

Rosires Pereira de Andrade

VIOLÊNCIA
SEXUAL
contra mulheres

Aspectos Médicos, Psicológicos,
Sociais e Legais do Atendimento



Complexo Hospital de Clínicas da UFPR / EBSERH
Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Rosires Pereira de Andrade

VIOLÊNCIA
VIOLÊNCIA
SEXUAL
contra mulheres

**Aspectos Médicos, Psicológicos,
Sociais e Legais do Atendimento**

2ª edição

UFPR 2019

Andrade, Rosires Pereira de

A436 Violência sexual contra mulheres: aspectos médico, psicológicos, sociais e legais do atendimento / editor: Rosires Pereira de Andrade. – Curitiba, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, 2017.

228 p.

ISBN: 978-85-68566-07-7

1. Violência sexual – Legislação e jurisprudência. 2. Violência sexual - Psicologia. 3. Violência contra a mulher. 4. Mulheres. 4. Condições sociais. 5. Serviços de atendimento. I. Título.

NLM: WA 309

ISBN 978-85-68566-07-7

Rosires Pereira de Andrade

VIOLÊNCIA
VIOLÊNCIA
SEXUAL
contra mulheres

**Aspectos Médicos, Psicológicos,
Sociais e Legais do Atendimento**



Complexo Hospital de Clínicas da UFPR / EBSEERH
Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências de Saúde da UFPR

AUTORES

Equipe de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR

Rosires Pereira Andrade

Professor Titular de Reprodução Humana do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Coordenador do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR
Chefe do Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da UFPR - 2014-2017
Diretor do CEPEME-CERHFAC – Centro de Estudos e Pesquisas Médicas
Presidente da Comissão Nacional Especializada da FEBRASGO de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei
Gerente de Ensino e Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH

Juarez Marques de Medeiros

Psicólogo na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR
Psicólogo do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR

Clea Elisa Lopes Ribeiro

Médica Infectologista do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR
Médica Infectologista do Serviço de Infectologia do Hospital de Clínicas da UFPR

Dênis José Nascimento

Professor Associado de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Coordenador da Disciplina de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Vice-Chefe do Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da UFPR – 2014-2018

Sorau Mattioli Luz

Enfermeira da Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR
Enfermeira do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR

Maria Cristina Dias de Lima

Assistente Social da Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR
Assistente Social do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR

Regina Célia Tanaka Nunes

Enfermeira da Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR

Edison Luiz Almeida Tizzot

Coordenador do Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde da UFPR – 2014-2017
Vice-Diretor do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Professor Associado I da Disciplina de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.
Médico plantonista do Instituto Médico Legal para atendimento das vítimas de violência sexual.

Autores convidados

Rogério Andrade Mulinari

Professor Titular de Clínica Médica
Chefe do Departamento de Clínica Médica, 1995-1999
Coordenador da Pós-Graduação em Medicina Interna, 2000-2002
Diretor do Setor de Ciências da Saúde, 2002-2009
Vice-Reitor da UFPR, 2009-2017

Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski

Advogada, Mestranda em Direito pelo Centro Universitário Internacional - UNINTER
Presidente da Comissão de Estudos sobre Violência de Gênero da OAB/PR
Representante da OAB/PR junto ao Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR
Integrante do Comitê Latino-Americano de Defesa dos Direitos da Mulher - CLADEM/Brasil
Consultora da Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestação prevista em Lei da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO).

Adeli Regina Prizybicien de Medeiros

Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela UFPR. Ex-coordenadora do Serviço de Epidemiologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

Ana Helena Del Grossi de Paula e Silva

Acadêmica de Farmácia. Ex-bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho (PET Saúde UFPR)

Cristina Garcia Beckert Batista

Técnica em Enfermagem. Serviço de Epidemiologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

Fabiana Costa de Senna Ávila Farias

Enfermeira, Mestre em Educação. Serviço de Epidemiologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

Sabrina Mariana Libonati

Farmacêutica, Especialista em Ciências Forenses. Serviço de Epidemiologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

Thiago Yuiti Castilho Massuda

Chefe da Divisão de Laboratórios da Polícia Científica do IML de Curitiba.

Luciellen D'Ávila Giacomel Kobachuk

Chefe da Seção de Bioquímica Forense do IML de Curitiba.

Eduardo Rodrigues Cabrera

Chefe da Seção de Toxicologia Forense do IML de Curitiba.

Anna Carolina de Moraes Braga

Perita Oficial do IML de Curitiba.

Camila Castro Teixeira

Perita Oficial do IML de Curitiba.

Jaqueline Andressa Machado Trentin Luz

Perita Oficial do IML de Curitiba.

Josiane Brodzinski

Perita Oficial do IML de Curitiba.

