente Social do Sentinela  
Sandra Rachadel Torres – Perito Criminal Bioquímico  
Silvana Melo de Oliveira – Perita Médica legista  
Soraya Casagrande – Psicóloga do Sentinela

VERSÃO REVISADA AGOSTO 2010



## ***Apresentação***

O Ministério da Saúde elaborou, no ano de 1999, a Norma Técnica intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” com o objetivo de fornecer subsídio técnico para que os municípios possam estruturar uma rede de serviços para atendimento às vítimas de violência sexual.

O referido documento recomenda que “a implantação desse atendimento nos estados e municípios brasileiros deva 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” (MS, 1999). Diante disso, a Prefeitura de Florianópolis, através da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria da Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, reuniu profissionais das esferas municipal, estadual, federal e não governamental, representando as áreas da saúde, segurança pública, justiça e desenvolvimento social, a fim de formarem uma comissão para estudo e viabilização de tal serviço.

Nesse contexto, através dos estudos realizados, a comissão avaliou ser necessário a reestruturação e ampliação dos serviços ora prestados, bem como a imperiosa necessidade de organizá-los em rede com vistas à melhoria da qualidade e formação de banco de dados, onde a realidade do processo de vitimização sexual (notificada) no município possa ser quantificada visando medidas preventivas.

A comissão considerou igualmente importante a ampliação da clientela a ser

atendida na rede, ou seja, garantindo, além do atendimento de mulheres e adolescentes, como prevê a norma técnica, a inclusão de crianças, além de considerar as vítimas nos gêneros feminino e masculino.

O resultado desse estudo, e sua implementação, encontra-se nas páginas seguintes.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'J' followed by several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

**João José Cândido da Silva**

Secretário de Saúde de Florianópolis





Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria da Saúde e Desenvolvimento  
Social  
Programa Capital Criança

**TERMO DE ADESÃO AO PROTOCOLO  
DE ATENÇÃO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL  
NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

A Prefeitura de Florianópolis, representada neste ato pela Secretaria da Saúde e do Desenvolvimento Social, a Secretaria de Estado da Segurança Pública, a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania e a Universidade Federal de Santa Catarina, **considerando**

- ♦ ser a violência uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente na população jovem e, sendo a violência sexual uma das faces da violência que atinge em especial as mulheres, com consequências drásticas sobre suas vidas,
- ♦ que o enfrentamento da violência sexual exige a efetiva integração de diferentes setores para a realização de um trabalho em rede,
- ♦ a necessidade do trabalho integrado para conferir maior visibilidade ao problema de forma a permitir a implantação de estratégias mais amplas de combate ao mesmo,

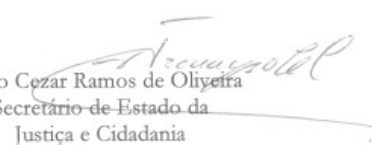
**Resolvem:**

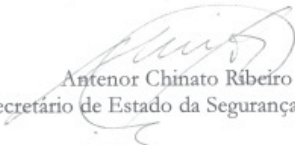
Formalizar neste instrumento, a adesão ao “Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis”, tendo como partes a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis, a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria de Estado da Segurança Pública, a Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania e a Universidade Federal de Santa Catarina, o qual passará a ter validade a partir da data de sua assinatura.

Florianópolis 4 de agosto de 2000.

  
Rodolfo Joaquim Pinto da Luz  
Reitor da Universidade Federal  
de Santa Catarina

  
João José Cândido da Silva  
Secretário de Estado da Saúde

  
Paulo Cezar Ramos de Oliveira  
Secretário de Estado da  
Justiça e Cidadania

  
Antenor Chinato Ribeiro  
Secretário de Estado da Segurança Pública

  
Angela Regina Heinzen Amin Helou  
Prefeita Municipal



## Sumário

|                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 Detalhamento dos Serviços na Rede .....</b>                       | <b>13</b> |
| 1.1 Segurança Pública.....                                             | 13        |
| 1.2 Saúde .....                                                        | 14        |
| 1.3 Apoio Psicossocial .....                                           | 14        |
| 1.4 Informação - Banco de Dados (RAIVVS) .....                         | 15        |
| <b>2 Das Competências .....</b>                                        | <b>16</b> |
| 2.1 Secretaria Municipal de Saúde .....                                | 16        |
| 2.2 Secretaria Municipal da Assistência Social .....                   | 17        |
| 2.3 Conselhos Tutelares.....                                           | 17        |
| 2.4 Secretaria de Estado da Saúde .....                                | 17        |
| 2.5 Universidade Federal de Santa Catarina .....                       | 18        |
| 2.5.1 Compete ao Hospital Universitário.....                           | 18        |
| 2.6 Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão..... | 19        |
| <b>3 Fluxograma .....</b>                                              | <b>21</b> |
| <b>4 Normatização do atendimento de saúde imediato à mulher</b>        |           |
| <b>vítima de violência sexual .....</b>                                | <b>23</b> |
| <b>5 Normatização do atendimento de saúde imediato à criança</b>       |           |
| <b>e adolescente vítimas de violência sexual .....</b>                 | <b>34</b> |

|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Anexos</b> .....                                                                                     | <b>47</b> |
| <b>Anexo I</b> .....                                                                                    | <b>47</b> |
| <i>Ficha de Notificação/ Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências</i> |           |
| <b>Anexo II</b> .....                                                                                   | <b>50</b> |
| <i>Ficha complementar de atendimento à vítima de violência sexual</i>                                   |           |
| <b>Anexo III</b> .....                                                                                  | <b>53</b> |
| <i>Procedimento operacional padrão de coleta e envio de material para o IAF/IGP</i>                     |           |
| <b>Anexo IV</b> .....                                                                                   | <b>57</b> |
| <i>Requisição de perícias laboratoriais – IGP/IAF</i>                                                   |           |
| <b>Anexo V</b> .....                                                                                    | <b>59</b> |
| <i>Termo de consentimento livre e esclarecido</i>                                                       |           |
| <b>Anexo VI</b> .....                                                                                   | <b>61</b> |
| <i>Formulário de Solicitação de Medicamentos</i>                                                        |           |
| <b>Anexo VII</b> .....                                                                                  | <b>63</b> |
| <i>Guia de Orientação aos Profissionais sobre a Medicação Anti-retroviral</i>                           |           |
| <b>Anexo VIII</b> .....                                                                                 | <b>65</b> |
| <i>Guia de Orientação a(ao) Paciente em uso do Anti-retroviral</i>                                      |           |
| <b>Anexo IX</b> .....                                                                                   | <b>68</b> |
| <i>Termo de encaminhamento - AMBULATORIAL</i>                                                           |           |
| <b>Anexo X</b> .....                                                                                    | <b>70</b> |
| <i>Termo de encaminhamento - PSICOLÓGICO, JURÍDICO E SOCIAL – CEAV</i>                                  |           |
| <b>Anexo XI</b> .....                                                                                   | <b>72</b> |
| <i>Termo de encaminhamento - SERVIÇO DE INFECTOLOGIA – HIJG</i>                                         |           |
| <b>Anexo XII</b> .....                                                                                  | <b>74</b> |
| <i>Termo de encaminhamento - SERVIÇO DE INFECTOLOGIA – HNR</i>                                          |           |
| <b>Anexo XIII</b> .....                                                                                 | <b>76</b> |
| <i>Lista de endereços para encaminhamentos</i>                                                          |           |
| <b>Anexo XIV</b> .....                                                                                  | <b>78</b> |
| <i>Normatização da interrupção legal da gestação</i>                                                    |           |

## ***1 Detalhamento dos Serviços na Rede***

A vítima de violência sexual poderá dar entrada em qualquer instituição pública ou privada das áreas da saúde, segurança, órgãos de proteção à infância ou de cunho social, porém somente algumas instituições compreenderão, por excelência, as Unidades de Referência da Rede de Atendimento.

Assim, é de fundamental importância que as demais instituições, bem como a sociedade no geral, sejam informadas sobre o atendimento em rede no Município, e efetuem o encaminhamento das vítimas às unidades de referência.

As Unidades de Referências estão organizadas por área de atuação.

### ***1.1 Segurança Pública***

As unidades de referência na área da segurança pública são responsáveis pelos encaminhamentos legais para criminalização dos agressores, como registro da ocorrência através do Boletim de Ocorrência Policial – BOP e abertura do inquérito policial, bem como a solicitação dos exames periciais.

- 6ª Delegacia de Polícia;
- Instituto Geral de Perícias:

- Instituto Médico Legal – IML;
- Instituto de Análises Forenses – IAF;
- Instituto de Criminalística – IC.

## **1.2 Saúde**

As unidades de referência na área da saúde são responsáveis pelo atendimento de saúde, orientação para prevenção das DST/Aids, acionamento da 6ª DP e conselho tutelar (se necessário) conforme detalhado nas normatizações do atendimento de saúde.

- Maternidade Carmela Dutra;
- Hospital Infantil Joana de Gusmão;
- Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago.

## **1.3 Apoio Psicossocial**

As unidades de referência em atendimento psicossocial são responsáveis pelo atendimento psicológico, social e jurídico às vítimas.

- CEAV – Centro de Atendimento à Vítima de Crime

Atendimento psicológico, social e jurídico às vítimas de violência sexual pertencentes a todas as faixas etárias.

- CREAS – Centro de Referência Especial de Assistência Social

Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos em Situação de Ameaça ou Violação de Direitos - PAEFI / Serviço Sentinela.

Atendimento psicológico e social especializado às crianças, adolescentes e suas famílias, com suspeita ou confirmação de violação de direitos, ou seja, por ocorrência de violência e ou exploração sexual, violência física, psicológica ou negligência.

### **1.4 Informação - Banco de Dados (RAIVVS)**

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis é a unidade de referência em banco de dados (RAIVVS) e é responsável pelo armazenamento e controle estatístico dos dados referentes aos atendimentos prestados na rede.

As instituições responsáveis pelo preenchimento dos formulários padronizados de atendimento às vítimas, serão responsáveis pela alimentação do banco de dados, que são as três unidades de referência em saúde: Maternidade Carmela Dutra, Hospital Universitário e Hospital Infantil Joana de Gusmão.

As Unidades de Referência em saúde, segurança e apoio psicossocial manterão estrito relacionamento com vistas a efetuar encaminhamentos entre si, garantindo atendimento integral à vítima.

## ***2 Das Competências***

### ***2.1 Secretaria Municipal de Saúde***

- Estruturar local e mobilizar recursos humanos para o funcionamento da Unidade de Referência em Informação - Banco de Dados (RAIVVS), fazendo a divulgação do local e horário de atendimento.
- Garantir recursos humanos para a Coordenação da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual - RAIVVS e da Comissão Permanente de Avaliação do Protocolo da RAIVVS.
- Organizar as informações encaminhadas à Unidade de Referência em Informação - Banco de Dados (RAIVVS), de forma estatística, a fim de facilitar o manuseio e possibilitar ações preventivas.
- O financiamento para elaboração dos formulários padronizados de atendimento e encaminhamento a serem utilizadas nas instituições da rede.
- O fornecimento dos medicamentos descritos na normatização de atendimento na área da saúde, com exceção da medicação ARV.
- A orientação dos profissionais da rede municipal de saúde quanto ao funcionamento da rede e das Unidades de Referência em Saúde para eventuais encaminhamentos.
- Promover a divulgação do Protocolo e da rede de atendimento no município de Florianópolis.



- Zelar pela garantia da implantação e efetivação dos serviços da rede, bem como a mobilização de recursos financeiros e ações políticas para continuidade dos atendimentos.

## **2.2 Secretaria Municipal da Assistência Social**

- Oferecer e garantir atendimento psicológico e social imediato às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias através do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos em Situação de Ameaça ou Violação de Direitos - PAEFI / Serviço Sentinela.
- O encaminhamento dos formulários de atendimento para a Unidade de Referência em Informação - Banco de Dados (RAIVVS) pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos em Situação de Ameaça ou Violação de Direitos - PAEFI / Serviço Sentinela.

## **2.3 Conselhos Tutelares**

- Acompanhar crianças e adolescentes no atendimento, nas unidades de referência em saúde, quando na falta do pai/mãe ou responsável legal.
- Caso o agressor seja o responsável legal, o conselho tutelar deverá comparecer na unidade de referência em saúde para prestar o acompanhamento e as providências legais e sociais cabíveis.
- Receber as notificações obrigatórias de violência contra crianças e adolescentes e tomar as providências legais e sociais cabíveis.

## **2.4 Secretaria de Estado da Saúde**

- Garantir recursos humanos capacitados para o atendimento nas Unidades de Referência em Saúde da rede estadual, quais sejam a Maternidade Carmela Dutra e o Hospital Infantil Joana de Gusmão.
- Garantir recursos humanos capacitados para o atendimento dos(as) pacientes

encaminhados(as) ao Hospital Nereu Ramos.

- A viabilização de área física apropriada, de preferência fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, de modo que seja garantida a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista o atendimento, conforme Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (BRASIL, 1999, 2005, 2010).
- Garantir acompanhamento médico ambulatorial às vítimas para realização dos exames de DST/Aids, gravidez e controle de medicação.
- Fornecer a medicação necessária para o cumprimento das normatizações da área da saúde, das Unidades de Referência em Saúde: Maternidade Carmela Dutra e Hospital Infantil Joana de Gusmão.
- Encaminhamento dos formulários de atendimento para a Unidade de Referência em Informação - Banco de Dados (RAIVVS), pelas Unidades de Atendimento em Saúde - Maternidade Carmela Dutra e Hospital Infantil Joana de Gusmão.

## ***2.5 Universidade Federal de Santa Catarina***

- Incluir o tema violência sexual, assim como o protocolo, no conteúdo curricular (nas disciplinas já existentes) nos cursos de medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, pedagogia, direito, educação física e áreas afins.

