



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

Manual de Orientação
Violência Sexual e Interrupção
da Gestação Prevista por Lei

2010

Manual de Orientação

*Violência Sexual e Interrupção
da Gestação Prevista por Lei*



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

*Comissões Nacionais Especializadas
Ginecologia e Obstetrícia*

**Violência Sexual e Interrupção
da Gestação Prevista por Lei**

2010

Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

DIRETORIA

TRIÊNIO 2009 - 2011

Presidente

Nilson Roberto de Melo

Secretario Executivo

Francisco Eduardo Prota

Secretaria Executiva Adjunta

Vera Lúcia Mota da Fonseca

Tesoureiro

Ricardo José Oliveira e Silva

Tesoureira Adjunta

Mariângela Badalotti

Vice-Presidente Região Norte

Pedro Celeste Noleto e Silva

Vice-Presidente Região Nordeste

Francisco Edson de Lucena Feitosa

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Hitomi Miura Nakagava

Vice-Presidente Região Sudeste

Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos

Vice-Presidente Região Sul

Almir Antônio Urbanetz

Manual de Orientação
Violência Sexual e Interrupção da Gestação
Prevista por Lei
2010



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

*Comissões Nacionais Especializadas
Ginecologia e Obstetrícia*

**Violência Sexual e Interrupção da Gestação
Prevista por Lei**

Presidente: Osmar Ribeiro Colas (SP)
Vice-Presidente: Aloísio José Bedoni (SP)
Secretário: Cristião Fernando Rosas (SP)

MEMBROS

Zélia Maria Campos (AM)
Neila Maria Dahas R. Jorge (PA)
Eugênio Marcelo Piotta Tavares (PE)
David da Costa Nunes da Silva (BA)
Stênia Lina Leão Lima (RN)
José Marsiglio Neto (DF)
Ramon Luis Braga Moreira (MG)
Evelise Pochmann da Silva (RJ)
Carlos Tadayuki Oshikata (SP)
Carlos Alberto Diêgoli (SP)
Renata Delphim de Moraes (SP)
Antonio Celso Koehler Ayub (RS)



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Presidência

Rua Dr. Diogo de Faria, 1087 - cj. 1103/1105
Vila Clementino - São Paulo / SP - CEP: 04037-003
Tel: (11) 5573.4919 Fax: (11) 5082.1473
e-mail: presidencia@febrasgo.org.br

Secretaria Executiva

Avenida das Américas, 8445 - sala 711
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro / RJ - CEP: 22793-081
Tel: (21) 2487.6336 Fax: (21) 2429.5133
e-mail: secretaria.executiva@febrasgo.org.br

Manual de Orientação

Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei

ÍNDICE

PREFÁCIO DA 3ª EDIÇÃO	7
APRESENTAÇÃO	9
ORGANIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL	11
FLUXO DE ATENDIMENTO	15
ATENDIMENTO IMEDIATO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	17
ABORDAGEM PSICOLÓGICA NO ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DA VIOLÊNCIA SEXUAL	25
ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	31
INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI	37
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI	41
MÉTODOS DE INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO	43
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO	47
CÓDIGO PENAL E AS LEIS DOS CRIMES CONTRA PESSOAS	51



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia

*Comissões Nacionais Especializadas
Ginecologia e Obstetrícia*

Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei

PREFÁCIO DA 3ª EDIÇÃO

Os temas abordados neste manual são de extrema importância, principalmente pelo fato de imbricarem questões de ordem técnica com aspectos religiosos, éticos e bioéticos. Os médicos, no exercício de sua função, têm o direito de atuar dentro dos seus padrões religiosos e filosóficos, desde que estas restrições não ofereçam nenhum risco maior às pacientes que este esteja atendendo. É importante ressaltar que, qualquer que sejam suas “objeções de consciência”, estas devem ter duas vias: a sua (do médico) e a dos outros (pacientes) que necessitam estes procedimentos. O direito de atendimento universal oferecido pelo SUS (Sistema Único de Saúde) garante a todos os cidadãos e cidadãs o acesso a todos os procedimentos legais reconhecidos e oferecidos pelo Sistema de Saúde. Cabe então aos gestores e contratados se inteirarem de suas obrigações **antes de aceitarem o cargo e/ou emprego** para, desta maneira, não comprometerem o bom e completo atendimento às usuárias deste Sistema de Saúde.

Na terceira revisão deste manual, procuramos manter o mesmo formato anterior, atualizando alguns aspectos técnicos e medicamentosos, retirando alguns tópicos que, hoje já universalizados, não necessitam de tantas explicações técnicas (como o capítulo de aspiração manual intrauterina - AMIU).

Esperamos que esta publicação possa servir de apoio tanto técnico como ético e legal, para que os ginecologistas possam, em consultas rápidas e objetivas ao manual, exercer suas atividades com segurança.

Os esquemas medicamentosos aqui apresentados foram baseados nas recomendações da FLASOG, mas devemos entender que é muito dinâmica esta área, e possivelmente, em poucos meses, novos esquemas já estejam sendo recomendados. A leitura das revistas oficiais de FEBRASGO (RBGO e FEMINA) poderá servir de veículo de atualização não só para este como para todos os manuais das várias comissões.

Agradecemos a todos os colegas que colaboraram com esta revisão.

APRESENTAÇÃO

Dentre as situa es que permeiam a sociedade moderna, a violência contra a pessoa é indiscutivelmente o evento bioético da maior relevância, não somente pelos danos físicos e psicológicos que causa, como também pelo número de a es necessárias ao seu tratamento. Em 1994, a Conferência Internacional da ONU sobre Popula o e Desenvolvimento no Cairo, e posteriormente a da Mulher em Pequim (1995), lançaram luzes sobre a questão da violência sexual, considerando ser uma importante cesura nos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e adolescentes. Da mesma forma, o Conselho Econ mico e Social das Na es Unidas classificou a violência sexual como “um problema de saúde pública” a ser combatido em todo o mundo e por todos os governos, sugerindo a questão em sua plataforma de a es.

O Brasil, além de participar destes compromissos internacionais, foi também signatário dos tratados que asseguram direitos às mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e sexual. Em consequência, apresentou considerável avanço no que se referem ao acesso das mulheres vítimas, aos serviços de saúde e   assistência imediata p s-estupro. Foi fundamental, neste momento, o papel dos movimentos feministas no encaminhamento desta e de outras a es em prol das mulheres, especialmente as mais carentes. Destaque-se, neste particular, o acesso aos hospitais que praticam a interrup o da gesta o dentro das possibilidades legais.

Em nível internacional, a FIGO (Federa o Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) e a OMS (Organiza o Mundial da Saúde) em seus fóruns de saúde sexual e reprodutiva vêm discutindo permanentemente o tema, tendo inclusive criado comissões específicas para este fim. Dentre as comissões, a de violência contra as mulheres, tem o papel fundamental de apontar e denunciar torturas, mutila es e estupros. A partir de 1996, a Federa o Brasileira das Associa es de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), sensível   situa o mundial e diante do aumento da incidência destes atos no Brasil, criou a Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrup o da Gesta o Prevista em Lei, com reconhecimento nacional e internacional. Esta Comissão vem disseminando a es preventivas e curativas na aten o às mulheres e adolescentes que sofrem violência sexual. Além disso, tem discutido com médicos e com a sociedade a problemática da interrup o da gesta o, nos marcos legais, dando enfoque aos direitos das mulheres.

Em parceria com o Ministério da Saúde, com o movimento feminista e com ONGs, vem

conquistando novas parcerias na difícil tarefa de orientar o médico tocoginecologista e de criar ações voltadas para a atenção às mulheres em situação de violência. Muitas destas ações são conhecidas e praticadas em nosso meio por número expressivo de profissionais. Mas, há ainda um grande contingente de médicos não familiarizados com as rotinas e com as profilaxias necessárias.

Este manual de orientação é mais uma publicação da FEBRASGO para o tocoginecologista, que analisa de maneira prática os vários aspectos do atendimento à mulher vítima de violência sexual. Contribuirá, sem dúvida, para a aquisição de novos conhecimentos e de saber nesta importante área.

ORGANIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

Sensibilização e treinamento de equipe multiprofissional

A sensibilização de todos os profissionais do serviço para a questão da violência é de suma importância. Desde a recepcionista até o médico, todos devem estar conscientes das dificuldades que a adolescente ou a mulher violentada enfrenta para revelar o ocorrido. Soma-se à dor, um sentimento de culpa imposto ao longo dos anos, pela maneira como a sociedade tratava o estupro, e a desconfiança sobre a participação da vítima como provocadora da violência.

A equipe preparada para prestar este atendimento deve ser preferencialmente composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, embora a ausência de um não inviabilize o atendimento, à exceção do médico. Os profissionais da equipe de saúde devem acolher e ouvir a paciente, realizar o atendimento médico e psicossocial, realizar as profilaxias pertinentes e fornecer todas as orientações quanto aos direitos legais (veja adiante).

Não resta dúvida de que o treinamento e a sensibilização da equipe devem visar acima de tudo à preparação para um atendimento humanizado e competente. Os médicos devem ser capacitados para realizar as profilaxias e também estar preparado para realizar a técnica de aspiração manual intrauterina (AMIU) quando se fizer necessária a interrupção da gestação por estupro. Esta técnica tem se mostrado mais segura e eficaz na interrupção da gestação até 12 semanas, do que a curetagem uterina clássica.

Espaço físico para o atendimento

O cuidado com o local escolhido para o atendimento deverá refletir a preocupação com a privacidade sem, no entanto estigmatizar as mulheres ali atendidas, com placas indicativas nas salas para atendimento a vítimas de violência. O espaço deve contar com sala privativa de atendimento onde possam atuar a assistente social e a psicóloga e um consultório médico com sala de exame ginecológico (evitar, se possível, a sala da triagem ou do pronto-socorro) e pequeno armário contendo medicamentos para a profilaxia de DST/AIDS e anticoncepção de emergência. Deve dispor ainda de centro cirúrgico, mesmo que pequeno, para os atendimentos que necessitem de correção cirúrgica de urgência (lacerações) e para a realização dos abortos previstos em lei.

Equipamentos e instrumentais básicos

A sala de atendimento médico deve estar equipada de modo que o exame ginecológico completo possa ser realizado. Isto inclui: mesa ginecológica com perneiras, foco de luz, espelhos, pinças e material para a coleta de **SEMEN** do canal vaginal (espátula de Ayre, papel filtro e envelopes de papel).

Recomendam-se, como equipamentos adicionais, que o serviço seja dotado de colposcópio, maquina fotográfica para a documentação das lesões genitais e em qualquer outra parte do corpo. Para os casos de emergência, uma caixa de pequena cirurgia pode ser necessária para a realização de suturas ou outro atendimento de emergência que for preciso.