Paula Eidt Fornari

Perita Oficial do IML de Curitiba.

Márcia Cecília Huçulak

Enfermeira, Mestre em Planejamento e Financiamento em Saúde, Coordenadora da Rede Mãe Paranaense, ex-assessora técnica do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde do Paraná e atual Secretária Municipal de Saúde de Curitiba.

Maria Cristina Fernandes Ferreira

Assistente Social, Mestre em Política Social, Diretora do Departamento de Promoção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Apresentação

Em 2014 o Departamento de Tocoginecologia iniciou a sua produção de vários Protocolos de conduta para atendimento à nossa população feminina da Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR. Três Protocolos (Reprodução Humana, Pré-natal de baixo risco e Ginecologia endócrina) foram impressos e distribuídos aos alunos de medicina, residentes, médicos e professores do Departamento e para vários outros profissionais de saúde do Paraná e de outros estados. A 2ª edição do primeiro deles, o de Reprodução Humana, foi recentemente lançado atualizado. As publicações também são disponibilizadas online para todos que quiserem receber e usar.

A partir de 1997 começamos o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR, de maneira organizada e planejada. Vários profissionais de saúde lotados no Hospital de Clínicas se dedicaram a esse atendimento durante todos esses anos, e desde 2002 temos tido a participação ativa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o que ocasionou uma grande evolução no atendimento, culminando com a participação do Instituto Médico Legal atendendo na própria Maternidade.

Ao longo do tempo o serviço ficou bastante conhecido e tem servido como referência de atendimento. Mais recentemente, a partir de 2015, a Secretaria Estadual de Saúde, juntamente com a Secretaria Estadual de Segurança Pública lançou um Protocolo para atendimento às pessoas em situação de violência sexual, tendo a participação ativa dos nossos profissionais da Maternidade do Hospital de Clínicas, experientes nesse tipo de atendimento. Ao meu conhecimento, trata-se do primeiro estado brasileiro a apresentar um projeto de treinamento e capacitação dos profissionais de saúde em suas regionais, com vistas ao atendimento organizado e estruturado em todo o estado, com a participação ativa de médicos do IML.

Temos contado com a participação da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB que, a nosso pedido, designou uma advogada representante da entidade, para nos ajudar, voluntariamente, nas questões legais ligadas à violência sexual.

Além disso, a Reitoria da UFPR criou o Programa Conte Conosco, em 2015, para disponibilizar às pessoas da UFPR em situação de discriminação e de violência a opção de denúncia das agressões das quais foram vítimas,

sem precisarem se expor ou se submeter a constrangimentos. Esse canal virtual tem sigilo assegurado e se complementa por acolhimento com grupos de apoio multiprofissional, sendo um poderoso aliado das vítimas.

Este livro foi escrito para mostrar a experiência no atendimento às vítimas de violência sexual. Todos que aqui escreveram se basearam no que fazem nesse atendimento. Focamos no atendimento às mulheres vítimas porque em Curitiba as crianças são atendidas num hospital infantil e não temos experiência nesse atendimento. A diagramação e a formatação foram realizadas pelo editor e pelo Juarez Medeiros.

Esperamos que, com esse livro, distribuído gratuitamente impresso e online, graças à participação da nossa UFPR, possamos chegar com a informação a muitos profissionais de saúde que poderão prestar o necessário atendimento às mulheres vítimas. É o que podemos fazer, atender bem e, desse modo, fazer prevenção de danos psicológicos e orgânicos.

Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade

- Professor Titular de Reprodução Humana do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
- Coordenador do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR
- Chefe do Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da UFPR 2014-2017
- Diretor do CEPEME-CERHFAC – Centro de Estudos e Pesquisas Médicas
- Presidente da Comissão Nacional Especializada da FEBRASGO de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei
- Gerente de Ensino e Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH

Prefácio à segunda edição

Até há um par de décadas atrás, a violência de gênero e particularmente a violência sexual contra a mulher e a adolescente, não era um assunto que parecia interessar aos ginecologistas e obstetras, nem aos programas dedicados a atender a saúde da mulher, tanto no Brasil como no resto do mundo, com raras exceções.

No Brasil, foi apenas no final dos anos de 1980 e início de 1990 que os governos municipais, primeiro do Rio de Janeiro e posteriormente de São Paulo, resolveram que mulheres que engravidassem após estupro e solicitassem interrupção legal da gestação fossem atendidas em hospitais municipais, mas sem lembrar das necessidades de todas as mulheres que sofrem violência sexual e não engravidam.