### **2.5.1 Compete ao Hospital Universitário**

- Garantir recursos humanos capacitados(as) para atendimento na Unidade de Referência em Saúde.
- A viabilização de área física apropriada, de preferência fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, de modo que seja garantida a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o atendimento, conforme Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” (BRASIL, 1999 e 2005).
- Fornecer a medicação necessária para o cumprimento das normatizações

da área da saúde na Unidade de Atendimento Referência em Saúde - Hospital Universitário.

- Garantir acompanhamento médico ambulatorial às vítimas para realização dos exames de DST/Aids, gravidez e controle de medicação.
- Encaminhar os formulários de atendimento para a Unidade de Referência em Informação - Banco de Dados (RAIVVS), através da Unidade de Atendimento em Saúde - Hospital Universitário.
- Realizar a Interrupção Legal da Gestação.

## ***2.6 Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão***

- A capacitação de funcionários(as) para o correto atendimento e encaminhamento das vítimas de violência sexual com vistas à integração destas na rede.
- Garantir o comparecimento de representante da 6ª Delegacia, quando solicitado, às unidades de referência em saúde para efetuar registro de ocorrência de crime sexual, evitando o deslocamento da vítima à delegacia.
- Garantir que as vítimas e seus familiares recebam atendimento especializado, sendo encaminhadas para o Setor de Atendimento Psicológico da Delegacia e Cartório de Violência Sexual, se for o caso.
- Garantir que os exames de lesão corporal e/ou conjunção carnal também sejam feitos na unidade de atendimento em saúde, pelo(a) Perito(a) médico(a) legista do IML, este acionado(a) pela autoridade competente.
- Responsabilizar o Instituto Médico Legal – IML pela coleta e a entrega do material ao Instituto de Análises Forenses – IAF, nos casos de ter sido realizado Boletim de Ocorrência Policial (BOP).
- Responsabilizar o Instituto de Análises Forenses - IAF pela busca e armazenamento de material coletado da vítima (vaginal, anal, oral, vestes ou qualquer outro material, como preservativo), sendo este colhido por profissional da saúde (no caso de não ter sido realizado Boletim de Ocorrência Policial - BOP).

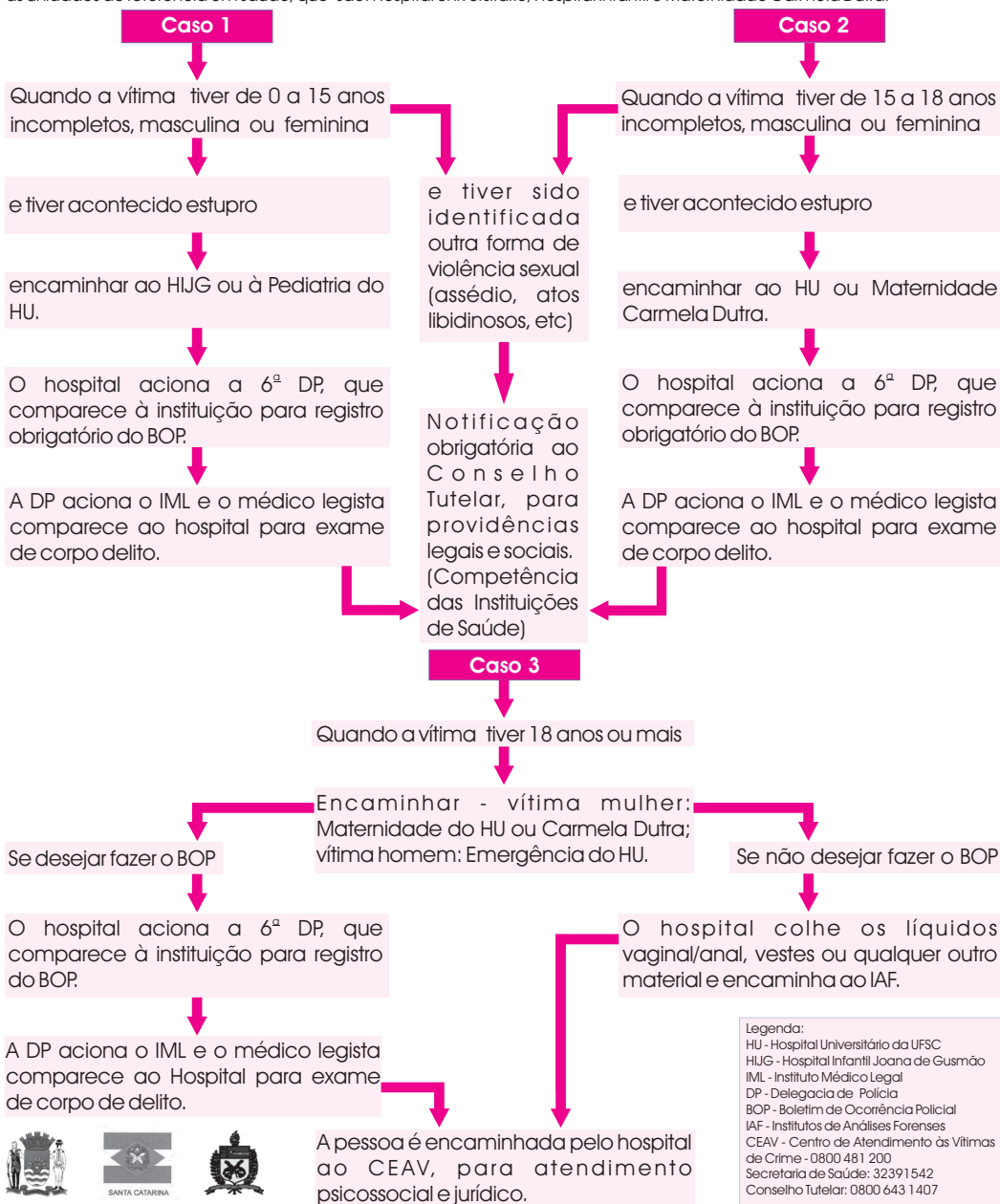
- Responsabilizar o Instituto de Análises Forenses - IAF pelo armazenamento de todos os materiais coletados.
- Fornecer, através do Instituto de Análises Forenses - IAF, o material de coleta para pesquisas de esperma, toxicológica e alcoolemia, juntamente com os protocolos operacionais padrão de coleta do Instituto.
- Oferecer condições de modo a garantir que o Instituto de Análises Forenses - IAF realize os exames de pesquisas de esperma, toxicológica e alcoolemia no material coletado nas Unidades de Referência em Saúde.
- Prestar, através do CEAV, atendimento psicossocial e jurídico às vítimas encaminhadas pela rede.

### ***3 Fluxograma***



## Fluxograma da Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual no Município de Florianópolis

**Porta de entrada das vítimas:** procura espontânea ou apresentada nas diferentes instituições (centro de saúde, delegacias, centros comunitários, etc). Deverão ser encaminhadas (no caso de adultos) e conduzidas (no caso de crianças e adolescentes) às unidades de referência em saúde, que são: Hospital Universitário, Hospital Infantil e Maternidade Carmela Dutra.



## ***4 Normatização do atendimento de saúde imediato à mulher vítima de violência sexual***

A paciente vítima de violência sexual poderá procurar o Serviço de Saúde através de duas maneiras:

### ***Encaminhada da 6ª DP - Delegacia de Proteção à Mulher, à Criança e ao Adolescente.***

Neste caso, a paciente já terá realizado o registro do Boletim de Ocorrência Policial (BOP) e o IML já deverá ter sido acionado pela própria Delegacia para comparecer na Unidade de Saúde.

### ***Procurar o Serviço de Saúde como primeiro atendimento.***

Os serviços de saúde de referência serão a Maternidade do HU ou a Maternidade Carmela Dutra. Neste caso, compete ao Serviço de Saúde:

- Acolhimento adequado da vítima por todos(as) os(as) profissionais envolvidos(as), evitando atitudes que possam levar à revitimização.
- Não higienizar, nem remover roupas ou secreções antes da coleta de material para identificação do agressor, a não ser que haja ameaça à vida.

- Abrir prontuário de atendimento ou fazer registro em livro próprio para este fim, onde cada paciente deverá receber um número de registro.

#### ***4.1 Quando a paciente tiver idade igual ou superior a 18 anos***

Orientar sobre a importância de realizar o Boletim de Ocorrência Policial, pois este é um direito de cidadania e evita a impunidade do agressor, embora não exista exigência legal para sua realização. Caso a paciente deseje efetuar o registro do BOP o(a) profissional de saúde deverá acionar a 6ª Delegacia de Polícia (Fone: 3228-3015) que comparecerá à unidade de saúde, para a realização do BOP e acionará o IML para realizar o exame na vítima. Se a paciente não desejar realizar o registro, sua vontade deverá ser respeitada, sem prejuízo ao atendimento integral de saúde ou aos encaminhamentos que se fizerem necessários.

#### ***4.2 Quando a paciente tiver idade entre 15 e 18 anos***

O registro do BOP é obrigatório assim como é compulsória a notificação ao Conselho Tutelar (Ilha: 3223-4340; Continente: 3244-5691; Norte: 3266 0243; Plantão 24 horas: 0800-6431407). E o atendimento integral de saúde, bem como, os encaminhamentos para o atendimento psicológico e jurídico.

#### ***4.3 Ficha de atendimento e notificação da violência sexual***

O preenchimento é obrigatório em todos os casos e de maneira completa, da Ficha de Notificação/Investigação Individual da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, (anexo I). Esta ficha servirá de fonte de informação para um laudo indireto do IML ou para um perito indicado em caso de ação judicial. Deverá ser encaminhada para o Banco de Dados (RAIVVS), conforme endereço na Lista de Endereços para Encaminhamentos (anexo XIII).

#### ***4.4 Ficha Complementar de Atendimento à Vítima de Violência Sexual***

Esta ficha servirá para o registro complementar das informações da paciente, re-



gistro rigoroso das lesões encontradas e principalmente para a garantia do registro de todos(as) profissionais envolvidos(as) no atendimento, (policial, médico(a) legista, se for o caso, conselheiro(a) tutelar), além dos encaminhamentos para atendimento psicossocial e jurídico (anexo X). **O preenchimento desta ficha é obrigatório.**

### **Exame Ginecológico e coleta de material**

Realização de exame ginecológico cuidadoso e com registro rigoroso das lesões encontradas deve-se utilizar o verso da Ficha Complementar de Atendimento à Vítima de Violência Sexual (anexo II), sem utilizar qualquer substância que possa prejudicar a coleta de material para identificação do agressor. É prudente convocar um(a) segundo(a) médico(a) para assessorar no exame. Se possível e se a paciente concordar, fotografar as lesões existentes.

## ***4.5 Coleta do material biológico da vítima***

A identificação de achados, como presença de espermatozóides, fosfatase ácida prostática e antígeno prostático específico (PSA), constituem provas médico-legais de grande importância na violência sexual, tanto para comprovação do crime, como para a identificação do agressor.

As pesquisas de espermatozóides, fosfatase ácida prostática e PSA serão realizadas por meio de material biológico coletado da vítima. Sendo detectada a presença de células espermáticas ou espermatozóides, este material poderá ser utilizado para análise de DNA.

Também poderá ser realizada a pesquisa toxicológica (álcool, drogas e fármacos), quando o(a) médico(a) legista julgar necessário, através de requisição expedida pela autoridade policial, por membros do Ministério Público ou do Poder Judiciário, nos casos em que for registrado o Boletim de Ocorrência Policial (BOP). Através do Procedimento Operacional Padrão de Coleta (anexo III).

### **4.5.1 Coleta**

A coleta de material biológico, o seu acondicionamento e a sua preservação, além dos procedimentos preliminares para exame de identificação humana ou equivalente,

devem obedecer às normas fixadas para esse serviço pericial, conforme PORTARIA nº. 504/GABS/SSP de 01 de agosto de 2006 e seus anexos. Em toda coleta de material biológico de pessoas vivas será lavrado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo V). A requisição de perícias laboratoriais (anexo IV) e o material coletado deverá ser encaminhado para o Instituto de Análises Forenses-IAF.

#### **4.5.2 Pesquisa de esperma**

Será feita por meio da coleta do conteúdo vaginal e/ou anal, através de swabs (anexo III). Além das secreções vaginal e anal, pode-se fazer a coleta de secreções na boca, na pele, sub-ungueal e, também encaminhar outros materiais contaminados por sêmen que podem ser periciados, como: calcinha utilizada pela vítima na hora da agressão, peças de roupas do agressor, assim como preservativos.

##### **Swabs**

- Devem ser submetidos à secagem, em temperatura ambiente, sem a utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol;
- Após a secagem, devem ser embalados individualmente em envelope de papel devidamente identificado, sendo o mesmo anexado à Requisição de Perícias Laboratoriais (anexo IV);
- Devem ser armazenados em geladeira (temperaturas de 2 a 8°C) por um período que não ultrapasse 24 horas; passando este período, os swabs devem ser armazenados em freezer.

##### **Roupas**

- Devem ser submetidos à secagem, em temperatura ambiente, sem a utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol;
- Após a secagem, devem ser acondicionadas individualmente em embalagens de papel;
- Podem ser armazenadas à temperatura ambiente.

##### **Preservativos**

- Devem ser acondicionados em frascos de coleta universal, devidamente

identificados e armazenados em freezer.

### **Em hipótese alguma**

- Acondicionar o material úmido em sacos plásticos que, por manterem a umidade, facilitam a proliferação de microorganismos que destroem células e DNA;
- utilize fixadores como álcool e formol, pela possibilidade dessas substâncias químicas desnaturarem o DNA.