O serviço que estiver capacitado para a realização de interrupção da gestação previstos em lei deve ter instrumentos adequados para tal procedimento. Recomendam-se instrumentos para dilatação do colo uterino e curetagem uterina, além de “kits” completos para Aspiração Manual Intrauterina (**AMIU**) ou **Aspirador Elétrico**. Nas pacientes muito traumatizadas pela violência e em menores de idade, procura-se efetuar os procedimentos em centro cirúrgico e com anestesista.

Laboratório

A instituição deve viabilizar a realização de exames sorológicos, bacteriológicos e de culturas em laboratório próprio ou conveniado, visando à detecção do vírus das hepatites B e C, sífilis, HIV e outras DST, além de beta HCG plasmático para o diagnóstico de gravidez.

O material de abortamento (por estupro) necessita ser armazenado sob a forma de fragmentos de tecido placentário ou fetal. Recomenda-se que o setor de Anatomia Patológica faça a inclusão deste material em blocos de parafina para serem utilizados posteriormente para prova de paternidade pelo DNA, quando a justiça solicitar.

Registro de dados

Os dados deverão ser registrados e organizados em prontuário próprio do serviço ou de preferência em ficha padronizada para o atendimento às vítimas de violência sexual. Estas informações poderão ser úteis para os procedimentos legais. Incluímos no anexo, um modelo de ficha que poderá ser adaptado para cada serviço.

Divulgação do serviç o e integração entre os diversos órgãos que atendem as mulheres em situação de violência

Um serviç o desta natureza deve ser divulgado amplamente para que as pessoas tenham fácil acesso a ele. Os diversos órgãos que compõem a rede de atendimento à mulher vítima de violência são: Delegacias de Defesa da Mulher, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Instituto Médico Legal (IML), Unidades Básicas de Saúde, e outros que devem estar perfeitamente integrados para seguirem normas uniformes no atendimento.   recomendável que o serviç o confeccione cartazes e “folders” informativos, com endereç o e telefone em destaque para facilitar a informação.

Seguimento ambulatorial

Após o atendimento médico de urgência, as pacientes devem ser encaminhadas para um acompanhamento psicológico, que deve se estender até o seu completo restabelecimento. A(o) psicóloga(o) tem como objetivo estruturar o tipo de atendimento a ser realizado de acordo com a gravidade de cada caso. Assim, os retornos devem ser agendados ao final de cada consulta, e a data fornecida   paciente. Busca ativa deve ser realizada pela enfermagem ou pelo serviç o social nos casos de abandono de tratamento. Dentro do seguimento ambulatorial, deve-se proceder a avaliação ginecológica periódica e prevenção das sequelas. Do mesmo modo, possibilitar o rastreamento sorológico e a anticoncepção. O atendimento social inclui conhecer as condições de vida da paciente, a situação em sua casa, se o agressor é conhecido e se ainda vem sendo ameaçada. A assistente social pode também manter contato com delegacias e outras instâncias para solucionar o problema da mulher.

Publicidade e média

É comum que os veículos de comunicação queiram divulgar o serviç o. Via de regras, os jornalistas gostam de ilustrar suas matérias com histórias reais de pacientes atendidas. Neste intuito, solicitam que se indiquem mulheres que sofreram violência sexual para entrevistas, ou mesmo aquelas em que se realizou a interrupção da gestação por estupro, para relatos de experiência. **  necessário obter autorização prévia e expressa da mulher e, se for menor, de seu representante legal, antes de fornecer seu nome ou telefone para a imprensa.** Lembre-se que a privacidade dos atos médicos, bem caracterizada no Código de  tica Médica, reforça que toda informação deve ser autorizada pela paciente.

FLUXO DE ATENDIMENTO

Como se sabe, a agressão não tem hora para acontecer e um serviço emergencial deve ser implantado no pronto socorro de ginecologia e obstetrícia. Ao receber a mulher ou adolescente agredida sexualmente, o médico ou a enfermeira plantonista deverá acolh la com respeito e proceder à anamnese e ao preenchimento de ficha padronizada, com dados relevantes sobre o ocorrido. O exame do corpo   procura de lesões, hematomas e cortes, deve ser sistemático.

O exame da genitália deve ser minucioso, especialmente na procura de rotura himeral. Deve-se obter esperma do canal vaginal, fixar o esfregaço em papel filtro e acondicioná-lo em envelope de papel identificado com o nome e a data da ocorrência. Deve o médico, ainda, realizar as profilaxias necessárias: preven o de gravidez (anticoncep o de emergência), preven o de DST, preven o de hepatite B, preven o de AIDS, se o atendimento acontecer antes de 72 horas do ocorrido. A prescri o de agentes antirretrovirais com a finalidade de profilaxia de HIV deve seguir uma escala de prioridades.

Quando houver sexo anal e vaginal, com lesão da mucosa vaginal ou anal; se o agressor for um indivíduo drogado, tatuado, ex-presidiário ou sabidamente HIV positivo, e ainda quando a agressão sexual foi efetuada por mais de uma pessoa, são fatores indicativos da necessidade de profilaxia anti-HIV. Se não houver ejacula o, o antirretroviral não deverá ser administrado. Ao término da avalia o médica inicial, se esta foi feita pelo próprio médico, deve a mulher ser encaminhada para a assistente social (se houver na institui o) e para a psicóloga. Aquelas institui es nas quais não há assistente social, nem psicóloga, a enfermeira deverá realizar o atendimento. Em boa parte dos serviços brasileiros é a enfermeira que faz o atendimento inicial e orienta as profilaxias. A fun o da assistente social será a de elaborar o prontuário, contendo dados do ocorrido, orientar sobre os direitos legais, fazer contato com delegacias, orientar os familiares e conhecer a situa o social da vítima, particularmente importante na violência doméstica.

A psicóloga, por sua vez, fará a abordagem emergencial para avaliar o impacto da violência sobre a esfera psíquica. O seguimento deverá ser sistemático e o número de consultas determinado de acordo com a necessidade individual de cada caso.

Em nível ambulatorial, o seguimento pós-violência sexual às mulheres, crianças ou adolescentes, deve preferencialmente ser também realizado por equipe multiprofissional

capacitada (médico, psicólogo, enfermeiro e assistente social). A falta de um dos profissionais não deve inviabilizar o serviço, devendo esta lacuna ser preenchida por outro profissional de área equivalente. Desta maneira, a abordagem inicial, visando o “acolhimento”, poderá ser realizada tanto por uma enfermeira, como por assistente social, que deverão reforçar as orientações sobre os direitos legais tais como a confecção do boletim de ocorrência policial (preferencialmente em DDM*) e a possibilidade de abortamento caso a gravidez venha a ocorrer.

Se o atendimento já foi realizado no setor de emergência ou no pronto socorro, todos os dados devem ser incluídos no prontuário.

Quanto ao seguimento laboratorial, o acompanhamento sorológico deverá estar completo num espaço de 6 meses, quando as possibilidades de viragem sorológica forem mínimas. Os exames de rotina solicitados no atendimento são: VDRL ou RPR, HBSAg, anti-HBc IgM, anti-HCV e anti-HIV. Fica a critério de cada serviço incluir, em sua rotina, colposcopia, vulvosscopia e a citologia, no sentido de rastreamento de DST's não virais e as virais do tipo HPV.

Toda a equipe deve estabelecer o momento em que a mulher ou adolescente encontra-se apta à readaptação social e poderá receber alta.

Para maior praticidade, dividimos o atendimento às vítimas de violência sexual em três etapas:

1ª) Atendimento imediato (até 72 horas) onde o acolhimento e as profilaxias de gravidez e DST são impositivos se houver indicação;

2ª) Atendimento imediato ou o ambulatorial (após 72 horas) onde o acompanhamento da paciente e das medicações prescritas deve ser realizado;

3ª) Interrupção da gestação quando houver indicação.

ATENDIMENTO IMEDIATO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

As pacientes que chegam até 72 horas após a violência sexual devem ser acolhidas com carinho e respeito, evitando-se a discriminação de qualquer natureza.

Exame ginecológico

O exame ginecológico deve ser criterioso, com descrição minuciosa das lesões encontradas e coleta da secreção vaginal contendo sêmen, com espátula de Ayre, fixando-a em papel filtro estéril (que deve estar disponível no local do atendimento). Deverá ser guardado em envelope e anexado ao prontuário da paciente, que recebe uma via da solicitação realizada. Se o serviço possuir colposcopia, este exame poderá identificar pequenas lesões externas. Não se recomenda o exame de toque bidigital neste momento, à exceção dos casos em que a critério clínico pareça necessário.

Não deve o profissional se esquecer de que o sêmen pode estar na vagina, mas pode estar em qualquer parte do corpo. Às vezes nas vestes desprezadas em casa, no cabelo, perianal etc., por isso é importante indagar a paciente a este respeito e eventualmente solicitar as vestes (calcinha) para colher o sêmen. Nesta situação, um pedaço pode ser recortado ou um cotonete estéril, umedecido em água estéril pode ser utilizado e depois guardado em um tubo seco.

Reparo das lesões

As lesões encontradas deverão ser prontamente reparadas no local do atendimento ou em centro cirúrgico, quando necessário. Da mesma maneira, deve-se promover a prescrição de antibióticos e analgésicos.

Contracepção de emergência

Levando-se em conta que o risco de gestação advinda de estupro oscila de 0,5% a 7%, caso estejam expostas à gravidez as pacientes deverão receber no momento do atendimento um esquema de contracepção de emergência.

- Progestagênio isolado

Levonorgestrel - 0,75 mg* na dose de dois comprimidos ou de um comprimido de 1,5

mg. Atualmente orienta-se a ingestão de 1,5 mg VO de uma vez.

Este esquema deve ser utilizado preferencialmente nas primeiras 24 horas, mas pode-se administrar com uma segurança menor até o 5º dia após o ato sexual.

- Esquema combinado (método de Yuzpe, hoje excepcionalmente usado)

Contraceptivos orais à base de *etinilestradiol* (EE) e levonorgestrel. Não há disponíveis os comprimidos contendo a associação. Os serviços utilizam destacar quatro comprimidos de *Neovlar*, *Anfertil* ou *Evanor*, para compor o “kit” *Yuzpe*. O total de 4 comprimidos deve ser administrado em duas tomadas de 2 comprimidos cada, com intervalo de 12 horas entre as tomadas, perfazendo total de 50 µg de EE (etinilestradiol) e 200 µg (0,20 mg) de levonorgestrel. Este esquema também deve ser iniciado até 72 horas após o coito. Se o anticoncepcional for de média dosagem, utilizar 4 comprimidos na primeira tomada e 4 comprimidos 12 hs após.

A contracepção de emergência tem sido mais eficiente com o progestagênio isolado. O método de Yuzpe, pode proporcionar interação medicamentosa entre etinilestradiol e alguns agentes antirretrovirais (nelfinavir e ritonavir).