### **4.5.3 Pesquisa toxicológica**

#### **Sangue**

Coletar 2 (dois) tubos de plástico com tampa rosqueada, contendo anticoagulante fluoreto de sódio, para pesquisa de álcool.

#### **Urina**

Coletar 1 (um) frasco universal de plástico com tampa rosqueada para pesquisa de drogas e/ou fármacos.

### **4.5.4 Encaminhamento do material coletado**

- Nos casos de violência sexual com registro de boletim de ocorrência policial (BOP), o Instituto Médico Legal - IML deverá ser acionado para a coleta do material da vítima de violência sexual, que posteriormente encaminhará o material coletado ao Instituto de Análises Forenses.
- Em se tratando dos casos de violência sexual em que não for registrado boletim de ocorrência Policial (BOP), a coleta será realizada pelo médico da unidade de saúde, que acionará o Instituto de Análises Forenses (IAF) em horário comercial (Fone: 3331-4428 ou 3331-4429) para busca do material.

### **4.5.5 Interrupção Legal da Gestação**

O material biológico proveniente de interrupção legal da gestação realizado no Hospital Universitário deve ser acondicionado em recipiente limpo sem nenhum tipo de conservantes e devem ficar armazenados em geladeira (2 a 8°C) por um período que não ultrapasse 24 horas; passando este período, devem ser armazenados em freezer. O Instituto de Análises Forenses (IAF) deve ser acionado em horário comercial (telefone:

3331-4428 ou 3331-4429) para busca do material.

O material será armazenado por tempo indeterminado no Instituto de Análises Forenses (IAF). Neste caso deverá ser utilizada a Requisição de Perícias Laboratoriais - IGP/IAF (anexo IV).

#### **4.5.6 DNA**

A coleta do material e os exames de identificação humana através de análise comparativa do DNA, somente serão realizados pelo Instituto de Análises Forenses (IAF), quando formalmente requisitados pela Autoridade Policial, por membros do Ministério Público ou Poder Judiciário.

#### **4.5.7 Kits para coleta de material**

A solicitação de kits para coleta de material biológico ao Instituto de Análises Forenses deverá ser feita mediante documento oficial, destinada à Diretora deste Instituto, à Rede De Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual.

Os kits solicitados serão encaminhados pelo Instituto de Análises Forenses ao Programa da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual – RAIVVS, Secretaria Municipal de Saúde. Estes Kits deverão ser utilizados pelas unidades de saúde solicitantes (Hospital Universitário, Maternidade Carmela Dutra e Hospital Infantil), tanto para os casos de violência sexual sem Boletim de Ocorrência Policial, quanto para os casos de violência sexual com Boletim de Ocorrência Policial, disponibilizando nesses casos, o kit de coleta ao médico(a) legista incumbido de realizar a coleta.

### **4.6 Exames Laboratoriais**

A coleta imediata de sangue para a realização de exames laboratoriais, no momento da admissão da vítima é necessária para estabelecer a eventual presença de DST, HIV, gravidez ou hepatite, prévias à violência sexual. Os exames solicitados são:

- sorologia para sífilis;
- sorologia para hepatite B e hepatite C;
- teste de gravidez;

- teste anti-HIV (com a devida orientação).

A paciente deverá ser orientada a repetir os exames de acordo com a periodicidade descrita na tabela abaixo:

| Hepatite B e C                | Teste de Gravidez                             | Teste anti-HIV*   |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------|
| no 1º atendimento             | no 1º atendimento: BHCG sérico                | no 1º atendimento |
| 6 meses após violência sexual | 6 semanas após a violência sexual: BHCG urina | 6 semanas         |
|                               |                                               | 3 meses           |
|                               |                                               | 6 meses           |

#### 4.7 Profilaxia DST/Aids

TABELA 1: Profilaxia das DSTs não virais e HIV em mulheres adultas e adolescentes não gestantes

| Profilaxia das DSTs não virais em mulheres adultas e adolescentes acima de 45 kg não gestantes |                                            |    |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----|--------------------------------------|
| PENICILINA G BENZATINA<br>Profilaxia da sífilis                                                | 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega) | IM | Dose única                           |
| AZITROMICINA<br>Profilaxia de clamídia e cancro mole                                           | 1g                                         | VO | Dose única                           |
| CIPROFLOXACINA<br>Profilaxia de gonorréia                                                      | 500mg                                      | VO | 1 comprimido de 12/12h por 3 dias    |
| METRONIDAZOL<br>ou SECNIDAZOL<br>Profilaxia da tricomoníase                                    | 2g                                         | VO | Dose única                           |
| Levonorgestrel                                                                                 | 0,75mg                                     | VO | 2 comprimidos em dose única          |
| Profilaxia HIV em mulheres adultas e adolescentes acima de 45 kg não gestantes                 |                                            |    |                                      |
| ZIDOVUDINA (AZT)                                                                               | 300mg                                      | VO | 1 comprimido de 12/12h por 4 semanas |

|                    |       |    |                                       |
|--------------------|-------|----|---------------------------------------|
| LAMIVUDINA (3 TC)  | 150mg | VO | 1 comprimido de 12/12h por 4 semanas  |
| LOPINAVIR          | 200mg | VO | 2 comprimidos de 12/12h por 4 semanas |
| RITONAVIR          | 50mg  | VO | 2 comprimidos de 12/12h por 4 semanas |
| <b>Antiemético</b> |       |    |                                       |
| Metoclopramida     | 10mg  | IM | Dose única                            |

As alternativas de profilaxia para mulheres e adolescentes com hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha ou as que sejam gestantes ou nutrizes encontram-se detalhadas abaixo em cada item específico de profilaxia e devem ser disponibilizados a partir do Termo de Consentimento Livre e Informado (anexo V).

#### 4.7.1 Sífilis

PNC G Benzatina - 2.400.000 UI IM dose única.

Para pacientes grávidas e alérgicas à penicilina, utilizar Eritromicina 500mg 1 comp. VO de 6/6h durante 14 dias. Neste caso considerar o feto como não tratado.

#### 4.7.2 DST não virais

Azitromicina 1g 1 comp. VO dose única + Ciprofloxacino 500mg 1 comp. VO de 12/12h por 3 dias (O ciprofloxacino é contra-indicado para gestantes e menores de 18 anos)

No caso da paciente ser gestante ou nutriz: Azitromicina 1g 1 comp. VO dose única + Eritromicina 500mg 1 comp. VO de 6/6 h por 14 dias ou Ceftriaxona 250mg IM dose única.

#### 4.7.3 Tricomoníase

Metronidazol ou Secnidazol: 2g VO, dose única.

Em nutriz, suspender o aleitamento por 24 horas.

Em gestantes no primeiro trimestre ou naquelas que apresentarem intolerância gástrica, utilizar Clotrimazol ou Miconazol creme vaginal por 7 dias.

#### 4.7.4 Vírus HIV

Para as pacientes que foram violentadas sexualmente, onde houve penetração, presença de esperma e lesão com sangramento e nos casos em que o tratamento possa ser iniciado até 72 horas após a violência sexual e que desejem aderir ao tratamento, deverá ser adotado **por 4 semanas** o seguinte esquema:

**Zidovudina (AZT) 300 mg + Lamivudina (3 TC) 150 mg - (Biovir\*):** 1 comp. VO de 12 em 12 h.

**Lopinavir 200 mg + Ritonavir 50 mg - (Kaletra\*):** 2 comp. VO de 12 em 12 h.

Solicitar até quinze dias após início do tratamento hemograma, TGO, TGP, amilase, uréia, creatinina, conforme o **Guia de Orientação aos Profissionais sobre a Medicação Anti-retroviral**, (anexo VII).

A paciente irá receber a medicação e o **Guia de Orientação a/ao Paciente em uso do Anti-retroviral** (anexo VIII) na unidade de saúde que foi atendida, através do Formulário de Solicitação de Medicamentos Anti-retrovirais (anexo VI).

#### 4.8 Contracepção de Emergência

Realizar prevenção da gestação, quando puder ser iniciada no máximo até 72 horas após ter ocorrido o estupro e nas pacientes que não estejam usando métodos anticoncepcionais de alta eficácia como: anticoncepcional oral, injetável, DIU ou ITT. Recomenda-se o uso de Levonorgestrel 0,75 mg 2 comp. VO em uma única tomada. Se houver vômitos até 1 hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após alimentar-se precedido do uso de um antiemético, conforme prescrição médica.

#### 4.9 Vacinação Hepatite B

Avaliar *Status* Vacinal:

➤ Pacientes com esquema vacinal completo:

- Não indicar reforço da vacina
- Não indicar imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG)

- Não imunizados ou que desconhecem seu status vacinal:
  - Fazer primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente (com um e seis meses) + HBIG
- Pacientes com esquema vacinal incompleto:
  - Completar as doses recomendadas + HBIG

Realizar a imunoprofilaxia com imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB) na dose de 0,06 ml/kg de peso, IM. Associar ao uso da vacina anti-hepatite B intramuscular na dose de 20 g (1 ml) para adultos e 10 g (0,5 ml) para crianças menores de 12 anos. A gravidez e a lactação não são contra-indicações para o seu uso.

As pacientes maiores de 15 anos deverão ser encaminhadas, preferencialmente, nas primeiras 12 horas, com o Termo de Encaminhamento (anexo XII) para o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais no HNR para receber esta medicação. *Hospital Nereu Ramos (possui plantão 24 horas) Fone: 3216-9300.*

#### 4.10 Vacinação anti-tetânica

Avaliar status vacinal e tipológico do ferimento

| História de Vacinação                             | Ferimento Limpo ou Superficial | Outros Tipos de Ferimento |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
|                                                   | <b>Vacina</b>                  | <b>Vacina</b>             |
| Incerta ou menos de 3 doses                       | sim                            | sim                       |
| 3 doses ou mais;<br>última dose < 5 anos          | não                            | não                       |
| 3 doses ou mais;<br>última dose entre 5 e 10 anos | não                            | sim                       |
| 3 doses ou mais;<br>última dose > 10 anos         | sim                            | sim                       |



#### ***4.11 Seguimento ambulatorial***

Encaminhar a paciente para o serviço ambulatorial para continuidade do atendimento médico e realização de exames laboratoriais (no máximo 10 dias após atendimento no Hospital), conforme a Lista de Endereço para Encaminhamentos (anexo XIII) mediante o preenchimento do Termo de Encaminhamento (anexo IX).

Caso a vítima não compareça no retorno ambulatorial hospitalar, a Unidade de Atendimento em Saúde deverá comunicar a instituição que presta assistência psicossocial e jurídica (CEAV), para a realização da busca ativa da vítima com idade igual ou maior a 18 anos.

#### ***4.12 Atendimento Psicossocial e Jurídico***

Encaminhar para início do atendimento jurídico e psicossocial (CEAV e/ou Conselho Tutelar), mediante preenchimento do Termo de Encaminhamento (anexo X), conforme endereço na Lista de Endereços para Encaminhamentos (anexo XIII).

#### ***4.13 Normatização da Interrupção Legal da Gestação***

Orientar para retornar ao serviço em caso de atraso menstrual. O Hospital Universitário é o serviço de referência da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual para a realização da interrupção legal da gestação (anexo XIV).

#### ***4.14 Banco de Dados (RAIVVS)***

Encaminhar a Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências e a Ficha Complementar de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual para o Banco de Dados (RAIVVS), conforme endereço na Lista de Endereços para Encaminhamentos (anexo XIII).

## ***5 Normatização do atendimento de saúde imediato à criança e adolescente vítimas de violência sexual***

As vítimas de violência sexual poderão procurar o Serviço de Saúde através de duas maneiras:

### ***Encaminhada da 6ª DP - Delegacia de Proteção à Mulher, à Criança e ao Adolescente.***

Nesses casos já houve a queixa na 6ª DP e registro do Boletim de Ocorrência Policial (BOP), que deverá ter acionado o IML, para comparecer no Hospital e realizado a denúncia ao Conselho Tutelar.

### ***Procurar o Serviço de Saúde como primeiro atendimento***

Os serviços de saúde de referência serão a Maternidade Carmela Dutra e HU para as vítimas a partir dos 15 anos de idade. O Hospital Infantil Joana de Gusmão e a Pediatria do HU para as vítimas com idade abaixo dos 15 anos, **independente do sexo**.

Neste caso, compete ao Serviço de Saúde:

- O acolhimento adequado da vítima por todos(as) os(as) profissionais

envolvidos, evitando atitudes que possam levar à revitimização.

- Não higienizar, nem remover roupas ou secreções antes do exame do perito, a não ser que haja ameaça à vida.
- Abrir prontuário de atendimento ou fazer registro em livro próprio para este fim, onde cada paciente deverá receber um número de registro.
- **Acionar a 6ª Delegacia de Polícia** (Fone: 3228-3015), que comparecerá à unidade de saúde para realizar o boletim de ocorrência policial (BOP) e acionará o(a) perito(a) do IML para realizar o exame na vítima, informando o nº da guia. Lembramos que no(a) paciente com idade inferior a 18 anos, o registro do BOP é obrigatório, assim como é compulsória a notificação ao Conselho Tutelar que tem como competência aplicar medida de proteção prevista no Estatuto da Criança e Adolescente, art. 101. Entre as medidas de proteção passíveis de aplicação o Conselho Tutelar poderá encaminhar a vítima para atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos em Situação de Ameaça ou Violação de Direitos - PAEFI / Serviço Sentinela.

Conselho Tutelar: Ilha: 3223-4340; Continente: 3244-5691; Norte: 3266 0243 ou Plantão 24 horas: 0800-6431407

### ***5.1 Ficha de Atendimento e Notificação da Violência Sexual***

O preenchimento é obrigatório, em todos os casos e de maneira completa, da Ficha de Notificação/Investigação Individual da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (anexo I). Esta ficha servirá de fonte de informação para um laudo indireto do IML ou para um perito indicado em caso de ação judicial. Esta ficha deverá ser encaminhada para o Banco de Dados (RAIVVS), conforme endereço na Lista de Endereços para Encaminhamentos (anexo XIII).