Profilaxia de DST

Lembramos que as infecções mais importantes a serem evitadas são: Lues, Hepatites, Gonococcia, Clamídia e SIDA. Para isso, sugerimos os seguintes esquemas terapêuticos:

Iniciar até 72 h após a violência. O esquema de primeira escolha para a quimioprofilaxia das DST não virais é o seguinte:

- Adultos e adolescentes com mais de 45 kg: penicilina benzatina (1.200.000 UI) IM + azitromicina 1,0g VO com ou sem ceftriaxone 1,0g VO;

- Em crianças e adolescentes com menos de 45 kg: ceftriaxona 125 mg ou penicilina benzatina 600.000 UI (IM) + azitromicina 20 mg por kg (máximo 1,0g) VO. O metronidazol e outros derivados imidazólicos (ex: secnidazol, tinidazol) podem apresentar interações medicamentosas importantes com ritonavir, daí o uso concomitante ser evitado. Nestes casos, pode-se substituir esse antirretroviral pelo nelfinavir. Ressalte-se que o uso desses imidazólicos não é imprescindível em todos

os casos de quimioprofilaxia e pode ser realizado posteriormente, se necessário, com vistas a se obter melhor adesão aos antiretrovirais.

- Esquema Alternativo: Quinolonas (ofloxacina, ceftriaxona - 1,0 g IM, ciprofloxacino 400 mg 12x12 hs - 3 dias)

Profilaxia da infecção pelo HIV

A possibilidade de infecção pelo HIV depende, fundamentalmente, da condição sorológica do perpetrador da violência sexual que, na maioria dos casos, não pode ser rapidamente conhecida. Ao mesmo tempo, admite-se que outras variáveis podem se relacionar com aumento de risco de infecção pelo HIV para quem sofre violência sexual. O ciclo gravídico-puerperal, as situações de imunodeficiência, as úlceras genitais e as infecções vaginais são alguns fatores que, quando presentes no momento da violência sexual, podem aumentar ainda mais a vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV. Os riscos também se associam ao trauma subjacente, onde a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade, potencializando os riscos de infecção.

O tipo de violência praticada é outra variável importante. A taxa de efetividade do HIV para a mulher em relação heterossexual vaginal receptiva e única varia de 0,08 a 0,2%. Se o coito for anal, essa taxa se eleva para 0,1 até 0,3%. Presença de sangue ou lesões da mucosa pode aumentar significativamente estes números. Limitações metodológicas tornam difícil precisar o risco de soro conversão para quem sofre violência sexual ou as taxas de soro prevalência entre os seus causadores. Os estudos disponíveis apontam para taxas de soro conversão entre 0,8 e 2,7%, risco comparável e até mesmo superior ao observado em outras formas de exposição heterossexual única, ou em acidentes perfuro cortantes entre profissionais de saúde. Entre as crianças que sofrem violência sexual a possibilidade de adquirir o HIV é cada vez mais reconhecida. O uso de antirretrovirais em situações de violência sexual é um procedimento relativamente complexo e introduzido há pouco tempo nos serviços de saúde. Até o momento, não existem estudos suficientes para assegurar, definitivamente, que os antirretrovirais protejam as vítimas de violência sexual. Da mesma forma, não existe qualquer evidência científica que afaste essa possibilidade. Contudo, é preciso considerar o inegável êxito da profilaxia antirretroviral em outras situações, como na drástica redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto, ou na profilaxia dos acidentes perfuro cortantes entre os profissionais de saúde.

Indicações

Quando a condição sorológica do agressor não pode ser conhecida em tempo hábil, a profilaxia do HIV deve ser indicada quando ocorrer **penetração vaginal** e/ou **anal** e iniciada no **prazo máximo de 72 horas** da violência sexual. A decisão de iniciar a profilaxia não deve se basear em critérios de gravidade. Ocorrendo sexo oral exclusivo, não existem evidências que assegurem a necessidade de uso dos antirretrovirais, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nessas situações, os riscos e benefícios dos antirretrovirais devem ser ponderados e a decisão individualizada, considerando-se que não existem estudos definitivos que assegurem que o procedimento possa ser dispensável. De toda forma, a profilaxia **não deve ser indicada** se seguramente **não ocorreu** ejaculação intrabucal. Também não devem receber a profilaxia para o HIV casos de violência sexual com **exposição cr nica** ao perpetrador, ou quando se utilize **preservativo** durante todo o crime sexual. A realização do teste anti-HIV no perpetrador deve ser feita sempre que possível, mesmo após o in cio da profilaxia, com objetivo de suspender os antirretrovirais, caso o resultado seja **negativo**. O teste rápido pode ser indicado para a tomada de decisão, se o tempo permitir.

Quando o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento com antirretrovirais, a decisão dos medicamentos para profilaxia deve ser individualizada por infectologista. No entanto, a ausência desse especialista não deve retardar o in cio da profilaxia, recomendando-se o uso dos esquemas habituais até que se possa reavaliar a adequa o dos medicamentos. A profilaxia da infecção pelo HIV não pode ser feita de forma indiscriminada para todas as situações de violência sexual que ingressam nos serviços de saúde. Ela exige que se observem rigorosamente os critérios de elegibilidade e que a decisão final considere a motivação e desejo da paciente de se submeter ao tratamento. A profilaxia não pode ser utilizada sem critérios definidos, apenas para diminuir a ansiedade da paciente ou dos familiares. Na ausência de exposição contaminante ela é completamente desnecessária e, quando introduzida após o prazo de 72 horas, não oferece qualquer tipo de proteção. No entanto, em ambos os casos as pacientes terminam submetidas aos efeitos colaterais e eventos adversos, por vezes importantes e severos, sem qualquer evidência de benefício.

Esquemas de profilaxia

A profilaxia do HIV deve ser iniciada no **menor prazo possível**, com limite não prorrogável de 72 horas da violência sexual, e os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, por **quatro semanas** consecutivas. Recomenda-se o uso de drogas

potentes, com baixo potencial de toxicidade e boa perspectiva de adesão. O esquema de primeira escolha deve combinar três drogas de reconhecida eficácia na redução da carga viral plasmática (**Quadro X**). A **zidovudina (AZT)** e **lamivudina (3TC)**, inibidores da transcriptase reversa, devem ser combinadas e administradas na mesma formulação. A dose para adultos e adolescentes com 40/45 Kg ou mais é de 300 mg de AZT + 150 mg de 3TC, cada 12 horas, via oral (**BIOVIR® 1 comprimido, VO, cada 12 horas**). Completa-se o esquema com a associação do inibidor de protease **lopinavir (LPV) – ritonavir (RTV)**, que apresenta alta potência, longa durabilidade, facilidade posológica e baixa toxicidade. A dose para adultos e adolescentes com 40/45 Kg ou mais é de 400 mg de LPV + 100 mg de RTV, cada 12 horas, via oral (**KALETRA® 2 comprimidos, VO, cada 12 horas**). Para as crianças recomenda-se a associação de AZT, 3TC e LPV-r, todas disponíveis em solução oral. A dose de AZT é de 90 a 180 mg/m² cada 8 horas (máximo de 600 mg/dia). Para o 3TC, a dose é de 4 mg/Kg cada 12 horas (máximo de 150 mg cada 12 horas). A dose do LPV-r é de 10-12 mg de LPV + 2,5-3 mg de RTV, cada 12 horas, via oral. Tabela contendo doses em função do peso encontra-se no **Anexo X**.

Quadro 1 - Profilaxia da infecção pelo HIV para mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência sexual

ANTIRRETROVIRAL	ADULTOS	CRIANÇAS E ADOLESCENTES
ZIDOVUDINA (AZT)	300 mg cada 12 horas	90 – 180mg/m ² cada 8 horas
LAMIVUDINA (3TC)	150 mg cada 12 horas	4mg/kg cada 12 horas
LOPINAVIR-RITONAVIR (LPV-r)	400 mg de LPV + 100 mg de RTV cada 12 horas	10 – 12 mg/kg de LPV + 2,5 – 3mg/kg de RTV cada 12 horas

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

Adesão

A adesão inadequada à profilaxia antirretroviral está diretamente relacionada com o

risco de falha da profilaxia, do desenvolvimento de resistência viral e de surgimento de cepas virais multi resistentes. Vários fatores afetam a capacidade de adesão, como aspectos sócio-econ micos, escolaridade e qualidade da assistência. A adesão aos antirretrovirais diminui quanto mais se interfere nas atividades cotidianas ou nos hábitos alimentares, ou quando os medicamentos produzem muitos efeitos colaterais. A adesão também   menor quando a intera o com os profissionais de saúde se mostra inadequada. As estratégias para garantir adesão devem adaptar o esquema antirretroviral ao modo de vida da paciente. Esta é, provavelmente, a medida mais simples e efetiva para melhorar a adesão. As refei oes, geralmente com horários bem definidos, nem sempre funcionam como boa referência para a ingestão dos medicamentos, devido às restri oes ou exigências dos antirretrovirais e dos hábitos alimentares variáveis. Lembretes para tomada dos medicamentos reduzem a possibilidade de esquecimento, assim como despertadores ou *beepers*. Pode ser necessário elaborar junto com a mulher ou responsável, no caso de crianças, uma escala diária definindo horários ou atividades relacionadas com as tomadas. Porém, independentemente das estratégias adotadas, a forma mais efetiva de conseguir adesão adequada   motivar e envolver a pessoa no seu tratamento, utilizando-se medidas práticas, fazendo ajustes necessários e oferecendo permanente apoio.

O acolhimento e/ou aconselhamento permite estabelecer uma rela o de confiança entre os interlocutores, facilitando a supera o da violência sexual. O apoio emocional permite que a pessoa entre em contato com a equipe de saúde de maneira menos defensiva, e possa iniciar o processo de elabora o do ocorrido dentro de suas possibilidades. Também permite minimizar o dano emocional, otimizar as profilaxias disponíveis e aderir ao tratamento. Nesse momento,   imprescindível que o profissional de saúde disponha de algum tempo para ouvir a mulher e promover ambiente de confiabilidade.

Além das medidas de aconselhamento específicas para a adesão aos antirretrovirais, a mulher em situa o de violência sexual deve ser informada que não há garantia absoluta de que a profilaxia funcionará. Devem ser orientadas a usar o preservativo masculino ou feminino em todas as rela oes sexuais, caso retomem a atividade sexual, durante o período de **6 meses** da data da violência. Esse tempo está condicionado ao resultado das sorologias e visa proteger o parceiro em eventual ocorrência de DST, hepatites e infec o pelo HIV. O aconselhamento deve considerar possíveis impactos de um resultado positivo e identificar alternativas de apoio familiar e social.   necessário esclarecer que os resultados dos primeiros exames, quando negativos, não são definitivos e não dispensam a realiza o dos demais exames períodos indicados. Mulheres em situa o de violência sexual que estejam amamentando deverão ser orientadas a **suspender o aleitamento** durante a profilaxia antirretroviral e nos 6 meses seguintes,

pela possibilidade de exposição da criana aos antirretrovirais pela passagem pelo leite materno e para evitar o risco de transmissão vertical, em casos de soroconversão.