### ***5.2 Ficha Complementar de Atendimento à Vítima de Violência Sexual***

Esta ficha servirá para o registro complementar das informações da paciente,

registro rigoroso das lesões encontradas e principalmente para a garantia do registro de todos(as) profissionais envolvidos(as) no atendimento, (policial, médico(a) legista, se for o caso, conselheiro(a) tutelar), além dos encaminhamentos para atendimento psicossocial e jurídico (anexo II). **O preenchimento desta ficha é obrigatório.**

### ***5.3 Coleta do Material Biológico da Vítima***

No atendimento à Crianças e/ou adolescentes vítimas de violência sexual o procedimento de coleta do material biológico (anexo III) será realizado pelo Perito Médico-legista através da Requisição de Perícias Laboratoriais - IGP/IAF (anexo IV), pois nestes casos o BOP é obrigatório. A pesquisa toxicológica (álcool, drogas e fármacos), será realizada quando o(a) médico(a) legista julgar necessário através de requisição expedida pela Autoridade Policial, por membros do Ministério Público e do Poder Judiciário.

A identificação de achados, como presença de espermatozóides, fosfatase ácida prostática e antígeno prostático específico (PSA), constituem provas médico-legais de grande importância na violência sexual, tanto para comprovação do crime, como para a identificação do agressor.

As pesquisas de espermatozóides, fosfatase ácida prostática e PSA serão realizadas por meio de material biológico coletado da vítima. Sendo detectada a presença de células espermáticas ou espermatozóides, este material poderá ser utilizado para análise de DNA.

#### **5.3.1 Coleta**

A coleta de material biológico, o seu acondicionamento e a sua preservação, além dos procedimentos preliminares para exame de identificação humana ou equivalente, devem obedecer às normas fixadas para esse serviço pericial, conforme PORTARIA nº. 504/GABS/SSP de 01 de agosto de 2006 e seus anexos. Em toda coleta de material biológico de pessoas vivas será lavrado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexos V). A requisição de perícias laboratoriais (anexo IV) e o material coletado deverá ser encaminhado para o Instituto de Análises Forenses-IAF.

#### **5.3.2 Pesquisa de esperma**

Será feita por meio da coleta do conteúdo vaginal e/ou anal, através de swabs (anexo III). Além das secreções vaginal e anal, pode-se fazer a coleta de secreções na boca, na pele, sub-ungueal e, também encaminhar outros materiais contaminados por sêmen que podem ser periciados, como: calcinha utilizada pela vítima na hora da agressão, peças de roupas do agressor, assim como preservativos.

### **Swabs**

- Devem ser submetidos à secagem, em temperatura ambiente, sem a utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol;
- Após a secagem, devem ser embalados individualmente em envelope de papel devidamente identificado, sendo o mesmo anexado à Requisição de Perícias Laboratoriais (anexo IV);
- Devem ser armazenados em geladeira (temperaturas de 2 a 8°C) por um período que não ultrapasse 24 horas; passando este período, os swabs devem ser armazenados em freezer.

### **Roupas**

- Devem ser submetidos à secagem, em temperatura ambiente, sem a utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol;
- Após a secagem, devem ser acondicionadas individualmente em embalagens de papel;
- Podem ser armazenadas à temperatura ambiente.

### **Preservativos**

- Devem ser acondicionados em frascos de coleta universal, devidamente identificados e armazenados em freezer.

### **Em hipótese alguma**

- Acondicionar o material úmido em sacos plásticos que, por manter a umidade, facilitam a proliferação de microorganismos que destroem células e DNA;
- utilize fixadores como álcool e formol, pela possibilidade dessas substâncias

químicas desnaturarem o DNA.

### **5.3.3 Pesquisa toxicológica**

#### **Sangue**

Coletar 2 (dois) tubos de plástico com tampa rosqueada, contendo anticoagulante fluoreto de sódio, para pesquisa de álcool.

#### **Urina**

Coletar 1 (um) frasco universal de plástico com tampa rosqueada para pesquisa de drogas e/ou fármacos.

### **5.3.4 Encaminhamento do material coletado**

➤ Nos casos de violência sexual com registro de boletim de ocorrência policial (BOP), o Instituto Médico Legal - IML deverá ser acionado para a coleta do material da vítima de violência sexual, que posteriormente encaminhará o material coletado ao Instituto de Análises Forenses.

### **5.3.5 Interrupção Legal da Gestação**

O material biológico proveniente de Interrupção Legal da Gestação realizado no Hospital Universitário será armazenado por tempo indeterminado no Instituto de Análises Forenses (IAF). O Instituto de Análises Forenses (IAF) deve ser acionado em horário comercial (telefone: 3331-4428 ou 3331-4429) para busca do material.

Em ambos os casos deverá ser utilizada a Requisição de Perícias Laboratoriais - IGP/IAF (anexo IV).

### **5.3.6 DNA**

A coleta do material e os exames de identificação humana através de análise comparativa do DNA, somente serão realizados pelo Instituto de Análises Forenses (IAF), quando formalmente requisitados pela Autoridade Policial, por membros do Ministério Público ou do Poder Judiciário.

### **5.3.7 Kits para coleta de material**

A solicitação de kits para coleta de material biológico ao Instituto de Análises Fo-

renses deverá ser feita mediante documento oficial, destinada à Diretora deste Instituto, à Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual.

Os kits solicitados serão encaminhados pelo Instituto de Análises Forenses a Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual – RAIVVS, Secretaria Municipal de Saúde. Estes Kits deverão ser utilizados pelas unidades de saúde solicitantes (Hospital Universitário, Maternidade Carmela Dutra e Hospital Infantil), tanto para os casos de violência sexual sem Boletim de Ocorrência Policial, quanto para os casos de violência sexual com Boletim de Ocorrência Policial, disponibilizando nesses casos, o kit de coleta ao médico(a) legista incumbido de realizar a coleta.

#### 5.4 Exames Laboratoriais

A coleta imediata de sangue para a realização de exames laboratoriais, no momento da admissão da vítima é necessária para estabelecer a eventual presença de DST, HIV, gravidez ou hepatite, prévias à violência sexual. Os exames solicitados são:

- sorologia para sífilis;
- sorologia para hepatite B e hepatite C;
- teste de gravidez;
- teste anti-HIV (com a devida orientação).

A(o) paciente deverá ser orientada a repetir os exames de acordo com a periodicidade descrita na tabela abaixo:

| Hepatite B                    | Teste de Gravidez                             | Teste anti-HIV*   |
|-------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------|
| no 1º atendimento             | no 1º atendimento: BHCG sérico                | no 1º atendimento |
| 6 meses após violência sexual | 6 semanas após a violência sexual: BHCG urina | 6 semanas         |
|                               |                                               | 3 meses           |
|                               |                                               | 6 meses           |

### 5.5 Profilaxia das DST/Aids

TABELA 2: Profilaxia das DSTs não virais e HIV em crianças e adolescentes abaixo de 45kg

| Profilaxia das DSTs não virais em crianças e adolescentes abaixo de 45kg |                                                                                              |              |                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|
| PENICILINA G BENZATINA<br>Profilaxia da sífilis                          | < 10 Kg – 300.000 UI<br>10 - 25 Kg – 600.000 UI<br>> 25 Kg – 1.200.000 UI<br>ou 50 mil UI/Kg | IM           | Dose única                               |
| AZITROMICINA<br>Profilaxia de clamídia e cancro mole                     | 20 mg/Kg                                                                                     | VO           | Dose única                               |
| CEFTRIAXONA*<br>OU<br>CIPROFLOXACINO*<br>Profilaxia de gonorréia         | 125 mg<br><br>125 mg                                                                         | IM<br><br>VO | Dose única<br><br>12/12 horas por 3 dias |
| METRONIDAZOL<br>ou SECNIDAZOL<br>Profilaxia da tricomoníase              | 15mg/kg/dia<br>30mg/kg (1 ml/Kg)                                                             | VO<br>VO     | 8/8 h por 7 dias<br>Dose única           |
| Profilaxia HIV em crianças e adolescentes abaixo de 45kg                 |                                                                                              |              |                                          |
| ZIDOVUDINA (AZT)                                                         | 180mg/m <sup>2</sup>                                                                         | VO           | 1 comprimido de 12/12h por 4 semanas     |
| LAMIVUDINA (3 TC)                                                        | 8mg/kg/dia                                                                                   | VO           | 1 comprimido de 12/12h por 4 semanas     |
| LOPINAVIR                                                                | 80mg                                                                                         | VO           | 1 comprimido de 12/12h por 4 semanas     |



|                |       |                |                                      |
|----------------|-------|----------------|--------------------------------------|
| RITONAVIR      | 20mg  | VO             | 1 comprimido de 12/12h por 4 semanas |
| Antiemético    |       |                |                                      |
| Metoclopramida | 10 mg | IM<br>ou<br>VO | Dose única                           |

\*As medicações para profilaxia para gonorréia não serão disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, por não se encontrarem padronizadas no REMUME da SMS. Ficando a instituição hospitalar responsável por fornecer tal medicação.

As alternativas de profilaxia para crianças e adolescentes com hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha ou as que sejam gestantes ou nutrízes encontram-se detalhadas acima em cada item específico de profilaxia e devem ser disponibilizados a partir do Termo de Consentimento Livre e Informado (anexo V).

#### 5.5.1 Sífilis

Penicilina G Benzatina - dose única

- < 10 Kg – 300.000 UI IM
- 10 - 25 Kg – 600.000 UI IM
- > 25 Kg – 1.200.000 UI IM
- Adolescentes > 45 Kg - 2.400.000 IM dose única (metade em cada nádega).

Em caso de alergia à penicilina, substituir por Eritromicina 50 mg/kg/dia VO 6/6 h por 14 dias (máximo 2g/dia).

#### 5.5.2 DST não virais

Crianças: SOLUÇÃO ORAL de Azitromicina 20 mg/Kg VO dose única (máximo 1g/dia) + Ciprofloxacino 15mg/kg/dia VO de 12/12 horas por 7 dias OU Ceftriaxona 125 mg IM dose única.

Caso a paciente seja gestante: Azitromicina 20 mg/Kg VO dose única (máximo 1g/

dia) + Eritromicina 50 mg/kg/dia VO 6/6 h por 14 dias (máximo 2g/dia)

### 5.5.3 Tricomoníase

Crianças: Secnidazol 30mg/kg (1 ml/Kg) VO dose única (máximo 2g/dia) ou Metronidazol 15mg/kg VO de 8/8 h por 7 dias.

### 5.5.4 Vírus HIV

Para as(os) pacientes que foram violentadas(os) sexualmente, onde houve penetração, presença de espermatozoides e lesão com sangramento, e nos casos em que o tratamento possa ser iniciado até 72 horas após a violência sexual, e que desejem aderir ao tratamento, deverá ser adotado, **por 4 semanas** o seguinte esquema:

| Recomendações de dosagem de zidovudina(AZT)/lamivudina(3TC)*                |                                                 |                                                                                 |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| BIOVIR*: AZT 300 mg + 3TC 150 mg                                            |                                                 |                                                                                 |                               |
| Zidovudina (AZT)<br>Apresentações:<br>Solução oral 10mg/ml<br>Cápsula 100mg | Dose(mg/m <sup>2</sup> )                        | Lamivudina (3TC)<br>Apresentações:<br>Solução oral: 10mg/ml<br>Comprimido 150mg | Dose(mg/Kg)                   |
|                                                                             | 180mg/m <sup>2</sup> /dose,<br>VO a cada 12h    |                                                                                 | 4mg/kg/dose, VO a<br>cada 12h |
|                                                                             | Dose máxima:<br>600mg/dia (300mg<br>a cada 12h) |                                                                                 | Dose máxima:<br>300mg/dia     |

| Recomendações de dosagem de lopinavir/ritonavir* para crianças segundo o peso                                                       |                               |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMPORTANTE: Kaletra* solução oral é altamente concentrado, contendo 80 mg de lopinavir e 20 mg de ritonavir por mL (não por frasco) |                               |                                                                                                  |
| Peso (Kg)                                                                                                                           | Dose(mg/Kg)                   | Volume de solução oral<br>duas vezes ao dia (80 mg de<br>lopinavir/20 mg de ritonavir<br>por ml) |
| 7 kg a < 15 kg                                                                                                                      | 12 mg/kg<br>duas vezes ao dia |                                                                                                  |

|                                                                                  |                               |         |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|
| 7 kg a 10 kg                                                                     |                               | 1,25 mL |
| >10 kg a < 15 kg                                                                 |                               | 1,75 mL |
| 15 kg a 40 kg                                                                    | 10 mg/kg<br>duas vezes ao dia |         |
| 15 kg a 20 kg                                                                    |                               | 2,25 mL |
| >20 kg até 25 kg                                                                 |                               | 2,75 mL |
| >25 kg até 30 kg                                                                 |                               | 3,50 mL |
| >30 kg até 35 kg                                                                 |                               | 4,00 mL |
| >35 kg até 40 kg                                                                 |                               | 4,75 mL |
| Acima de 40 kg                                                                   | Dose de adultos               | 5,0 mL  |
| Nota: em crianças acima de 12 anos de idade usar a dose recomendada para adultos |                               |         |

Solicitar quinze dias após início do tratamento hemograma, TGO, TGP, amilase, uréia, creatinina, conforme o **Guia de Orientação aos Profissionais sobre a Medicação Anti-retroviral**, (anexo VII).