Interação medicamentosa

O uso concomitante de outras drogas com os antirretrovirais pode apresentar risco potencial de interao medicamentosa, a exemplo dos tuberculostáticos, hipnóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes. Recomenda-se consulta do **Anexo Y** caso necessário.

Efeitos adversos

Os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, como efeitos gastrintestinais, cefaléia e fadiga. As alteraes laboratoriais são usualmente discretas, transitórias e pouco frequentes. Na presena de intolerância medicamentosa o esquema terapêutico pode ser modificado. Na maioria das vezes, não   necessária a interrupo da profilaxia utilizando-se medicaes sintomáticas, como antieméticos ou antidiarreicos. Esquemas alternativos de antirretrovirais podem ser necessários para manter a profilaxia durante as 4 semanas. Deve-se orientar a procura por atendimento assim que apaream sintomas ou sinais clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa. Apesar de não ser frequente, devemos atentar para uma forma de reao medicamentosa que evolui para a Síndrome de Steven Johnson que é uma epidermólise bolhosa que pode afetar a pele (lesões bolhosas) e mucosa gastrintestinal, com lesões em todo o tubo digestivo e possibilidade de infeco intestinal grave. Também são descritos casos de gastrites, pancreatites, hepatites e encefalites medicamentosas, além de agranulocitose. Desta maneira   necessário monitorar na primeira e terceira semana de uso de antirretrovirais através dos exames: Hemograma, TGO, TGP, Amilase, além de outros que cada servio achar necessário a cada caso.

Profilaxia de hepatite B

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

Indivíduos não imunizados ou com esquema vacinal incompleto devem receber uma dose de vacina, por via IM, e completar o esquema posteriormente (0, 1 e 6 meses). Além disso, também devem receber uma dose única de IGHAHB, por via IM, em extremidade diferente da vacina. A IGHAHB deve ser utilizada, no máximo, 3 dias após

a violência sexual. A dose usualmente utilizada é de 0,06 ml por kg de peso corporal.

A gravidez e a lactação não são contraindicações para imunização.

Orientações Gerais

Todas as pacientes devem ser orientadas sobre seus direitos legais e os benefícios do registro do boletim de ocorrência (apesar de sua realização não ser obrigatória). Em nenhuma hipótese, o médico que recebeu inicialmente a paciente pode encaminhá-la ao IML (também não obrigatório) sem antes proceder ao exame físico e sem anotar o atendimento na ficha padronizada que, além de registrar a ocorrência, serve como orientação ao colega.

Recomenda-se que o termo de consentimento informado seja lido e aprovado pela paciente, quanto ao atendimento recebido e a oferta de medicamentos profiláticos.

ABORDAGEM PSICOLÓGICA NO ATENDIMENTO   MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Aspectos gerais

O estupro deve ser entendido como crime contra a pessoa e não contra o hímen ou a vagina. Em geral provoca crise vital que pode passar despercebida. Segundo alguns profissionais, configura viola o do “envelope do ego”, com invasão do mais íntimo espaço da pessoa, associada à perda da autonomia e controle. Nesse contexto, é irrelevante diferenciar viola o vaginal, oral ou anal. Foi o “self” e não um orifício que foi invadido. Assim, o significado do evento é o mesmo para a virgem, para a prostituta, para a dona de casa ou para a lésbica.

Os aspectos emocionais são os mais complexos quando se lida com violência sexual. O “medo da morte” é a emo o mais forte, seguidas de sensa o de solidão, vergonha e culpa; resultando numa gama enorme de sequelas psicológicas que vão cursar com aspectos variáveis do **Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)**, levando a consequências imediatas e tardias, caracterizadas por: esquivas, distúrbios de ansiedade e depressões secundárias, além de repercussões psicossociais como abandono de escola, emprego, separa es, abandono de lar, prostitui o etc.

Transtorno do estresse pós-traumático

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)   uma psicopatologia que pode se desenvolver em resposta a eventos de intenso medo e pânico aos qual uma pessoa é submetida. Esses eventos, denominados conceitualmente de traumas, se caracterizam por sua vez, como tudo aquilo que foge da esfera comum (da rotina) dos acontecimentos, reais ou presumidas, que seriam psicologicamente traumáticas a qualquer pessoa.

O TEPT possui característica diversa dos demais transtornos psicológicos por apresentar uma causa externa e identificável (na maioria das vezes) que é o “evento traumático”. Num Transtorno de Humor, por exemplo, podemos ter o Transtorno de Depressão Maior, cujas causas podem ser inferidas a uma série de variáveis (comportamentais, genética, ambientais, etc.), que compõe a constela o causal da psicopatologia, sem que possamos afirmar qual delas pode ser generalizada como a causadora de Depressão Maior.

Historicamente, o conceito de *trauma psíquico* foi introduzido pelo médico alemão **Eulenberg, em 1878**, como uma “rea o a gritos e medo que ocorre apos um grande trauma”. Os efeitos

adversos decorrentes de experiências traumáticas foram descritos inicialmente em indivíduos que haviam participado de guerras. Sobreviventes da Guerra Civil Americana relatavam sensação de fraqueza, palpitações e dor no peito, uma condição supostamente biológica, que ficou conhecida como *coração irritável*, *síndrome do esforço* ou *síndrome de Da Costa*.

Exuberante nas manifestações fisiológicas da ansiedade, a TEPT é classificada no DSM-IV-TR (**American Psychiatric Association, 2002**) como um dos tipos de **transtornos de ansiedade**. Para muitos autores, a revivência do trauma que ocorre no TEPT, seria episódio de natureza dissociativa, tanto que **segundo van der Kolk, 1991**, Charcot teria sido o primeiro a descrever os problemas de sugestibilidade em pacientes e a concluir que os ataques histéricos são dissociativos por representarem experiências insuportáveis.

Embora as consequências emocionais da exposição a traumas sejam descritas há muitos anos, foi somente em 1980, na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), da Associação Psiquiátrica Americana (**APA, 1980**), que o conceito de **transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)** foi introduzido, sistematizando uma variedade de conceitos como a “fadiga de batalha”, o “trauma emocional”, a “neurose traumática” ou, ainda, o “choque nervoso”. A quarta edição do DSM (**DSM-IV - APA, 1994**) acrescentou um novo diagnóstico relacionado com experiências traumáticas, o **Transtorno de Estresse Agudo (TEA)**, que é aplicável de modo precoce (até um mês) ao evento traumático. Ao mesmo tempo, o DSM-IV retirou a exigência de que o estressor estivesse “fora do espectro usual da experiência humana”, reconhecendo que as experiências traumáticas são bastante usuais no transcorrer da vida de qualquer pessoa, enquanto passou a exigir que a resposta individual envolva medo intenso, impotência ou horror.

O transtorno de estresse agudo, definido como uma reação aguda de ansiedade de curta duração é diferente do estresse pós-traumático apenas quanto à frequência dos sintomas dissociativos e ao tempo de duração, que não deve exceder quatro semanas. O transtorno de estresse agudo é considerado um fator de risco e o “primeiro passo” para o desenvolvimento de TEPT. Geralmente ele é um diagnóstico primário, e o reconhecimento de tal diagnóstico facilita a intervenção precoce e a recuperação dos indivíduos acometidos.

Observamos que após um trauma sexual, geralmente as pacientes apresentam dois tipos de comportamentos:

- O primeiro é um tipo de choque emocional (dissociativo) onde esta vítima fica paralisada. Ela está dissociada, ou seja não reativa. Obedece às orientações, fala pouco, não quer tocar no assunto. Parece que não foi com ela, como se fosse duas pessoas.

- O segundo tipo de comportamento é o reativo, onde esta vitima fala o tempo todo sobre o acontecido, esta agressiva, fala em procurar o agressor, clama por justiça, etc. Esta está bem associada ao fato vivenciando-o sem fugas.

Geralmente, o primeiro tipo de comportamento evolui para TEPT muito mais facilmente do que o segundo, embora ambas as situações possam evoluir se não forem bem atendidas no primeiro momento. Vemos aqui a grande vantagem do acolhimento destas pacientes, de uma forma imparcial, acumpliciada e sem críticas. Nestes momentos elas precisam apenas de alguém para ouvir, entender e apoiar.

No acompanhamento destes traumas são descritas 3 fases que demonstram a evolução deste processo, que são:

1  Fase de Vítima ou vitimizac o: Aqui a paciente fala sempre no presente: “eu sou uma azarada”, “o que vou fazer agora”, “minha vida esta acabada”, etc. Este é o período de inconformismo muito presente na fase de Estresse Agudo. Predominam sentimentos de culpa, descrença, choque emocional, alterac o do comportamento habitual. Insegurança quanto ao que dizer ou fazer. Contar   família, marido, amigos, filhos? Quais as implicações de nada dizer? Haverá publicidade? Pode acontecer novamente?

O acolhimento e apoio são os procedimentos mais importantes nesta fase, além dos procedimentos iniciais psicoterapêuticos.

2  fase de Sobrevivente: Nesta fase a paciente começa a falar no passado, como por exemplo: “eu sei bem o que passei”, “sofri muito”, “estive no inferno” etc. É um período mais propício onde as técnicas psicoterapêuticas encontram o seu forte. Ela procura ajustamento ao exterior, podendo estender-se por várias semanas, com resolução temporária dos assuntos mais ansiogênicos. Tentativa de retorno à “vida normal” para recuperar o controle.   período de “pseudo-ajustamento”.

3  fase de Supera o: Aqui a paciente já muda o foco para “tocar a vida”, deixar o acontecido no passado e voltar às suas atividades normais. Ésta fase é de integração e resolução. Frequentemente há depressão e necessidade de falar sobre o acontecido. Incorporar os sentimentos, inclusive os sobre o agressor, e resolve-los. Não quer dizer que a paciente esteja “curada”, mas sim que já esta preparada para retornar a sua vida social. Deve manter-se em terapia, se possível, pois frequentemente pode desenvolver as co-morbidades do TEPT que são: Síndrome do Pânico, Fobias, TOC, ansiedade generalizada ou transtornos de humor (depressão ou transtorno bipolar).

Existem muitas técnicas psicoterapêuticas que podem ser oferecidas a estas pacientes. No entanto, atualmente as terapias cognitivo-comportamentais, associadas a técnicas complementares como Hipnose, Programação Neurolinguística (PNL), Estímulos Bilaterais (EMDR), e outras estão apresentando resultados muito animadores.

Intervenção terapêutica

A complexibilidade do trauma e das reações individuais não permite abordagem única ou geral, que seria simplista. Indicam-se aqui algumas medidas de ordem geral e áreas em que a intervenção é mais necessária:

- 1 - Diminuir o impacto que o atendimento impessoal possa provocar, personalizando cada entrevista.
- 2 - Assistência prestada por grupo de profissionais que se disponham a atender casos de violência. Não delegar burocraticamente a quaisquer pessoas (todos os níveis: atendentes, auxiliares, recepcionistas, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais).
- 3 - Atitudes de apoio, compreensão e solidariedade. Evitar expressões de “piedade”.
- 4 - Reforçar e garantir a segurança e a privacidade.
- 5 - Criar ambiente que facilite a livre expressão, não julgador, validando os sentimentos e respostas da paciente.
- 6 - À equipe não compete decidir se a paciente foi realmente estuprada. Estupro é termo legal, não médico. O fato da vítima perceber-se violada permanece como essencial.
- 7 - A primeira intervenção, “de crise”, pressupõe usar técnicas de *rapport* (espelhamento postural, tonal, escuta ativa) e reflexão de sentimentos. Mostrar disponibilidade e, explicitamente, expressar verbalmente os sentimentos percebidos na vítima.
- 8 - Somente após conseguir boa comunicação com a vítima, usar técnicas de reassuramento (validar as reações e garantir que são as esperadas, além de indicativas de estar havendo reação adaptativa) e de resignificação (“mostrar o outro lado da moeda”) e que, por pior que esteja sendo a experiência, esta promoverá crescimento emocional e tornará a pessoa mais madura.

9 - Boa parte das vezes será necessária estender a atenção às pessoas mais próximas da vítima (familiar ou amigos). O estupro gera crise familiar.

10 - Tais intervenções têm que ser realizadas sempre. A ausência de psicólogo(a) não justifica não fazê-las. É preciso treinar-se para tanto.

11 - A necessidade de apoio e ajuda pode estender-se por até 12 meses.

12 - Após o atendimento inicial é possível lidar com o trauma e evitar sequelas emocionais.

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Introdução

O abuso sexual representou 9% das notificações de atos de maus-tratos contra crianças nos USA em 1996 (Wang & Daro,1997). Nos Estados Unidos foi estimado que cerca de 1% das crianças são vítimas de alguma forma de abuso sexual a cada ano, resultando em vitimização de 12 a 25% das meninas e 8 a 10% dos meninos até a idade de 18 anos. As crianças podem sofrer abuso sexual por parte de membros de sua própria família, por indivíduos de seu círculo de convivência ou por desconhecidos, e na maioria das vezes o agressor é um homem. Os adolescentes são os autores do abuso em 20% dos casos.

Conceitua-se abuso sexual quando uma criança é engajada em atividades sexuais que ela não pode compreender ou para as quais não têm desenvolvimento mental preparado para consentir ou não e/ou que viole as leis e tabus da sociedade. Consiste em contatos e interações entre uma criança e um adulto, sendo a criança usada para a estimulação sexual do executor ou de outra pessoa. O abuso sexual pode incluir atos em que não há contato físico como exibicionismo, visualização genital e outros em que há contato como carícias e manipulação, contato oral-genital, inserção de objetos, penetração vaginal ou retal. O contato pode ser evento único entre um estranho e a criança, com ou sem uso de força, ou pode constituir envolvimento de meses ou anos com sessões repetidas de abuso da criança por membro da família ou outro indivíduo conhecido. Em vários casos, os violadores tentam atrair ou seduzir a vítima com dinheiro, doces, etc, sem usar força física. Embora alguns agressores não pretendam machucar a vítima, elas podem terminar com lesões corporais ou lacerações himenais porque as crianças resistem ou por sua anatomia não permitir penetração.

O reconhecimento do abuso sexual é frequentemente realizado por revelação acidental ou proposital da criança a um parente, amigo, professor ou profissional da saúde. Entretanto, em consultas de rotina pode-se identificar o abuso sexual não declarado. Para isto, os médicos devem formular questões que possam revelar tal ocorrência como parte da rotina do exame físico, especialmente em crianças e adolescentes com queixas somáticas, pesadelos, isolamento e fugas.

Algumas vezes o abuso sexual pode ficar evidente durante um exame físico ou na avaliação de dificuldades comportamentais: garotas com sangramento vaginal, presença

de corpo estranho, vulvovaginite, etc, precisam de cuidadosa análise.

Em razão dos médicos se sentirem desconfortáveis com o diagnóstico de incesto ou abuso sexual, mesmo situa es óbvias tendem a ser omitidas. A maioria das crianças que revelam abuso sexual está falando a verdade, e é pouco provável que uma criança possa revelar detalhes de envolvimento sexual sem que tenha sofrido esta experiência. Falsas alega es devem ser pesquisadas principalmente quando existe disputa de custódia em andamento, relacionamento problemático de um dos pais com o filho, ou distúrbios psiquiátricos nos pais.

Os molestadores de crianças podem ter como alvo crianças de ambos os sexos, embora o mais comum e que as mulheres sejam as vítimas. Em casos de incesto, existe pressão familiar para que a criança retrate-se da história, para que não haja desagrega o da estrutura familiar, da  a necessidade do atendimento multidisciplinar, incluindo assistente social, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e médicos, para tratar e encaminhar a criança. Também é importante o trabalho em união para diminuir o número de questionamentos   criança, identifica o e acusa o do agressor, e posicionamento quando existirem problemas legais quanto   custódia da criança.

Em todos os casos de abuso sexual, é extremamente importante que a assistência médica seja gentil. Se o estupro ocorreu há poucas horas, o departamento de emergência deve estar equipado para coletar evidências válidas para um processo futuro.

Assistência   vítima

Devido às implica es legais, os dados médicos devem ser coletados cuidadosamente e arquivados em todos os casos de estupro ou abuso sexual alegado. Achados físicos que possam corroborar um assalto sexual devem ser registrados. O objetivo da avalia o   documentar o que aconteceu e garantir ao paciente seguimento médico e psicológico. Não há necessidade de o médico decidir se o estupro realmente aconteceu ou se existem evidências suficientes para um processo. Em caso de suspeita de abuso sexual contra a criança, a equipe assistencial deve relatar o fato ao Conselho Tutelar.

Em caso de risco para a criança, a equipe assistencial deverá encaminhá-la aos órgãos competentes para afastá-la do agressor. Não há obrigatoriedade da equipe assistencial, requerer a realiza o de boletim de ocorrência em delegacias ou laudo do IML. O momento e a extensão do exame médico dependem da história. Qualquer criança com dor, vaginite, sangramento, disúria ou história de trauma ou de ter sofrido abuso nas últimas 72 horas deve ser vista imediatamente para assistência médica, além de ser

possível coleta de material. Pacientes que sofreram abuso semanas ou meses antes e que procuram ajuda devem ser consultadas assim que possível, sendo que o exame físico deve ser feito na primeira consulta, mas sem as vantagens da coleta de material que fica prejudicada.

Os relatos do caso pela criança e pela pessoa que a trouxe ao Serviço devem ser cuidadosa e fielmente anotados, além das observações sobre o comportamento de ambas durante a anamnese. O médico assistente deve obter a história separadamente dos pais e da criança, se possível. Caso tenha havido abuso forçado, a criança pode se sentir mais confortável sendo entrevistada com a mãe ou algum familiar próximo.

Durante a anamnese devem-se pesquisar os seguintes dados:

- Com quem a criança passa o dia e com quem dorme;
- Hábitos de vida (banho, privacidade na troca de roupa, etc.);
- Início e duração do abuso;
- Local do abuso;
- Quem poderia ser o responsável pelo abuso;
- Como foi o abuso: se houve carícias, masturbação, felação, ejaculação, penetração anal e/ou vaginal, penetração peniana, digital ou de corpo estranho;
- Comportamento de familiares. Uso abusivo de álcool e/ou drogas na família;
- Modificações na conduta da criança e de familiares;
- Rendimento escolar e dificuldades na escola.

Exames físicos - achados normais e anormais

A porcentagem de crianças que sofreram abuso sexual e que apresentam exame normal é maior que 16%. É importante, portanto, lembrar que um exame normal não nega ou confirma a história de abuso sexual. O exame deve ser realizado com a criança deitada e com abdução das coxas ou em posição genupeitoral. O exame especular não deve ser realizado a não ser em casos de sangramento ou de lesões penetrantes.

Achados específicos são mais comuns nos relatos de abuso g nito-genital do que nos casos de abuso digital. Os achados mais frequentes em crianças que sofreram abuso sexual são: eritema, secção total ou parcial do hímen principalmente na porção posterior, lacerações, escoriações, cicatrizes, hematomas, equimoses, edema, fissuras, corrimento, sangramento, condiloma. A medida do diâmetro do orifício himenal   de pouco valor na avaliação do abuso sexual, sendo melhor a associação de alargamento do orifício na presença de defeitos de transecção himenal na metade inferior do hímen. O uso de colposcópio tem vantagens, pois permite aumentar muito a visualização da vulva e do hímen e, assim, possibilita a detecção de pequenas alterações locais que não seriam vistas a olho n . Pode facilitar a obtenção de fotografias que servem de documentação futura.

Nos casos em que o abuso sexual é frequente, os achados físicos são sutis ou inexistentes. Em relação   penetração anal, na fase aguda pode ser observada área fina perto das pregas anais, eritema e fissuras. As lesões costumam cicatrizar rapidamente. Assim, é frequente o achado de exame normal mesmo com história de penetração. Eventualmente podem-se observar cicatrizes locais, hiperpigmentação, fissuras, distorção anal com espessamento da pele perianal, perda das pregas.

O médico deve ter em mente que, em vista da diversidade de achados, sempre a história será o mais importante.

Doenças sexualmente transmitidas

Segundo Ingram et al (1992), o risco de uma criança, num estupro, adquirir gonorréia   de 2,8%; *Chlamydia trachomatis* 1,2%; papilomavírus 1,8%; sífilis 0,1% e herpesvírus simples 0,1%. Vaginose bacteriana e tricomoníase também podem ser adquiridas no estupro, embora não haja dados sobre sua frequência.

Em geral, embora sintomas urinários sejam usuais após o estupro, a infecção do trato urinário é pouco frequente. Estudos em crianças mostram que o herpes genital pode ser adquirido por contato oral-genital, mas o abuso sexual pode resultar em infecções por ambos os tipos (1 e 2).

O risco de adquirir HIV a partir de abuso sexual não é conhecido, mas estudos em crianças pré-puberdade apontam que grande número resulta de violência sexual. Recentes relatos sugerem que a probabilidade estimada de transmissão de HIV por coito anal não protegido com uma pessoa infectada   de 0,008 a 0,032 e por coito vaginal de 0,0005 a 0,0015. A profilaxia pós-exposição deve levar em conta o tipo e

o tempo de exposição. Até o momento, não existem dados comprovados que possam estabelecer a eficácia (ou a não eficácia) da administração profilática de antirretrovirais nos casos de violência sexual em criança. Alguns autores justificam essa conduta na analogia com a quimioprofilaxia recomendada nos casos de acidentes ocupacionais e o uso da zidovudina e outros antirretrovirais em gestantes portadoras de HIV.