A paciente irá receber a medicação e o **Guia de Orientação a/ao Paciente em uso do Anti-retroviral** (anexo VIII) na unidade de saúde que foi atendida, através do Formulário de Solicitação de Medicamentos Anti-retrovirais (anexo VI) preenchido.

### 5.6 Contracepção de Emergência

Em meninas que já menstruam e quando puder ser iniciada no máximo até 72 horas após ter ocorrido o estupro e nas pacientes que não estejam usando métodos anticoncepcionais de alta eficácia com anticoncepcional oral, injetável, DIU ou ITT. Recomenda-se o uso de Levonorgestrel 0,75 mg 2 comp. VO em uma única tomada. Se houver vômitos até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após alimentar-se, precedido do uso de um antiemético.

## 5.7 Vacinação Hepatite B

Avaliar *Status* Vacinal:

➤ Pacientes com esquema vacinal completo:

- Não indicar reforço da vacina
- Não indicar imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG)

➤ Não imunizados ou que desconhecem seu status vacinal:

• Fazer primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente (com um e seis meses) + HBIG

➤ Pacientes com esquema vacinal incompleto:

- Completar as doses recomendadas + HBIG

Realizar a imunoprofilaxia com imunoglobulina hiperimune para hepatite B (IGHAHB) em dose única, 0,06 ml/kg (máximo 5 ml). Associar ao uso da vacina anti-hepatite B intramuscular na dose de 10 g (0,5 ml). A gravidez e a lactação não são contra-indicações para o seu uso.

O(a) paciente deverá ser encaminhado(a), preferencialmente, nas primeiras 12 horas, com o Termo de Encaminhamento (anexo XI) para o Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE para receber esta medicação.

*Menores de 15 anos: Hospital Infantil Joana de Gusmão. Fone: 3251-9000 (possui plantão 24 horas).*

*Maiores de 15 anos - Hospital Nereu Ramos (possui plantão 24 horas). Fone: 3216-9300*

### 5.8 Vacinação anti-tetânica

Avaliar *Status* Vacinal e tipologia do ferimento:

| História de Vacinação                             | Ferimento Limpo ou Superficial | Outros Tipos de Ferimento |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
|                                                   | Vacina                         | Vacina                    |
| Incerta ou menos de 3 doses                       | sim                            | sim                       |
| 3 doses ou mais;<br>última dose < 5 anos          | não                            | não                       |
| 3 doses ou mais; última dose<br>entre 5 e 10 anos | não                            | sim                       |
| 3 doses ou mais;<br>última dose > 10 anos         | sim                            | sim                       |

### 5.9 Seguimento ambulatorial

Encaminhar o/a paciente para o serviço ambulatorial para continuidade do atendimento médico e realização de exames laboratoriais (no máximo 10 dias após atendimento no Hospital), conforme a Lista de Endereço para Encaminhamentos (anexo XIII), mediante preenchimento do Termo de Encaminhamento (anexo IX).

### 5.10 Atendimento Psicossocial e Jurídico

Notificação ao Conselho Tutelar que tem como competência aplicar medida de proteção prevista no Estatuto da Criança e Adolescente, art. 101. Entre as medidas de proteção passíveis de aplicação o Conselho Tutelar poderá encaminhar a vítima para atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos em Situação de Ameaça ou Violação de Direitos - PAEFI / Serviço Sentinela.

*Conselho Tutelar: Ilha: 3223-4340; Continente: 3244-5691; Norte: 3266 0243 ou Plantão 24 horas: 0800-6431407*

### ***5.11 Interrupção Legal da Gestação***

Orientar para retornar ao serviço em caso de atraso menstrual. O Hospital Universitário é o serviço de referência da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual para a realização da interrupção legal da gestação (anexo XIV).

### ***5.12 Banco de Dados (RAIVVS)***

Encaminhar a Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências e a Ficha Complementar de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual para o Banco de Dados (RAIVVS), conforme endereço na Lista de Endereços para Encaminhamentos (anexo XIII).

## ***Anexo I***

**Ficha de Notificação/ Investigação Individual Violência Doméstica,  
Sexual e/ou outras Violências**

República Federativa do Brasil  
Ministério da SaúdeSINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                                                                    |                                                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Dados Gerais             | 1 Tipo de Notificação<br>2 - Individual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2 Agravo/doença<br><b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>                                                       | Código (CID10)<br>Y09                                                                                                              | 3 Data da notificação                                                       |
|                          | 4 UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5 Município de notificação                                                                                                         |                                                                                                                                    | Código (IBGE)                                                               |
|                          | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Código (CNES)                                                                                                                      | 7 Data da ocorrência da violência                                                                                                  |                                                                             |
| Notificação Individual   | 8 Nome do paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 9 Data de nascimento                                                                                                               |                                                                                                                                    |                                                                             |
|                          | 10 (ou) Idade<br>1 - Hora<br>2 - Dia<br>3 - Mes<br>4 - Ano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 11 Sexo M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado                                                                              | 12 Gestante<br>1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre<br>4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica<br>9- Ignorado | 13 Raça/Cor<br>1-Branca 2-Preta 3-Amarela<br>4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado |
|                          | 14 Escolaridade<br>0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)<br>3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)<br>6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica |                                                                                                                                    |                                                                                                                                    |                                                                             |
|                          | 15 Número do Cartão SUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 16 Nome da mãe                                                                                                                     |                                                                                                                                    |                                                                             |
| Dados de Residência      | 17 UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 18 Município de Residência                                                                                                         | Código (IBGE)                                                                                                                      | 19 Distrito                                                                 |
|                          | 20 Bairro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 21 Logradouro (rua, avenida,...)                                                                                                   |                                                                                                                                    | Código                                                                      |
|                          | 22 Número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 23 Complemento (apto., casa, ...)                                                                                                  | 24 Geo campo 1                                                                                                                     |                                                                             |
|                          | 25 Geo campo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 26 Ponto de Referência                                                                                                             | 27 CEP                                                                                                                             |                                                                             |
|                          | 28 (DDD) Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural<br>3 - Periurbana 9 - Ignorado                                                                        | 30 País (se residente fora do Brasil)                                                                                              |                                                                             |
|                          | <b>Dados Complementares</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                    |                                                                                                                                    |                                                                             |
| Dados da Pessoa Atendida | 31 Ocupação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                    |                                                                                                                                    |                                                                             |
|                          | 32 Situação conjugal / Estado civil<br>1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica<br>2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 33 Relações sexuais<br>1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres<br>2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado           |                                                                                                                                    |                                                                             |
| Dados da Ocorrência      | 34 Possui algum tipo de deficiência/transtorno?<br>1- Sim 2- Não 9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?<br>Física Visual Transtorno mental<br>Mental Auditiva Transtorno de comportamento | 36 UF                                                                                                                              | 37 Município de ocorrência                                                  |
|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                    | Código (IBGE)                                                                                                                      | 38 Distrito                                                                 |
|                          | 39 Bairro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 40 Logradouro (rua, avenida,...)                                                                                                   |                                                                                                                                    | Código                                                                      |
|                          | 41 Número                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 42 Complemento (apto., casa, ...)                                                                                                  | 43 Geo campo 3                                                                                                                     | 44 Geo campo 4                                                              |
|                          | 45 Ponto de Referência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural<br>3 - Periurbana 9 - Ignorado                                                                        | 47 Hora da ocorrência<br>(00:00 - 23:59 horas)                                                                                     |                                                                             |
|                          | 48 Local de ocorrência<br>01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços<br>02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção<br>03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro<br>99 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                  | 49 Ocorreu outras vezes?<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                                           | 50 A lesão foi autoprovocada?<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado                                                                      |                                                                             |



|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|
| Tipologia da violência                                                                                                                                                                                      | <b>51</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos<br><input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal<br><input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |              | <b>52</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Força corporal/espionamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo<br><input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça<br><input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |  |
|                                                                                                                                                                                                             | <b>53</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual<br><input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |              | <b>54</b> Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |  |
| Violência Sexual                                                                                                                                                                                            | <b>55</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência<br><input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
| Consequências da violência                                                                                                                                                                                  | <b>56</b> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático<br><input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
| Lesão                                                                                                                                                                                                       | <b>57</b> Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)<br>01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura<br>02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros _____<br>03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica<br>99 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
|                                                                                                                                                                                                             | <b>58</b> Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)<br>01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus<br>02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões<br>03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica<br>99 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
| Dados do provável autor da agressão                                                                                                                                                                         | <b>59</b> Número de envolvidos<br>1 - Um <input type="checkbox"/><br>2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |              | <b>60</b> Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei<br><input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a)<br><input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa<br><input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros _____<br><input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional |                  |  |
|                                                                                                                                                                                                             | <b>61</b> Sexo do provável autor da agressão<br>1 - Masculino <input type="checkbox"/><br>2 - Feminino <input type="checkbox"/><br>3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/><br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |              | <b>62</b> Suspeita de uso de álcool<br>1- Sim <input type="checkbox"/><br>2- Não <input type="checkbox"/><br>9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |  |
| Evolução e encaminhamento                                                                                                                                                                                   | <b>63</b> Encaminhamento no setor saúde<br>1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
|                                                                                                                                                                                                             | <b>64</b> Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado<br><input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher<br><input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS<br><input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML)<br><input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____ |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
|                                                                                                                                                                                                             | <b>65</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> <b>66</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/><br>1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
|                                                                                                                                                                                                             | <b>67</b> Circunstância da lesão<br>CID 10 - Cap XX _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
|                                                                                                                                                                                                             | <b>68</b> Classificação final <input type="checkbox"/> <b>69</b> Evolução do caso <input type="checkbox"/> <b>70</b> Se óbito por violência, data <input type="checkbox"/> <b>71</b> Data de encerramento<br>1 - Confirmado 1 - Alta 3 - Óbito por Violência<br>2 - Descartado 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas<br>3 - Provável 9 - Ignorado<br>8 - Inconclusivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
| <b>Informações complementares e observações</b><br>Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____<br>Observações Adicionais:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
| <b>TELEFONES ÚTEIS</b><br>Disque-Saúde 0800 61 1997 Central de Atendimento à Mulher 180 Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |  |
| Notificador                                                                                                                                                                                                 | Município/Unidade de Saúde _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |              | Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |  |
|                                                                                                                                                                                                             | Nome _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Função _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Assinatura _____ |  |

## ***Anexo II***

**Ficha complementar de atendimento à vítima de violência sexual**



## FICHA COMPLEMENTAR DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Cor/etnia: \_\_\_\_\_

### 2. DADOS DA OCORRÊNCIA

Data da violência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Local: ( ) própria residência outro: \_\_\_\_\_

Agressor: ( ) conhecido vínculo: \_\_\_\_\_ ( ) desconhecido

Cor/etnia do agressor: \_\_\_\_\_

Agressor havia utilizado álcool ou drogas: ( ) não ( ) sim tipo: \_\_\_\_\_

Breve história detalhada da ocorrência:

---

---

---

---

---

---

### 3. ATENDIMENTO REALIZADO POR OUTRAS INSTITUIÇÕES INTEGRANTES DA RAIVVS

Nº BO: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Policial: \_\_\_\_\_

Realizado atendimento pelo IML: ( ) não ( ) sim Hora: \_\_\_\_\_ Médico(a) legista: \_\_\_\_\_

Encaminhado material para o IAL: ( ) não ( ) sim Médico responsável pela coleta: \_\_\_\_\_

Conselho tutelar notificado: ( ) não ( ) sim

Responsável pela criança/adolescente: ( ) familiares e/ou responsáveis \_\_\_\_\_

( ) Conselheiro(a) Tutelar \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### 3. ENCAMINHAMENTOS:

Encaminhamento ao ambulatório: ( ) não ( ) sim

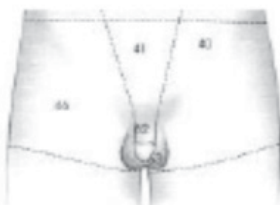
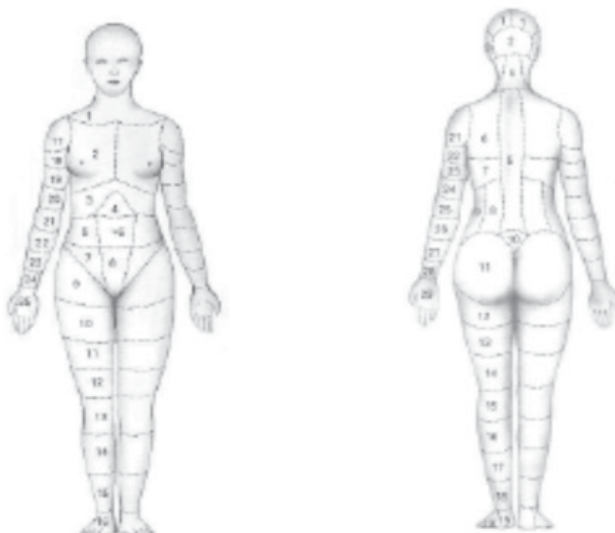
Encaminhada ao atendimento psicossocial - CEAV: ( ) não ( ) sim

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do(a) profissional responsável

Esta ficha deverá ser preenchida e encaminhada para o Banco de Dados da RAIVVS na Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis.

**EXAME DE LESÕES SEXUAIS**

NOME: .....



DATA: ..... PERÍODO: ..... LOCAL: .....

PERITO: .....

## ***Anexo III***

**Procedimento operacional padrão de coleta e envio de material para o IAF/IGP**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Estado de Santa Catarina<br>Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão<br>Instituto Geral de Perícias - IGP<br><b>Instituto de Análises Forenses - IAF</b> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

## Procedimento Operacional Padrão de Coleta e Envio de Material para o Laboratório

Procedimento Operacional Padrão de Coleta e Envio de Material para Pesquisa de Espermatozoides, Antígeno Prostático Específico (PSA), Alcoolemia e Toxicológico.