Algumas publicações recentes, que levantam a questão em modelos experimentais de exposição sexual, têm trazido indícios para sustentar a recomendação de quimioprofilaxia para infecção pelo HIV após a exposição sexual não consentida em algumas situações.

Existe discussão se todas as crianças vítimas de violência sexual devem ser testadas para todas as DST, tendo em vista que o risco de infecção é baixo e o desconforto potencial de repetir todas as culturas várias vezes é grande.

Testes recomendados para pesquisa de DST em crianças

- Cultura para *Neisseria gonorrhoeae* da faringe, ânus, vagina e uretra;
- Cultura para *Chlamydia trachomatis* de vagina e ânus;
- Exame a fresco e cultura para *Trichomonas vaginalis* e *clue cells*, além de teste de KOH, no 1º exame e 2 semanas depois;
- Inspeção das áreas genital, anal e oral para pesquisa de herpes;
- Cultura para herpesvírus simples de áreas ulceradas;
- Testes sorológicos para sífilis (0, 6 semanas, 3 meses), HIV (0, 6 semanas, 3 meses, 6 meses), hepatite B (0, 6 meses) e hepatite C (0, 6 semanas, 6 meses).

Testes para detecção do estupro mediante identificação do sêmen

Devem-se obter *swabs* durante a avaliação médica, que após secar são congelados ou mantidos em frascos estéreis à temperatura ambiente. O material obtido pode ser colocado em papel filtro estéril e mantido seco em envelope. Alguns testes podem ser realizados a partir deste material para identificação do estuprador. Pode haver presença

de espermatozóides imóveis na vagina por até 3 a 5 dias e no canal endocervical por até 17 dias, entretanto a ausência de espermatozóides não pode ser interpretada como prova de não ter havido estupro.

Tratamento

Nos casos de abuso frequente na criança, em geral não há lesões a reparar, mas há a necessidade de avaliar a presença de DST e realizar eventual terapêutica dirigida. Nos casos de estupro recente recomenda-se a limpeza e reparação cirúrgica de lesões porventura existentes. A profilaxia das DST, principalmente para infecção por *Chlamydia* e gonorréia (embora o risco seja pequeno) deve ser feita com penicilina benzatina (IM) + azitromicina (VO) + ceftriaxona (IM) + metronidazol (VO). A profilaxia para infecção pelo HIV com AZT + 3TC + nelfinavir ou AZT + 3TC + ritonavir. Em crianças que conseguem ingerir cápsulas, ou adultos com intolerância ou contraindicação ao ritonavir e nelfinavir, pode-se utilizar o indinavir como opção ao inibidor de protease do esquema.

A criança deve retornar para pesquisa de vaginites e para observar a reparação das lesões. No caso de violência sexual em meninas após a menarca deve-se fazer a anticoncepção de emergência e a profilaxia de DST como nas adultas. Entretanto, na enorme maioria dos casos de abuso em crianças, a procura por assistência médica só ocorre semanas ou meses após o início do abuso sexual.

O tratamento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível e incluir não apenas a criança como também os familiares.

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

O aborto é proibido em nosso País, salvo em duas situações prevista em nosso código penal:

O Código Penal Brasileiro (CPB), no seu artigo 128 do decreto-lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940, diz:

“Não se pune o aborto praticado por médico”:

I - Se não há outra maneira de salvar a vida da gestante - “Aborto Necessário”

II - Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante ou quando incapaz, do seu representante legal - “Aborto Sentimental”.

É importante salientar que o CPB não define o abortamento com relação à idade gestacional e, do ponto de vista jurídico, este é a interrupção da gestação em qualquer época da gravidez, com a intenção de impedir a viabilização do concepto (DELMANTO, 1988).

Algumas situações podem permitir a interrupção da gestação através de autorização judicial “alvarás”. Estas são utilizadas em casos de gestantes com fetos mal formados incompatíveis com a vida. Existe um processo em andamento onde nossos legisladores estão discutindo a inclusão destas situações no código penal.

No Brasil, muitos hospitais públicos, especialmente universitários, já implantaram o serviço de atendimento às mulheres em situação de violência sexual e estão realizando o abortamento lícito sentimental, nos termos das Normas do Ministério da Saúde sobre “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, para garantir os direitos das mulheres vitimizadas e procurando, assim, suprir a omissão constitucional do Estado nesses últimos sessenta anos (o Código Penal é de 1940). Há ainda resistência à implantação destes serviços, quando o objetivo é a prática do abortamento sentimental (por estupro), mas acredita-se, em geral, que a gestante com risco de morte consiga com maior facilidade exercer o seu direito ao abortamento do que nos casos de gravidez indesejada proveniente de estupro ou violência sexual. Todavia, essa crença é mítica e merece enfrentamento e reflexão. É verdade que, em algumas circunstâncias, o aborto para salvaguardar a vida da gestante

(aborto necessário) é aceito com maior naturalidade.

De acordo com a interpretação literal da mencionada expressão legal, entende-se ser necessário que a gestante esteja à beira da morte para que a interrupção da gravidez seja justificada. Todavia, a discriminante em menção não se refere apenas a casos extremos de iminência de morte para a gestante. Na verdade, como já se observou, “o aborto necessário pode ser terapêutico (curativo) ou profilático (preventivo)”, ou seja, é possível a prática do abortamento necessário, diante de risco iminente de morte, mas também para prevenir situação futura que exponha a perigo a vida da gestante. Como se vê, a situação prevista na discriminante em menção extrapassa aquela situação óbvia de extremo e iminente risco de vida. Desta maneira, a discriminante do artigo 128, Inciso I do Código Penal (abortamento necessário), deve ser interpretada como uma possibilidade de prevenir a situação de “perigo futuro” (abortamento profilático). E é nessa última situação, de “perigo futuro”, que o problema não é enfrentado corretamente. Na prática obstétrica atual, realiza-se a interrupção da gravidez por indicação materna, quando existe doença que coloca em risco a vida da mulher, mas, essa decisão é geralmente tomada quando a condição da doença **já evoluiu** a um estágio de gravidade que faz impositiva a interrupção, ou seja, em casos extremos. Via de regra, procura-se atingir a maturidade fetal ou esperar o efeito de terapia que acelere a maturidade pulmonar do feto.

Anomalias fetais

A capacidade de a medicina diagnosticar diversas doenças no período pré-natal gerou um paradoxo: passou a ser possível a previsão das repercussões pós-natais de defeitos detectados antes do nascimento, mas no caso das doenças incuráveis e incompatíveis com a vida não havia opção que amenizasse a angústia do casal ciente do diagnóstico. Somente em 1990, reunião do Conselho Federal de Medicina resultou em mudança na postura de interpretar literalmente as normas legais vigentes. Compreendiam os conselheiros então ser necessário reconhecer o desenvolvimento do diagnóstico pré-natal e reformular a postura da classe médica para embasar uma reordenação jurídica. Uma das consequências dessa atitude foi a proposta de reformulação do Código Penal de modo a incluir o aborto por anomalia fetal incompatível com a vida nas exclusões de ilicitude do crime. Esforços para essa reformulação existem até hoje e o abortamento nos casos incompatíveis com a vida figura como circunstância excludente de penalização na atual redação do novo anteprojeto que reformulará o Código Penal, se aprovado.

Outra consequência foi a atitude de várias pacientes e do médico destas em apresentar formalmente requisição legal para a interrupção de gravidez acompanhada de

anomalia(s) congênita(s) incompatível(is) com a vida extra-uterina da criança. Milhares de autorizações judiciais para estas interrupções já foram emitidas, constituindo-se assim um grande volume de jurisprudência.

Até que sejam aprovadas e inseridas legalmente, estes procedimentos devem ser mantidos.

Existem numerosas afecções que podem ser incompatíveis com a vida extrauterina, porém detectáveis em períodos razoavelmente precoces da gestação.

Normalmente, o que determina a inviabilidade não é uma malformação isolada, mas o quadro geral apresentado naquele caso. Como ficará evidenciado adiante, as consultas à literatura e a outros profissionais com experiência no assunto são obrigatórias caso se deseje requisitar um alvará. Em um dos estudos mais abrangentes sobre este problema, Frigério (1999) levantou um total de 263 requisições de alvará em quase todos os estados da união. Dos 263 casos, 57,4% provieram da rede pública de saúde e 31,2% de serviços privados (para os 11,4% restantes, a informação não foi disponibilizada nos autos). Em 259 dos 263 casos, as malformações que motivaram a requisição eram incompatíveis com a vida extrauterina (Tabela 1), embora em 12 processos o tipo de anomalia não tenha sido disponibilizado ao autor.

Na casuística atendida por Frigério (1999), foram contabilizadas 52 solicitações de alvará – metade dos casos foi encaminhada a partir da rede pública de saúde. O diagnóstico foi realizado entre 13 e 33 semanas, mas na maioria dos casos excedeu 20 semanas. Nessa população, as indicações mais comuns para a interrupção foram a anencefalia (40%), as anomalias do sistema urinário (13%), as malformações múltiplas (14,9%) e as anomalias cromossômicas (9,2%). A ultrassonografia é um instrumento essencial tanto no rastreamento, como no diagnóstico das anomalias incompatíveis com a vida. Na maioria dos casos, as malformações podem ser diagnosticadas unicamente por esse método.

Uma vez atingido o diagnóstico, a incompatibilidade com a vida em si não representa indicação para o abortamento daquela gravidez. A detecção e o prognóstico da doença devem ser exaustivamente esclarecidos à gestante e, na maioria dos casos, ao companheiro. Além disso, as informações fornecidas às gestantes ou casais devem abranger as alternativas disponíveis para lidar com a realidade do diagnóstico. Dentre essas alternativas, está a requisição de alvará para a interrupção legal da gravidez. Em todos os casos, é desejável pelo menos uma consulta com um(a) psicólogo(a) especializado(a) na temática. Esta consulta procura elucidar os principais fenômenos

exaltados com a descoberta da malformação no filho desejado e utilizá-los para auxiliar a decisão do casal e a conduta médica pertinente.

Na maioria dos serviços em que o abortamento por anomalia fetal é realizado, o óbito fetal pode ser previamente induzido por injeção intracárdica ou intracordal de cloreto de potássio. Esta atitude é justificada do ponto de vista jurídico, uma vez que a vida do feto não é mais um bem a ser preservado.

O parto é induzido pela administração de misoprostol, sendo facultado o uso de analgésicos. Esse procedimento reduz o tempo de internação. Assim, a angústia do casal é minimizada.