### KITS FORNECIDOS FORNECIDO PELO INSTITUTO DE ANÁLISES FORENSES – IAF:

- Requisição de Perícias Laboratoriais (anexo IV).
- 1. Pesquisa de esperma ou outros:**
  - Swabs esterilizados;
  - Um (01) envelope de papel para armazenamento do material.
- 2. Pesquisa toxicológica (drogas de abuso, medicamentos),**
  - Um frasco universal para coleta de urina;
  - Uma (01) embalagem de plástico para armazenamento do material.
- 3. Pesquisa de alcoolemia:**
  - Dois (02) tubos contendo anticoagulante (fluoreto de sódio 1%), para coleta de sangue;
  - Uma (01) embalagem de plástico para armazenamento do material.

### METODOLOGIA PARA COLETA E POSTERIOR PESQUISA DE ESPERMA

- 1. Coleta com swabs (Secreção Vaginal, Secreção anal, Secreção Oral e outras):**
  - Para secreção vaginal em mulheres adultas, coletar dois (02) swabs do fundo do saco vaginal com a utilização de espelho; em crianças coletar sem a utilização do mesmo;
  - Para secreção anal coletar dois (02) swabs da ampola anal;

- Para secreção oral coletar o(s) swab(s) da cavidade oral;
- Para coleta de secreções em outra parte do corpo ou material de lesões corporais, como mordidas encontradas na vítima, utilizar o(s) swab(s) umedecido(s) com salina ou soro fisiológico, friccionando-o(s) na pele;
- Submeter o material coletado à secagem, em temperatura ambiente, sem a utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol;
- Colocar o(s) swab(s) com material coletado e seco, individualmente em suas embalagens originais, acondicionando-os em envelope de papel, devidamente identificado com o nome da vítima, e lacrá-lo;
- Enviar o material ao Instituto de Análises Forenses (IAF) o mais rápido possível. Caso não seja possível encaminhá-lo imediatamente, os swabs devem ser armazenados em geladeira ou caixa térmica contendo gelox (temperaturas de 2 a 8°C) por um período que não ultrapasse 24 horas; passando este período, os swabs devem ser armazenados em freezer até seu envio ao Instituto de Análises Forenses (IAF);
- Em hipótese alguma, embalar o material úmido em sacos plásticos.

## **2. Roupas:**

Outros materiais contaminados por sêmen podem ser periciados, como: calcinha utilizada pela vítima na hora da agressão, peças de roupas do agressor, como a cueca e a calça, assim como qualquer outra peça de roupa, nestes casos:

- Submeter às peças de roupas à secagem, em temperatura ambiente, sem a utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol;
- O material após a secagem deve ser embalado, individualmente, em envelopes ou pacotes de papel;
- Em hipótese alguma, embalar o material úmido em sacos plásticos;
- Proceder à correta identificação do material;
- Enviar o material o mais rápido possível ao Instituto de Análises Forenses (IAF).

### 3. Preservativos encontrados no local da violência sexual:

- Devem ser acondicionados em frascos de coleta universal, devidamente identificados e armazenados em freezer.
- Enviar o material o mais rápido possível ao Instituto de Análises Forenses.

### METODOLOGIA PARA COLETA E POSTERIOR PESQUISA DE ÁLCOOL:

1. Fazer assepsia com substância não alcoólica, como clorexidina não alcoólica, água oxigenada ou água e sabão (NUNCA usar álcool);
2. Colher 5 ml de sangue por punção venosa;
3. Misturar o material com o anticoagulante (fluoreto) presente no tubo;
4. Conservar em refrigerador por no máximo 48 horas e enviar em caixa térmica contendo gelox o mais rápido possível ao Instituto de Análises Forenses (IAF).

### METODOLOGIA PARA COLETA E POSTERIOR PESQUISA TOXICOLÓGICA:

1. Coletar o máximo possível de urina e armazenar em frascos plásticos de tampa rosqueada.
2. Conservar em refrigerador por no máximo 48 horas e enviar em caixa térmica contendo gelox o mais rápido possível ao Instituto de Análises Forenses (IAF).

### OBSERVAÇÕES GERAIS

1. Preencher corretamente, se possível, todos os campos da Requisição de Perícias Laboratoriais (anexo IV);
2. A vítima, familiar ou responsável legal deve consentir e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo V).



## ***Anexo IV***

**Requisição de perícias laboratoriais – IGP/IAF**

|                                                                                   |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Estado de Santa Catarina<br>Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão<br>Instituto Geral de Perícias - IGP<br><b>Instituto de Análises Forenses - IAF</b> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

### REQUISIÇÃO DE PERÍCIAS LABORATORIAIS

|                                                         |                                                                    |                                                                     |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Guia nº:<br><small>(campo de uso exclusivo IML)</small> | Prontuário nº:<br><small>(campo de uso exclusivo hospital)</small> | Protocolo RAIVVS nº:<br><small>(campo de uso exclusivo IAL)</small> |
| Local da coleta:                                        | Data:                                                              | Hora:                                                               |

#### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

|       |        |      |               |
|-------|--------|------|---------------|
| Nome: |        |      |               |
| Sexo: | Idade: | Cor: | Estado Civil: |

#### IDENTIFICAÇÃO DO SUPOSTO AGRESSOR

|                                    |                                       |                                  |                                    |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conhecido | <input type="checkbox"/> Desconhecido | <input type="checkbox"/> Parente | <input type="checkbox"/> Múltiplos |
| Nome:                              |                                       |                                  |                                    |
| Sexo:                              | Idade:                                | Cor:                             | Estado Civil:                      |

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

|                                          |                                               |                                       |                                                                  |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Data:                                    | Hora:                                         | BOP nº:                               | Óbito: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Residência      | <input type="checkbox"/> Ambiente de trabalho | <input type="checkbox"/> Via pública  | Outros:                                                          |
| <input type="checkbox"/> Relação vaginal | <input type="checkbox"/> Relação anal         | <input type="checkbox"/> Relação oral |                                                                  |

#### MATERIAL ENVIADO PARA EXAME

|                                               |                                                           |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Swab vaginal         | <input type="checkbox"/> Roupas                           |
| <input type="checkbox"/> Swab anal            | <input type="checkbox"/> Aborto Legal                     |
| <input type="checkbox"/> Swab oral            | <input type="checkbox"/> Outros:                          |
| <input type="checkbox"/> Urina (toxicológico) | <input type="checkbox"/> Sangue com fluoreto (alcoolemia) |

#### EXAMES SOLICITADOS

|                                                      |                                                               |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pesquisa de espermatozoides | <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático Específico (PSA) |
| <input type="checkbox"/> Fosfatase Ácida Prostática  | <input type="checkbox"/> Gravidez (β-hCG)                     |
| <input type="checkbox"/> Toxicologia                 | <input type="checkbox"/> Alcoolemia                           |

#### HISTÓRICO E OBSERVAÇÕES

|                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Suspeita de uso de álcool: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não          |
| Suspeita de uso de drogas de abuso: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Internação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                         |
| Se sim, quanto tempo? _____                                                                   |
| Usou medicamentos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  |
| Se sim, quais? _____                                                                          |
| <b>Relato:</b>                                                                                |

#### ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO-LEGISTA OU PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

|  |
|--|
|  |
|--|

## ***Anexo V***

**Termo de consentimento livre e esclarecido**



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

BOP no: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, pessoa responsável pelo(a) paciente \_\_\_\_\_, declara ter recebido informações do médico(a) a respeito dos seguintes procedimentos e seus possíveis efeitos colaterais:

### CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Pílulas de hormônios que vão diminuir a chance de que haja gravidez em decorrência de estupro.

( ) Aceitou ( ) Não aceitou ( ) Criança ( ) Masculino

### PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Medicamentos utilizados para prevenir doenças que podem ser adquiridas pelo contato sexual.

|                         |             |                 |
|-------------------------|-------------|-----------------|
| Sífilis                 | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |
| Gonorréia               | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |
| Infecção por Clamídia   | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |
| Infecção por Tricomonas | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |
| Hepatite B              | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |

### PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

Medicamentos usados para diminuir a possibilidade de contrair o HIV após o contato sexual.

( ) Aceitou ( ) Não aceitou

### REALIZAÇÃO DE EXAMES

|                               |             |                 |             |               |
|-------------------------------|-------------|-----------------|-------------|---------------|
| Sorologia para sífilis        | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |             |               |
| Sorologia para hepatite B e C | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |             |               |
| Sorologia anti-HIV            | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |             |               |
| Teste de Gravidez             | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou | ( ) Criança | ( ) Masculino |

### \*PESQUISA DE:

|              |             |                 |
|--------------|-------------|-----------------|
| Esperma      | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |
| Toxicológica | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |
| Alcoolemia   | ( ) Aceitou | ( ) Não aceitou |

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima ou responsável \_\_\_\_\_

Testemunhas:

1a: \_\_\_\_\_

2a: \_\_\_\_\_

Assinatura médico(a) \_\_\_\_\_

\*Mediante preenchimento da Requisição de Perícias Laboratoriais

## ***Anexo VI***

### **Formulário de Solicitação de Medicamentos**

## Formulário de Solicitação de Medicamentos

| Nº de Prontuário<br>____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              | Peso<br>( ) 60 kilos ou + ( ) - de 60 kilos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Número de dias para dispensa de exposição<br>____                                                  | Este formulário vale para:<br><input type="checkbox"/> 1 dispensa <input type="checkbox"/> 2 dispensas                                                                                                                                         |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Categoria do Usuário</b><br><input type="checkbox"/> Gestante HIV +<br><input type="checkbox"/> Recém-nascido de mãe HIV+<br><input type="checkbox"/> Parturiente<br><input type="checkbox"/> Aids – Adulto<br><input type="checkbox"/> Aids – Criança                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              | <b>- Exposição</b><br><input type="checkbox"/> Ocupacional<br><input type="checkbox"/> Violência Sexual<br><input type="checkbox"/> Casais Sorodiscordantes<br><input type="checkbox"/> Comp. de seringa<br><input type="checkbox"/> Outros _____                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| Semanas de gestação _____<br>Genotipagem: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim<br>Início de Tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              | <b>Motivo para mudança no tratamento anti-retroviral (TARV)</b><br><input type="checkbox"/> Falha terapêutica clínica<br><input type="checkbox"/> Falha terapêutica laboratorial<br><input type="checkbox"/> Gestação (contra-indicação do esquema ARV em uso)<br><input type="checkbox"/> Reação(ões) adversa(s) a (os) ARV: _____<br><small>(sigla do(s) medicamento(s))</small><br><input type="checkbox"/> Outro – especificar: _____ |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| Data de Nascimento da Parturiente/Mãe do RN/Exposto<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                              | Data da exposição<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Retirou o medicamento?</th> <th style="width: 10%;">1ª Disp.</th> <th style="width: 10%;">2ª Disp.</th> <th colspan="2">Medicamentos (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Abacavir - ABC</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 300mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 20mg/mL /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Amprenavir - APV</td> <td><input type="checkbox"/> caps. de 150 mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 15mg/mL /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Atazanavir - ATV</td> <td><input type="checkbox"/> caps. de 200mg /dia <input type="checkbox"/> caps. de 150mg /dia <input type="checkbox"/> caps. de 300mg /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Darunavir - DRV</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 300mg /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Didanosina - ddI</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 100mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral de 10mg/mL/dia <input type="checkbox"/> caps. de 400mg /dia<br/> <input type="checkbox"/> comp. de 25 mg /dia <input type="checkbox"/> caps. de 250mg /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Efavirenz - EFZ</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 600 mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 30 mg/mL /dia <input type="checkbox"/> caps. de 200 mg /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Enfuvirtida - T-20</td> <td><input type="checkbox"/> frascos-amp. de 90 mg/mL/dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Estavudina - d4T</td> <td><input type="checkbox"/> caps. de 40mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 1mg/mL /dia <input type="checkbox"/> caps. de 30 mg /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Fosamprenavir - FPV</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 700mg/dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Indinavir - IDV</td> <td><input type="checkbox"/> caps. de 400 mg /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Lamivudina - 3TC</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 150mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Lopinavir + ritonavir - LPV/r</td> <td><input type="checkbox"/> caps. de 133,3mg + 33,3mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia <input type="checkbox"/> Comp. de 200mg + 50 mg/dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Nevirapina - NVP</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 200mg /dia <input type="checkbox"/> mL de suspensão oral 10mg/mL /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Raltegravir</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 400 mg/dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Ritonavir - RTV</td> <td><input type="checkbox"/> caps. de 100mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 80mg/mL /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Saquinavir - SQV</td> <td><input type="checkbox"/> caps. MOLE de 200mg /dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Tenofovir - TDF</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 300 mg / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Zidovudina+Lamivudina – AZT + 3TC</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 300mg +150mg / dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Zidovudina - AZT</td> <td><input type="checkbox"/> caps. de 100mg / dia <input type="checkbox"/> mL de sol. Oral 10mg/mL/dia <input type="checkbox"/> Solução injetável 10mg/mL/dia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sim<br/><input type="checkbox"/> Não</td> <td>Talidomida - tal</td> <td><input type="checkbox"/> comp. de 100 mg /dia</td> </tr> </tbody> </table> |                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                | Retirou o medicamento? | 1ª Disp. | 2ª Disp. | Medicamentos (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente) |  | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Abacavir - ABC | <input type="checkbox"/> comp. de 300mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 20mg/mL /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Amprenavir - APV | <input type="checkbox"/> caps. de 150 mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 15mg/mL /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Atazanavir - ATV | <input type="checkbox"/> caps. de 200mg /dia <input type="checkbox"/> caps. de 150mg /dia <input type="checkbox"/> caps. de 300mg /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Darunavir - DRV | <input type="checkbox"/> comp. de 300mg /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Didanosina - ddI | <input type="checkbox"/> comp. de 100mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral de 10mg/mL/dia <input type="checkbox"/> caps. de 400mg /dia<br><input type="checkbox"/> comp. de 25 mg /dia <input type="checkbox"/> caps. de 250mg /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Efavirenz - EFZ | <input type="checkbox"/> comp. de 600 mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 30 mg/mL /dia <input type="checkbox"/> caps. de 200 mg /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Enfuvirtida - T-20 | <input type="checkbox"/> frascos-amp. de 90 mg/mL/dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Estavudina - d4T | <input type="checkbox"/> caps. de 40mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 1mg/mL /dia <input type="checkbox"/> caps. de 30 mg /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Fosamprenavir - FPV | <input type="checkbox"/> comp. de 700mg/dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Indinavir - IDV | <input type="checkbox"/> caps. de 400 mg /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Lamivudina - 3TC | <input type="checkbox"/> comp. de 150mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Lopinavir + ritonavir - LPV/r | <input type="checkbox"/> caps. de 133,3mg + 33,3mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia <input type="checkbox"/> Comp. de 200mg + 50 mg/dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Nevirapina - NVP | <input type="checkbox"/> comp. de 200mg /dia <input type="checkbox"/> mL de suspensão oral 10mg/mL /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Raltegravir | <input type="checkbox"/> comp. de 400 mg/dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Ritonavir - RTV | <input type="checkbox"/> caps. de 100mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 80mg/mL /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Saquinavir - SQV | <input type="checkbox"/> caps. MOLE de 200mg /dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Tenofovir - TDF | <input type="checkbox"/> comp. de 300 mg / dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Zidovudina+Lamivudina – AZT + 3TC | <input type="checkbox"/> comp. de 300mg +150mg / dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Zidovudina - AZT | <input type="checkbox"/> caps. de 100mg / dia <input type="checkbox"/> mL de sol. Oral 10mg/mL/dia <input type="checkbox"/> Solução injetável 10mg/mL/dia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Talidomida - tal | <input type="checkbox"/> comp. de 100 mg /dia |
| Retirou o medicamento?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1ª Disp.                                                     | 2ª Disp.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Medicamentos (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente) |                                                                                                                                                                                                                                                |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Abacavir - ABC                                                                                     | <input type="checkbox"/> comp. de 300mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 20mg/mL /dia                                                                                                                                             |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Amprenavir - APV                                                                                   | <input type="checkbox"/> caps. de 150 mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 15mg/mL /dia                                                                                                                                            |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Atazanavir - ATV                                                                                   | <input type="checkbox"/> caps. de 200mg /dia <input type="checkbox"/> caps. de 150mg /dia <input type="checkbox"/> caps. de 300mg /dia                                                                                                         |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Darunavir - DRV                                                                                    | <input type="checkbox"/> comp. de 300mg /dia                                                                                                                                                                                                   |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Didanosina - ddI                                                                                   | <input type="checkbox"/> comp. de 100mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral de 10mg/mL/dia <input type="checkbox"/> caps. de 400mg /dia<br><input type="checkbox"/> comp. de 25 mg /dia <input type="checkbox"/> caps. de 250mg /dia |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Efavirenz - EFZ                                                                                    | <input type="checkbox"/> comp. de 600 mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 30 mg/mL /dia <input type="checkbox"/> caps. de 200 mg /dia                                                                                             |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Enfuvirtida - T-20                                                                                 | <input type="checkbox"/> frascos-amp. de 90 mg/mL/dia                                                                                                                                                                                          |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Estavudina - d4T                                                                                   | <input type="checkbox"/> caps. de 40mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 1mg/mL /dia <input type="checkbox"/> caps. de 30 mg /dia                                                                                                  |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fosamprenavir - FPV                                                                                | <input type="checkbox"/> comp. de 700mg/dia                                                                                                                                                                                                    |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Indinavir - IDV                                                                                    | <input type="checkbox"/> caps. de 400 mg /dia                                                                                                                                                                                                  |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lamivudina - 3TC                                                                                   | <input type="checkbox"/> comp. de 150mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia                                                                                                                                              |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lopinavir + ritonavir - LPV/r                                                                      | <input type="checkbox"/> caps. de 133,3mg + 33,3mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 80mg/mL + 20mg/mL /dia <input type="checkbox"/> Comp. de 200mg + 50 mg/dia                                                                    |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nevirapina - NVP                                                                                   | <input type="checkbox"/> comp. de 200mg /dia <input type="checkbox"/> mL de suspensão oral 10mg/mL /dia                                                                                                                                        |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Raltegravir                                                                                        | <input type="checkbox"/> comp. de 400 mg/dia                                                                                                                                                                                                   |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ritonavir - RTV                                                                                    | <input type="checkbox"/> caps. de 100mg /dia <input type="checkbox"/> mL de sol. oral 80mg/mL /dia                                                                                                                                             |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Saquinavir - SQV                                                                                   | <input type="checkbox"/> caps. MOLE de 200mg /dia                                                                                                                                                                                              |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tenofovir - TDF                                                                                    | <input type="checkbox"/> comp. de 300 mg / dia                                                                                                                                                                                                 |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Zidovudina+Lamivudina – AZT + 3TC                                                                  | <input type="checkbox"/> comp. de 300mg +150mg / dia                                                                                                                                                                                           |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Zidovudina - AZT                                                                                   | <input type="checkbox"/> caps. de 100mg / dia <input type="checkbox"/> mL de sol. Oral 10mg/mL/dia <input type="checkbox"/> Solução injetável 10mg/mL/dia                                                                                      |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Talidomida - tal                                                                                   | <input type="checkbox"/> comp. de 100 mg /dia                                                                                                                                                                                                  |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |
| Médico<br>Data ____/____/____ CRM: _____<br>_____<br>(carimbo e assinatura)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              | Farmacêutico responsável<br>Data ____/____/____ CRF: _____<br>_____<br>(carimbo e assinatura)<br>Farmacêutico responsável<br>Data ____/____/____ CRF: _____<br>_____<br>(carimbo e assinatura)                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                    | 1ª dispensa - Recebi em ____/____/____<br>_____<br>(assinatura do usuário)<br>2ª dispensa - Recebi em ____/____/____<br>_____<br>(assinatura do usuário)                                                                                       |                        |          |          |                                                                                                    |  |                                                              |                                                              |                                                              |                |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                     |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                        |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                    |                                                       |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                     |                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                               |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                               |                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                         |                                                              |                                                              |                                                              |             |                                              |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                                                                    |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                   |                                                              |                                                              |                                                              |                 |                                                |                                                              |                                                              |                                                              |                                   |                                                      |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                                                                                                                                           |                                                              |                                                              |                                                              |                  |                                               |

## ***Anexo VII***

### **Guia de Orientação aos Profissionais sobre a Medicação Anti-retroviral**



Governo de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Nereu Ramos  
Divisão de Enfermagem



Prefeitura de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rede de Atenção Integral às  
Vítimas da Violência Sexual

## Guia de Orientação aos Profissionais sobre a Medicação Anti-retroviral

### Medicamentos Anti-retrovirais de escolha em adultos:

**Quando começar:** iniciar no menor prazo possível até 72hs após exposição:

Kaletra (Lopinavir 200mg + Ritonavir 50mg): 2 comp de 12 em 12 h VO

Biovir (Zidovudina 300mg + Lamivudina 150mg): 1 comp de 12 em 12 h VO

Tempo: 30 dias

Solicitar quinze dias após início do tratamento hemograma, TGO, TGP, amilase, uréia, creatinina (**o que fazemos no nosso ambulatório é coletar no décimo terceiro dia e consultar no décimo quinto com os resultados**). As/os pacientes devem ter acesso a um retorno semanal, se necessário, por conta dos eventos adversos.

**Efeitos Adversos:** Qualquer um pode desenvolver reação alérgica com exantema ou prurido (não é comum).

**Zidovudina:** Náuseas, vômitos, fadiga, desconforto abdominal, cefaléia, alterações hematológicas (anemia, leucopenia e plaquetopenia), hepatotoxicidade, pigmentação das unhas e mucosas.

**Lamivudina:** Náuseas e vômitos eventuais, desconforto abdominal; neuropatia periférica e pancreatite.

**Kaletra:** Diarréia, náusea e desconforto abdominal. Mas a longo prazo podem desenvolver elevação de triglicerídeos e colesterol. Alguns casos de pancreatite foram relatados. Resistência a insulina, hiperglicemia, diabetes mellitus (ou piora de quadro preexistente).

**O que fazer em relação aos sintomas:** metoclopramida de horário, protetor gástrico (omeprazol ou ranitidina), fragmentar a alimentação (comer de quatro em quatro horas), não tomar os medicamentos em jejum, estimular ingestão hídrica, evitar bebidas alcoólicas e controles laboratoriais.

Em caso de intolerância deve ser reavaliado o esquema com a finalidade de não interromper a profilaxia. Nesta situação e se houver algum evento mais grave o **Serviço de Sobreaviso de Imunobiológicos especiais do Hospital Nereu Ramos** fica a disposição para contato.

HNR ambulatório: 32169452; 32169451; 32169447

Falar com as enfermeiras Ivania ou Rochele

Magali Chaves Luiz  
Infetologista HNR



## ***Anexo VIII***

**Guia de Orientação a(ao) Paciente em uso do Anti-retroviral**



Governo de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Nereu Ramos  
Divisão de Enfermagem



Prefeitura de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rede de Atenção Integral às  
Vítimas da Violência Sexual

### Guia de Orientação a/ao Paciente em uso do Anti-retroviral

#### ➤ SOBRE A TERAPIA

Este é um guia sobre os medicamentos que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo suas orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento, pois os medicamentos oferecidos atuam no sentido de diminuir as chances de infecção pelo HIV.

Caso ocorra alguma reação desagradável, procure seu médico/a.

#### ➤ ONDE É GUARDADO O MEDICAMENTO

Pode ser mantida fora do refrigerador, à temperatura ambiente (25°C). Conserve os comprimidos na embalagem original. Mantenha os medicamentos fora do alcance de crianças.

#### ➤ HORA DE ADMINISTRAR OS MEDICAMENTOS

Não faz diferença tomar antes, durante ou após as refeições, mas dê preferência para não tomar em jejum. Em caso de esquecimento de uma dose, tome imediatamente e aguarde para tomar a próxima no horário usual. Não tome a dose dobrada.

#### ➤ REAÇÕES DESAGRADÁVEIS

Apesar dos benefícios que o(s) medicamento(s) pode(m) trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, especialmente no início do tratamento. Se sentir algum destes sintomas, não interrompa o tratamento sem comunicar ao médico/a. Se outros sintomas ocorrerem, é importante comunicar-se com seu médico imediatamente.

##### 1. Náuseas e/ou vômitos

##### 2. Dificuldade de digestão (empachamento):

##### 3. Pirose (azia ou queimação estomacal)

##### 4. Pele (ressecada, feridas e ou coceiras)

##### 5. Anemia (tonturas, fraqueza e ou cansaço)

#### QUAIS MEDIDAS PODERÁ REALIZAR PARA ALIVIAR AS REAÇÕES:

- Para atenuar a náusea ao acordar, ingerir biscoitos secos, tipo cream cracker ou água e sal, sem líquidos.
- Pequenas refeições, várias vezes ao dia.
- Preferência de alimentos frios ou em temperatura ambiente.
- Dar prioridade a alimentos mais cozidos, de sabor mais suave.
- Preferência por carnes brancas, aves ou peixes.
- O uso de chás digestivos após a refeição, como o chá verde por exemplo.

- Indicar a ingestão de pequenos goles de água gelada que ajudam a diluir o suco gástrico.
- O consumo de alimentos ricos em potássio, como a banana, batata e carnes brancas.
- A água de côco também pode ser usada e é muito eficaz.
- O consumo de mais fibras na dieta. Farelos de trigo, farelo de arroz ou outra fibra integral, podem ser adicionados às refeições ou sucos, desde que não tenha diarreia
- O uso de azeite ou óleo vegetal nas verduras cruas.

#### **A PESSOA DEVE EVITAR:**

- Alimentos que causem gases, tais como: bebidas gasosas, cervejas, doces, brócolis, couve-flor, couve, feijão, batata-doce etc.
- Tomar líquidos durante a refeição. O ideal é beber 1 hora antes ou 2 horas após a refeição.
- Deitar após a refeição; se a pessoa quiser descansar que o faça sentada ou recostada.
- Alimentos gordurosos, especialmente os de origem animal, que são de difícil digestão. Alimentos crus, fibras, doces, leite e alimentos gordurosos.
- Condimentos, pimenta de todos os tipos e alimentos gordurosos.

#### **ATENÇÃO:**

- Tome bastante água;
- Use protetor solar com hidratante;
- Observe se tiver alterações na pele, comunique a equipe de saúde;
- Faça os exames de controle conforme agendado, prevenindo assim agravamento de reações mais graves tais como: anemia, problemas de fígado, dentre outros;
- Não use bebidas alcoólicas durante o tratamento;
- Evite dirigir ou operar máquinas, pelo menos no início, até que a resposta do organismo ao medicamento seja conhecida, pois podem ocorrer tontura e fraqueza..

#### **USO DE OUTROS MEDICAMENTOS**

Não faça uso de outros medicamentos sem o conhecimento do/a médico/a. Procure orientação de um profissional de saúde caso necessite fazer uso de outros medicamentos.

#### **EM CASO DE DÚVIDAS**

Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação de seu médico/a ou da equipe do Ambulatório

***Se, por algum motivo, não usar o medicamento. Devolva-o.***

## ***Anexo IX***

**Termo de encaminhamento - AMBULATORIAL**



## Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis

### TERMO DE ENCAMINHAMENTO

De: \_\_\_\_\_

Para:

Ambulatório de pediatria do HU/ UFSC, Campus Universitário, Trindade.

Telefone: 3721-9138

Ambulatório de ginecologia do HU/UFSC, Campus Universitário, Trindade.

Telefone: 3721-9137

Ambulatório do Hospital Infantil. R. Rui Barbosa, nº 152, Agronômica.

Telefone: 3251-9105

Ambulatório de Ginecologia da Maternidade Carmela Dutra. Rua Irmã Benwarda, 208, Centro.

Telefone: 3251-7500

Encaminhamos \_\_\_\_\_  
para atendimento neste serviço.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional

## ***Anexo X***

**Termo de encaminhamento - PSICOLÓGICO, JURÍDICO E SOCIAL – CEAV**



## Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis

### TERMO DE ENCAMINHAMENTO

De: \_\_\_\_\_

Para: CEAV – CENTRO DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE CRIMES

Endereço: Av. Mauro Ramos, nº 1264, Centro. (ao lado da Igreja Universal)

Telefones: 3224-6462 / 0800 48 1200

Encaminhamos \_\_\_\_\_  
para atendimento neste serviço.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional

## ***Anexo XI***

**Termo de encaminhamento - SERVIÇO DE INFECTOLOGIA – HIJG**





## Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis

### TERMO DE ENCAMINHAMENTO

De: \_\_\_\_\_

Para: SERVIÇO DE INFECTOLOGIA - Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Endereço: R. Rui Barbosa, nº 152, Agronômica.

Telefone: 3251-9000. A qualquer hora do dia.

Encaminhamos \_\_\_\_\_  
para atendimento neste serviço.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional

## ***Anexo XII***

**Termo de encaminhamento - SERVIÇO DE INFECTOLOGIA – HNR**



## Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis

### TERMO DE ENCAMINHAMENTO

De: \_\_\_\_\_

Para: SERVIÇO DE INFECTOLOGIA - Hospital Nereu Ramos

Endereço: R. Rui Barbosa, s/nº, Agronômica.

Telefone: 3216-9300. A qualquer hora do dia.

Encaminhamos \_\_\_\_\_  
para atendimento neste serviço.

Data: \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional

## ***Anexo XIII***

**Lista de endereços para encaminhamentos**



## Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual do Município de Florianópolis

### LISTA DE ENDEREÇOS PARA ENCAMINHAMENTOS

#### **O que** - MEDICAMENTOS PARA PROFILAXIA DA AIDS E DA HEPATITE B

- Maiores de 15 anos.

**Onde** - Hospital Nereu Ramos. R. Rui Barbosa, s/nº, Agronômica. Fone: 3216-9300. A qualquer hora do dia.

Maternidade Carmela Dutra. Rua Irmã Benwarda, 208, Centro. Fone: 3251-7500.

Hospital Universitário. Campus Universitário, Trindade. Fone: 3721-9100

- Menores de 15 anos.

**Onde** - Hospital Infantil Joana de Gusmão. Rua Rui Barbosa, nº152, Agronômica. Fone: 3251-9000. A qualquer hora do dia.

Hospital Universitário. Campus Universitário, Trindade. Fone: 3721-9137.

#### **O que** - ACOMPANHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL

- Menores de 15 anos atendidas no Hospital Universitário.

**Onde** - Ambulatório de pediatria do HU/ UFSC, Campus Universitário, Trindade. Fone: 3721-9138.

- Maiores de 15 anos atendidos no Hospital Universitário.

**Onde** - Ambulatório de ginecologia do HU/UFSC, Campus Universitário, Trindade. Fone: 3721-9137.

- Menores de 15 anos atendidas no Hospital Infantil.

**Onde** - Ambulatório de alto risco do Hospital Infantil. R. Rui Barbosa, nº 152, Agronômica. Fone: 3251-9105 (para marcar). Pode ser agendado por telefone por qualquer pessoa.

- Maiores de 15 anos atendidas na Maternidade Carmela Dutra.

**Onde** - Ambulatório de Ginecologia da Maternidade Carmela Dutra. Rua Irmã Benwarda, 208, Centro. Fone: 3251-7500.

#### **O que** - ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL E JURÍDICO

**Onde** - CEAV. Av. Mauro ramos, n.º 1264, Centro. Fone: 3224-6462 / 0800 48 1200.

#### **O que** - BANCO DE DADOS (RAIVVS).

**Onde** - Secretaria Municipal de Saúde. Avenida Henrique da Silva Fontes, nº 6100, Trindade. Fone: 3239-1542.

E-mail: [redviolenciasexual@pmf.sc.gov.br](mailto:redviolenciasexual@pmf.sc.gov.br)

## ***Anexo XIV***

### **Normatização da interrupção legal da gestação**



## Normatização da Interrupção Legal da Gestação



O Hospital Universitário é o serviço de referência da Rede de Atenção Integral às Vítimas de Violência Sexual para a realização da interrupção legal da gestação.

Poderá ser realizada a interrupção legal da gestação em mulheres adolescentes e adultas, com idade gestacional até 11 semanas e 6 dias (da chegada da paciente ao serviço).

1. A paciente deverá primeiramente procurar o Serviço Social da Maternidade no horário de 13h00 às 18h00, de 2ª a 6ª feira (nunca nos finais de semana e feriados), onde receberá esclarecimento e passos desse protocolo;
2. Fazer a Ficha de Atendimento de Emergência (Balcão de Emergência Adulto);
3. Dirigir-se à Triagem Obstétrica;
4. Anamnese realizada pelo/a ginecologista de plantão com o preenchimento dos papéis do kit de atendimento;
5. Abertura de prontuário se necessário;
6. Caso não tenha exame de ultra-sonografia recente, deverá realizá-lo (será providenciado e agilizado dentro desta instituição);
7. Entrevista, avaliação e parecer da enfermeira da Triagem Obstétrica;
8. Entrevista, avaliação e parecer da psicologia;
9. Entrevista, avaliação e parecer do serviço social;
10. Reunião dos quatro profissionais e assinatura do laudo de consentimento para realização do procedimento;
11. A paciente será orientada a vir às 08h00 horas da manhã, em jejum, no próximo dia útil (nunca em final de semana ou feriados), ou aguardar contato telefônico, onde será avisada sobre o dia em que deverá internar-se para o procedimento;
12. Método de interrupção:
  - Gestação até 9 semanas e 6 dias: dose única de 400 mcg de misoprostol via

vaginal pela manhã, e procedimento de AMIU (preferencialmente) ou curetagem uterina após 4 a 6 horas.

➤ Gestação entre 10 e 11 semanas e 6 dias: uso de 200mcg de misoprostol 3/3 horas via vaginal até eliminar e após AMIU ou curetagem uterina, quando necessário.

13. Alta hospitalar o mais precoce possível;

14. Encaminhamento para o ambulatório - Dra. Arilene, (duas vagas semanais para pacientes vítimas de violência sexual) para orientações e acompanhamento.

15. O material biológico proveniente de interrupção legal da gestação realizado no Hospital Universitário deve ser acondicionado em recipiente limpo sem nenhum tipo de conservantes e devem ficar armazenados em geladeira (2 a 8°C) por um período que não ultrapasse 24 horas; passando este período, devem ser armazenados em freezer. O Instituto de Análises Forenses (IAF) deve ser acionado em horário comercial (telefone: 3331-4428 ou 3331-4429) para busca do material.

O material será armazenado por tempo indeterminado no Instituto de Análises Forenses (IAF). Neste caso deverá ser utilizada a Requisição de Perícias Laboratoriais - IGP/IAF (anexo IV).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIVISÃO DE TOCOGINECOLOGIA  
**TERMO DE RELATO CIRCUNSTANCIADO**

Eu, \_\_\_\_\_, brasileira, \_\_\_\_\_  
anos, portadora do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, decla-  
ro que no dia \_\_\_\_\_, do mês \_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_,  
no endereço \_\_\_\_\_  
(ou proximidades indicar ponto de referência) \_\_\_\_\_  
, bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, fui vítima de  
crime de violência sexual, nas seguintes circunstâncias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Em caso de agressor(es) desconhecido(s)**

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por \_\_\_\_\_ homem(s)  
de aproximadamente \_\_\_\_\_ anos, raça/cor \_\_\_\_\_, cabelos  
\_\_\_\_\_, trajando \_\_\_\_\_ (calça, cami-  
sa, camisetas, tênis e outros), outras informações (alcoolidado, drogado, condutor do  
veículo/tipo \_\_\_\_\_ etc).

O crime foi presenciado por (se houver testemunha) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Em caso de agressor(es) conhecido(s)**

Declaro ainda, que fui agredida e violentada sexualmente por (informação op-  
cional) \_\_\_\_\_  
, sendo meu/minha \_\_\_\_\_ (indicar grau de parentesco ou de  
relacionamento social e afetivo), com \_\_\_\_\_ anos de idade e que no momento do  
crime (encontrava-se ou não) \_\_\_\_\_ (alcoolidado, drogado)  
\_\_\_\_\_. O crime foi presenciado por (se houver testemunha) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

É o que tenho/ temos a relatar:

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome, identificação e assinatura \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS \_\_\_\_\_

Profissional de saúde - Nome, identificação e assinatura \_\_\_\_\_

Profissional de saúde - Nome, identificação e assinatura \_\_\_\_\_

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIVISÃO DE TOCOTGINECOLOGIA  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
Interrupção de Gravidez Resultante de Violência Sexual

Por meio deste instrumento eu, \_\_\_\_\_,

Documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_  
registro hospitalar nº \_\_\_\_\_ e/ou \_\_\_\_\_ meu represen-  
tante legal/responsável \_\_\_\_\_ documento de  
identificação tipo \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, em conformidade com o Artigo 128,  
inciso II do Código Penal Brasileiro, exerço o direito de escolha pela interrupção da ges-  
tação de forma livre, consciente e informada.

Declaro que estou informada da possibilidade de manter a gestação até o seu  
término, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto, apropriados para a situ-  
ação; e das alternativas após o nascimento, que incluem a escolha de permanecer com  
a criança e inseri-la na família, ou de proceder com os mecanismos legais de doação.

Declaro, estar esclarecida (os) dos procedimentos médicos que serão adotados  
durante a realização da intervenção (abortamento previsto em Lei), bem como dos  
desconfortos e riscos possíveis à saúde, as formas de assistência e acompanhamentos  
posteriores e os profissionais responsáveis Declaro, que me é garantido o direito ao  
sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial.

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecida pelos profissionais  
de saúde e ter entendido o que me foi explicado, solicito de forma livre e esclarecida  
a interrupção da gestação atual decorrente de violência sexual, e autorizo a equipe do  
Hospital \_\_\_\_\_ aos procedimentos necessários.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome, identificação e assinatura.

\_\_\_\_\_  
Testemunha - Nome, identificação e assinatura

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIVISÃO DE TOCOGINECOLOGIA

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Por meio deste instrumento, eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portadora do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, ou  
legalmente representada por \_\_\_\_\_,  
portador do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_,  
assumo a responsabilidade penal decorrente da prática dos crimes de Falsidade Ide-  
ológica e de Aborto, previsto nos artigos 299 e 124 do Código Penal Brasileiro, caso  
as informações por mim prestadas ao serviço de atendimento às vítimas de violência  
sexual do Hospital \_\_\_\_\_ **NÃO** correspondam à legítima  
expressão da verdade.

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome, identificação e assinatura.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIRETORIA DE ENFERMAGEM  
Serviço de Enfermagem Ginecológica e Emergência Ginecológica e Obstetrícia

### RELATO DE ENFERMAGEM

A cliente .....  
compareceu neste serviço às ..... horas do dia ...../...../.....,  
acompanhada de: .....  
relatando que foi vítima de violência sexual no dia ...../...../..... e que esta  
relação gerou uma gravidez indesejada.

Refere que : - Fez boletim de ocorrência sim ( ) não ( )  
- Procurou o serviço de saúde sim ( ) não ( )  
- Foi atendida pelo protocolo da rede de atenção sim ( ) não ( )  
integral às vítimas de violência sexual

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Enfermeira (assinatura e carimbo).

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIVISÃO DE TOCOGINECOLOGIA

**PARECER TÉCNICO**

Em face da análise dos resultados dos exames físico geral, ginecológico, de ultrasonografia obstetrícia e demais documentos anexados ao prontuário nº \_\_\_\_\_ da paciente \_\_\_\_\_, portadora do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_; manifesta-se favorável a interrupção legal da gestação pela compatibilidade entre a idade gestacional e a da data da violência sexual alegada.

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico(a) (assinatura e carimbo)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DIVISÃO DE TOCGINECOLOGIA

**Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez Resultante de Estupro**

Nesta data, a Equipe de Saúde multidisciplinar do Serviço de \_\_\_\_\_ do Hospital \_\_\_\_\_, avaliou o pedido de interrupção de gestação, fundamentado na declaração de violência sexual apresentada pela usuária \_\_\_\_\_, portadora do documento de identificação tipo \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, registro hospitalar nº \_\_\_\_\_ com \_\_\_\_\_ semanas de gestação.

Atesta-se que o pedido se encontra em conformidade com o artigo 128 do inciso II do Código Penal, sem a presença de indicadores de falsa alegação de crime sexual. Portanto, APROVA-SE, de acordo com a conclusão do Parecer Técnico, a solicitação de interrupção de gestação formulada pela paciente e/ou por seu representante legal.

Local e data \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO**

Equipe multiprofissional:

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

\_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura

\_\_\_\_\_