Atenção deve ser dispensada às regras da instituição onde se pretende realizar o abortamento. Por vezes, os hospitais de aborto legal impõem uma idade gestacional máxima para a execução do procedimento.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

Risco de Vida:

- Laudo de pelo menos 2 médicos sendo um ginecologista e outro especialista na área da patologia de base;
- Autorização da paciente quando a mesma estiver em condições de se manifestar - consentimento informado sobre o procedimento;
- Registrar em prontuário todo o procedimento, documentos e exames realizados.

Estupro:

- Solicitação/autorização da paciente e/ou seu representante legal;
- Registro policial e Laudo do IML, não são obrigatórios, mas podem ser anexados;
- Exames realizados e avaliações multiprofissionais devem ser registrados em prontuários - consentimento informado sobre o procedimento.

Má formação fetal incompatível com a vida:

- Alvará Judicial - jurisprudência;
- Exames realizados;
- Consentimento informado.

MÉTODOS DE INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO

Método farmacológico

A interrupção da gestação decorrente do estupro continua sendo grande problema para as mulheres. Atualmente existem inúmeros serviços implantados no Brasil que atendem mulheres vítimas de violência, mas muitos têm restrições à interrupção da gravidez, mesmo quando seguramente esta decorreu de violência sexual. Entre outras, alegam que ainda não estão preparados para este ato, que é exclusivo do médico.

A existência de outras opções além da aspiração manual intrauterina e da curetagem clássica constitui alternativas seguras e que podem diminuir os preconceitos com relação ao abortamento.

A inclusão do método farmacológico para a interrupção da gravidez no primeiro trimestre deve ser considerada como mais uma opção terapêutica, e como método de escolha quando a gestação se encontra no segundo trimestre, desde que a mulher seja esclarecida sobre as demais possibilidades e concorde com esta técnica.

A droga utilizada atualmente no Brasil, para interrupção farmacológica da gestação, é o misoprostol, disponível em comprimidos vaginais de 25mcg e 200mcg, denominado Prostokos (único no Brasil). Trata-se de prostaglandina sintética (E2), com ação sobre o músculo uterino, promovendo sua contratilidade. Devemos lembrar que fora do País, a droga vendida sob o nome de Cítotec, possui uma formulação completamente diferente, podendo ser utilizada pelas vias: oral, sublingual, vaginal e retal. Esta versatilidade não vale para o produto comercializado no Brasil, já que a formulação é feita apenas para uso vaginal. Estudos estão sendo realizados para o desenvolvimento da via bucal/oral.

A dose a ser utilizada depende da idade gestacional, avaliada clínica e ultrassonográfica. Sugerimos os seguintes esquemas:

Dose inicial primeiro trimestre

800 mcg via vaginal a cada 6 - 12 horas, até completar 3 doses

800 mcg via sublingual, a cada 3 ou 4 horas, até completar 3 doses.

Dose inicial segundo trimestre

400 mcg entre 13 e 15 semanas, via vaginal a cada 12h até 4 doses

200 mcg entre 16 e 20 semanas, via vaginal a cada 12h até 4 doses

Em casos de falha do método, pode-se repetir a mesma dose, ou utilizar-se-á outro método após as devidas explicações e se houver concordância da mulher. No primeiro semestre, principalmente antes da 10^a semana de gestação, podemos utilizar uma dose de 50mg/m² de Metotrexate via oral e após 48h utilizar o misoprostol na dose recomendada acima. O Mifepristone (droga ainda não comercializada no Brasil) seria ideal para estas situações.

Quando a gravidez encontrar-se no segundo trimestre devemos repetir a indução com o misoprostol, com intervalos de 3 a 5 dias.

Em relação aos efeitos colaterais, as mulheres devem ser informadas de sua possibilidade, embora não frequentes e sem grandes complicações, entre os quais se assinalam:

- Diarreia: tratada apenas com hidratação.
- Vômitos: controlados com antieméticos.
- Hipertermia: mantida em temperatura normal com o uso de paracetamol ou dipirona.
- Sangramento vaginal excessivo: utilizamos uterotônicos (ergonovina).

Havendo dor, decorrente das contrações uterinas, esta poderá ser amenizada com o uso de analgésicos, anti-inflamatórios ou opiáceos.

Aspiração a vácuo

A Organização Mundial de Saúde reconhece a aspiração a vácuo como método seguro e eficaz de esvaziamento uterino até 12 semanas de gestação e recomenda que estar disponível nos centros de saúde de assistência primária como parte da assistência de qualidade para reduzir a mortalidade materna.

A aspiração a vácuo (elétrica ou manual) substituiu a curetagem na maioria dos países desenvolvidos no atendimento ao abortamento incompleto do primeiro trimestre da gestação, em virtude da sua efetividade e baixo risco de complicações.

Em nosso País, a Aspira o Manual Intrauterina (AMIU)   a mais utilizada, já que o material esta disponível em muitos hospitais públicos e privados e vem lentamente substituindo a curetagem uterina tradicional, recomendada e estimulada pelo Ministério da Saúde, que considera esta técnica um fator importante na qualidade de atendimento às mulheres em situa o de abortamento no primeiro trimestre.

Dilata o e curetagem

Esta técnica, apesar de ser a mais utilizada ainda em nosso meio, esta lentamente sendo substituída pela indu o medicamentosa (Misoprostol) e/ou pelas técnicas aspirativas (AMIU). Isso se deve ao maior risco de complica es, entre elas as perfura es uterinas, endometrites, esterilidade, abscessos pélvicos, etc.

Este procedimento realizado no segundo trimestre se chama **dilata o e evacua o uterina** e se constitui no pior método de todos com um risco de complica es que gira em torno de 5 a 16 vezes do que a dilata o e curetagem no primeiro trimestre. Isso em virtude das enormes dificuldades na dilata o do colo que deve ser muito maior, como pelo fato de retirar através da “pinça de ovos” pedaços fetais que já possuem ossos e, portanto, maior risco de perfura o uterina, lesões do endométrio e a própria manipula o prolongada favorecendo a infec o intrauterina.

Inje o intraovular de solu es hipert nicas

Muito utilizada no passado, esta técnica que consistia em retirar através de amniocentese uma quantidade de líquido amniótico (150 a 200 ml), e injetar na câmara  mnica a mesma quantidade de soluço hipert nica que em geral era cloreto de sódio ou glicose hipert nica (25%). Este procedimento causava uma irrita o miometrial levando à contra es intensas e a conseqüente elimina o do feto. Muito utilizada em países onde o aborto era permitido, trazia consigo também os enormes riscos de roturas explosivas do útero e de embolia âmnio-caseosa, que foi causa de muitas mortes maternas. Atualmente está abandonada e sua utiliza o considerada excepcional.

Indu o da assistolia cardíaca fetal

Preconizada em muitos países onde o abortamento é permitido, principalmente no segundo semestre, é a técnica ideal para ser utilizada nas situa es onde a indu o com misoprostol não foi efetiva, ou o tempo disponível para a resolu o do caso seja curto. Nesta técnica, através de pun o cardíaca fetal ou de cordocentese, injeta-se soluço de

cloreto de potássio que irá induzir a parada dos batimentos fetais em sístole, levando ao óbito deste feto intrauterinamente. Após 48 a 72 horas, com a parada da função placentária, a indução do abortamento com misoprostol, em geral, é mais responsiva.

Entendemos que este procedimento deveria ser rotina nas induções de abortamento no segundo trimestre, já que além de permitir maior efetividade e resolutividade do misoprostol, ainda evitaria que alguns fetos que nascem vivos fiquem sendo observado, às vezes por horas e dias, até que percam sua vitalidade, constituindo-se num verdadeiro martírio para os pais.

Para este procedimento é necessário que a equipe de medicina fetal esteja integrada e preparada para este procedimento, em conjunto com a equipe responsável pela indicação da interrupção da gestação.

Microcesárea

Considerada no passado como a “derrota do obstetra”, este procedimento deve sempre ser evitado em virtude da piora do prognóstico obstétrico futuro da paciente. Atualmente consideramos excepcional esta cirurgia, já que o sucesso das induções medicamentosas é animador. No entanto, devemos ponderar esta possibilidade em situações onde já existam muitas cirurgias uterinas como duas ou mais cesáreas, miomectomias ou correção de malformação uterina. Nestes casos, o risco de rotura uterina é muito grande e pode ser pior do que uma nova incisão corporal uterina adequadamente suturada.

A presença de uma cicatriz de microcesária anterior já pode ser uma justificativa plausível para este procedimento.

ASPECTOS  TICOS E LEGAIS DA INTERRUPTÃO DA GESTA O

“No debate  tico, busca-se argumentar sobre postulados que conseguem o acordo do grupo e não sobre os valores que separam os indivíduos nesse grupo.”

Sueli G. Dallari

A legisla o brasileira através de seu Código Penal de 1940 prevê a não puni o do médico que realiza o aborto quando a gravidez for resultante de estupro desde que haja o consentimento da mulher ou de seu representante legal em caso de menor de 14 anos ou mentalmente incapaz. Contudo, as discussões e mesmo o desconhecimento do assunto por parte dos médicos ainda é muito grande, privando as mulheres desse direito. Em 1998 o Ministério da Saúde publicou portaria regulamentando os procedimentos para a aten o   mulher vítima de violência sexual, incluindo o aborto para aquelas gravidezes resultante de estupro se a mulher assim o desejar, e o assunto continua despertando pol mica. Realmente não   fácil para nós médicos assumirmos uma situa o que raramente foi mencionada em nossa forma o. Assumir a destrui o de uma “vida” quando toda a forma o médica tem como princípio fundamental a preserva o da vida.

Estamos então diante de um dilema irreconciliável: um embrião – que teria direito à vida e uma mulher que teria direito ao seu próprio corpo, e na maioria das vezes os médicos preferem se omitir num momento tão delicado da vida da mulher. Então vejamos; do ponto de vista da lei não há o que discutir uma vez que, como vimos anteriormente, o aborto nos casos de gravidez resultante de estupro e com o consentimento da mulher ou seu representante legal não constitui crime, não necessitando, pois de ordem judicial para sua realiza o, ficando a decisão a critério do médico por solicita o da mulher. Do ponto de vista do código de  tica médica o assunto é mais complexo, havendo claramente duas possibilidades distintas e conflitantes. Em rela o aos direitos do médico o artigo 21 refere – “Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”.

Esse artigo vem reforçar o aspecto legal caso o médico se sinta seguro em realizar o ato, enquanto o artigo 28 lhe permite – “Recusar a realiza o de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”, ou seja, se aquele médico se sentir inseguro, o código de  tica lhe faculta o direito de se negar a realiz -lo. Portanto,   necessário discutir a questão de maneira mais ampla, do ponto

de vista das instituições de saúde e não do ponto de vista individual, ou seja, um médico individualmente pode se recusar a prestar tal atendimento, mas a instituição deve se organizar para garantir à mulher o exercício desse direito, já que legalmente é um procedimento que faz parte da assistência integral à saúde da mulher normatizado pelo Ministério da Saúde.

Procedimentos para interrupção da gravidez resultante de estupro

Conforme a Norma Técnica do Ministério da Saúde, são obrigatórios os seguintes documentos:

- Autorização da grávida ou de seu representante legal;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial referente ao estupro, não sendo, contudo, necessário que esta ocorrência tenha sido registrada na época do ocorrido, ou seja, a mulher que tendo sido estuprada não tenha registrado a ocorrência à época, por medo ou outros motivos, e posteriormente verifica estar grávida daquele ato, pode procurar uma delegacia e registrar a ocorrência a qualquer tempo e ter o seu direito assegurado;
- Informação à mulher ou ao seu representante legal de que ela poderá ser responsabilizada criminalmente caso as declarações constantes no prontuário ou no Boletim de Ocorrência Policial (BOP) forem falsas. Isto assegura ao médico isenção de culpa por convivência em caso hipotético de a mulher prestar declarações falsas sobre a origem da gravidez;
- Registro em prontuário médico, das consultas e da decisão adotada pela mulher, assim como dos resultados de exames clínicos ou laboratoriais. Lembramos que embora não exigido pela lei, é aconselhável relato claro sobre as conclusões do cálculo da idade gestacional, se possível com ecografia relacionando o início da gestação com a data referida do estupro;

Para aumentar a segurança, e caso tenha disponível, é também recomendável a anexação de:

- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial referente ao estupro: não sendo, contudo, necessário que esta ocorrência tenha sido registrada na época do ocorrido, ou seja, a mulher que tendo sido estuprada não tenha registrado a ocorrência à época, por medo ou outros motivos, e posteriormente verifica estar grávida daquele ato, pode procurar uma

delegacia e registrar a ocorrência a qualquer tempo e ter o seu direito assegurado;

- Cópia do Registro de Atendimento Médico à época da violência sofrida;

- Cópia do Laudo do Instituto de Medicina Legal (à época do estupro).

Quanto à idade gestacional, embora não haja limitações definidas em lei, utiliza-se a definição médica de aborto como a “interrupção da gestação até 20 semanas”, sendo este o limite considerado na Norma Técnica, embora haja serviços que realizam o aborto apenas até 12 semanas.

Interrupção da gestação em caso de não haver outra maneira de salvar a vida da gestante

A situação em que há problema grave de saúde da mulher grávida em que o aborto constitui a única maneira de salva-la também está prevista na mesma lei de 1940, não sendo punido o médico que o pratica. Embora esses casos raramente sejam objeto de discussão ou polêmicas, recomendam-se procedimentos sistematizados para sua documentação e realização quais sejam:

- Documentação em prontuário. Anotação das avaliações dos profissionais especialistas (em detalhes) com letra legível, carimbo e assinaturas;

- Lavratura de duas cartas, uma para o Diretor Clínico da instituição e outra para a Comissão de Ética citando-se as razões para a realização do procedimento;

- Comunicação à paciente e seus familiares;

- Suporte psicológico;

- É importante que um dos profissionais seja especialista na patologia que motiva a interrupção.

Interrupção da gestação em caso de malformação fetal incompatível com a vida

Embora cada vez mais diagnosticadas com a evolução das técnicas de ultra-sonografia, a conduta nas malformações graves continua um desafio para todos em virtude da

dificuldade da legislação em acompanhar os progressos da ciência.

Citamos como exemplo, o caso mais clássico de malformação incompatível com a vida que é a anencefalia, e que pode ser diagnosticada cada vez mais precocemente. Como pode se justificar a manutenção de uma gravidez por 9 meses, com todos seus riscos e limitações para a mulher, se sabemos que aquele feto terá 100% de mortalidade nas primeiras horas de vida? Já nos casos de malformações graves que não inviabilizam a sobrevivência fetal, a discussão é mais complexa. Cita-se como exemplo o diagnóstico pré-natal da Síndrome de Down, de distúrbios metabólicos graves ou de anomalias cromossômicas diversas.

Nesses casos, como a lei não prevê o direito à interrupção da gestação, nos resta aconselhar a família para uma decisão orientada e segura. Por outro lado, nos casos de malformação incompatível com a vida o Judiciário tem se posicionado favoravelmente e cada vez mais rápido em virtude da vasta jurisprudência sobre o assunto.

Conclusões

- A lei brasileira assegura à mulher grávida o direito a interromper a gestação se esta for resultante de estupro ou se esta for a única maneira de salvar sua vida
- Em caso de malformação incompatível com a vida, embora não previsto em lei, a justiça tem autorizado a interrupção da gestação sem limite de idade gestacional, mediante alvará judicial.
- O Código de Ética Médica tem salientado, a obrigação de o médico agir conforme a legislação vigente, contudo, assegurando a este a ampla liberdade de ação conforme “os ditames de sua consciência”. Entretanto, nunca os ditames da consciência de um profissional devem sobrepujar o direito da paciente de decidir sobre seu futuro reprodutivo, e de exercer plenamente a autonomia de sua decisão, já que está amparada pela lei.
- É dever da instituição, garantir o acesso da mulher aos programas de interrupção da gestação previstos na lei. Caso um profissional médico não se sinta capaz de realizar os procedimentos, a instituição deverá nomear um substituto para tal ação.

CÓDIGO PENAL E AS LEIS DOS CRIMES CONTRA PESSOAS

Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário:

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro:

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando menor ou incapaz, de seu representante legal.

LEI Nº 12.015 DE 7 DE AGOSTO DE 2009

Mensagem de veto	Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.
-------------------------	--

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal.

Art. 2º O Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

TÍTULO VI

DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL

CAPÍTULO I

DOS CRIMES CONTRA A LIBERDADE SEXUAL

Estupro

Art.213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

§ 1º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave ou se a vítima é menor de 18 (dezoito) ou maior de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 12 (doze) anos.

§ 2º Se da conduta resulta morte:

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.” (NR)

Violação sexual mediante fraude

Art. 215. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.

Parágrafo único. Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.” (NR)

§ 2º A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos.” (NR)

CAPÍTULO II

DOS CRIMES SEXUAIS CONTRA VULNERÁVEL

Art. 218. Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Parágrafo único. (VETADO).” (NR)

Ação penal

Art. 225. Nos crimes definidos nos Capítulos I e II deste Título, procede-se mediante ação penal pública condicionada à representação.

Parágrafo único. Procede-se, entretanto, mediante ação penal pública incondicionada se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos ou pessoa vulnerável.” (NR)

“CAPÍTULO V

DO LENOCÍNIO E DO TRÁFICO DE PESSOA PARA FIM DE PROSTITUIÇÃO OU OUTRA FORMA DE EXPLORAÇÃO SEXUAL

Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual

Art. 228. Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

§ 1º Se o agente é ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos.

Art. 229. Manter, por conta própria ou de terceiro, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja, ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente:

§ 1º Se a vítima é menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos ou se o crime é cometido por ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou por quem assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa.

§ 2º Se o crime é cometido mediante violência, grave ameaça, fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação da vontade da vítima:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos, sem prejuízo da pena correspondente à violência.” (NR)

Tráfico internacional de pessoa para fim de exploração sexual

Art. 231. Promover ou facilitar a entrada, no território nacional, de alguém que nela venha a exercer a prostituição ou outra forma de exploração sexual, ou a saída de alguém que vá exercê-la no estrangeiro.

Pena - reclusão, de 3 (três) a 8 (oito) anos.

§ 1º Incorre na mesma pena aquele que agenciar, aliciar ou comprar a pessoa traficada, assim como, tendo conhecimento dessa condição, transportá-la, transferi-la ou alojá-la.

§ 2º A pena é aumentada da metade se:

I - a vítima é menor de 18 (dezoito) anos;

II - a vítima, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato;

III - se o agente é ascendente, padrasto, madrastra, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou se assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; ou

IV - há emprego de violência, grave ameaça ou fraude.

§ 3º Se o crime é cometido com o fim de obter vantagem econômica, aplica-se também multa.” (NR)

Art. 3º O Decreto-Lei nº 2.848, de 1940, Código Penal, passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 217-A, 218-A, 218-B, 234-A, 234-B e 234-C:

Estupro de vulnerável

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.

  1  Incorre na mesma pena quem pratica as a es descritas no **caput** com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência.

  2  (VETADO)

  3  Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena - reclusão, de 10 (dez) a 20 (vinte) anos.

  4  Se da conduta resulta morte:

Pena - reclusão, de 12 (doze) a 30 (trinta) anos.”

Satisfa o de lascívia mediante presença de criança ou adolescente

Art. 218-A. Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenci ar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.”

Favorecimento da prostitui o ou outra forma de explora o sexual de vulnerável

Art. 218-B. Submeter, induzir ou atrair   prostitui o ou outra forma de explora o sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone:

Pena - reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos.

§ 1^o Se o crime é praticado com o fim de obter vantagem econ mica, aplica-se também multa.

§ 2^o Incorre nas mesmas penas:

I - quem pratica conjunção carnal ou outro ato libidinoso com alguém menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos na situação descrita no **caput** deste artigo;

II - o proprietário, o gerente ou o responsável pelo local em que se verifiquem as práticas referidas no **caput** deste artigo.

§ 3^o Na hipótese do inciso II do § 2^o, constitui efeito obrigatório da condenação a cassação da licenç a de localização e de funcionamento do estabelecimento.”

Notificação compulsória Lei n^o 10.778, de 24 de novembro de 2003

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviç os de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA:

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1^o Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendidos em serviç os de saúde públicos e privados.

§ 1^o Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer a o ou conduta, baseada no g nero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico   mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 2^o Entender-se-  que a violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I - tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso

sexual;

II - tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, viola o, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostitui o forçada, seqüestros e assédio sexual no local de trabalho, bem como em institui es educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III - seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

É 3  Para efeito da defini o serão observados também as conven es e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre preven o, puni o e erradica o da violência contra a mulher.

Art. 2  A autoridade sanitária proporcionar  as facilidades ao processo de notifica o compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3  A notifica o compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo  nico. A identifica o da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4  As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obriga es previstas nesta Lei.

Art. 5  A inobservância das obriga es estabelecidas nesta Lei constitui infra o da legisla o referente à saúde pública, sem prejuízo das san es penais cabíveis.

Art. 6  Aplica-se, no que couber,   notifica o compulsória prevista nesta Lei, o disposto na Lei n  6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 7  O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamenta o desta Lei.

Art. 8  Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publica o.

Brasília, 24 de novembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

José Dirceu de Oliveira e Silva

2010



Federação Brasileira das Associações
de Ginecologia e Obstetrícia