Foi só na segunda metade da década de 1990 que, por iniciativa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UNICAMP, academicamente muito próximo ao da UFPR, que um grupo de Professores de Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Legal e Ética Médica, juntamente com cientistas sociais, juristas e grupos de mulheres organizadas, fizeram a primeira proposta de atendimento à mulher e adolescente que sofre violência sexual.

Esta proposta foi acolhida pela FEBRASGO e logo pelo Ministério da Saúde, e foi sendo paulatinamente levada à prática em diversos hospitais, principalmente universitários.

As primeiras experiências já mostraram que o atendimento às mulheres que sofrem violência sexual não podia limitar-se a um hospital, mas devia ser um programa ao menos municipal, envolvendo diversos organismos da cidade. Foi assim que cidades como Campinas, Curitiba, Recife e até São Paulo, entre várias outras, organizaram programas municipais de atendimento a estas mulheres, com pequenas diferenças entre elas, mas todas com a mesma orientação.

O Departamento de Tocoginecologia da UFPR liderou e continua liderando os esforços para que toda mulher ou adolescente, e também crianças e adolescentes masculinos, recebam o atendimento que precisam e merecem, não apenas na cidade de Curitiba, mas em todo o estado de Paraná, ocupando-se, também, da prevenção deste tipo de violência e da violência de gênero em geral.

Apesar do grande progresso atingido no Brasil durante as últimas duas décadas no atendimento integral das pessoas que sofrem violência sexual, ainda há grandes áreas do Brasil onde este tipo de preocupação não existe e não se dispõe de serviços que prestem um atendimento tão integral como se oferece em Curitiba e outras cidades do estado de Paraná.

O livro preparado pela equipe da UFPR dá todas as informações necessárias para que nos locais onde ainda não existem estes serviços, possam se organizar para criá-los, seguindo um modelo que não pode ser estabelecido da noite para o dia, mas exige um preparo progressivo, sempre começando com o atendimento de emergência à mulher e adolescente que sofre este tipo de violência.

Este é, portanto, um livro muito oportuno e bem-vindo, que tem o mérito adicional de que cada capítulo foi escrito por profissionais que fazem o que se descreve e o fazem com a paixão de quem sabe o fundamental que é para a pessoa atendida, que o serviço que recebem seja bem feito. O leitor pode estar seguro de uma leitura que vale muito a pena.

Prof. Anibal Faúndes

- Professor Emérito Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)
- Professor Colaborador Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp
- Coordenador da Iniciativa da Federação Internacional de Obstetrícia e Ginecologia (FIGO) de Prevenção do Aborto Inseguro
- Pesquisador Sênior, Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (Cemicamp)

Prefácio à primeira edição

A publicação *VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES: ASPECTOS MÉDICOS, PSICOLÓGICOS, SOCIAIS E LEGAIS DO ATENDIMENTO* representa uma oportunidade de demonstrar a potencialidade de amalgamar talentos de diferentes áreas do conhecimento, com vínculos a instituições diversas, motivados por um tema desafiante e de relevância e alcance social incomensurável.

São 25 colaboradores apresentando as experiências desenvolvidas em uma parceria exitosa entre o Hospital de Clínicas e o Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, as Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Pública e a Ordem dos Advogados do Brasil – Seção Paraná.

Os procedimentos aplicados a casos de violência sexual, em especial a mulheres, são debatidos sob a ótica daqueles profissionais que tem se envolvido no cuidado de uma das mais traumatizantes experiências humanas.

A violência sexual não é uma ocorrência fortuita, resultante de oportunidade de um agressor sobre uma vítima indefesa. Igualmente não é situação provocada pelo comportamento da vítima. Os conceitos subvertidos e os preconceitos do agressor, muitas vezes arraigados na cultura de grupos com viés machista, é que são os determinantes desta torpeza.

Este documento além de representar um relato referenciado do processo de acolhimento da pessoa em situação de violência aplicado na UFPR, em Curitiba e no Paraná, oferece um acúmulo de reflexões sobre o cuidado, a legislação e a organização de sistemas para melhor apoiar a vítima. A informação é apresentada por especialistas e por agentes dos procedimentos do cuidado.

Por fim, um programa desenvolvido na UFPR que disponibiliza uma plataforma de denúncia sigilosa de episódios de discriminação e violência associada ao acolhimento por grupos multiprofissionais de apoio é apresentado como proposta para um sistema de exposição mínima e acolhimento da pessoa em situação de violência.

Esta obra deve ser fundamental para auxiliar estudantes e profissionais da saúde na reflexão sobre a atenção a vítimas sexuais. Esta leitura interessa

igualmente à população sob risco de violência, para que na ocorrência de violência possa usufruir de seus direitos. Por fim, interessa a toda a sociedade como forma de assegurar que a agressão sexual não seja vista como um comportamento aceitável em um cenário cultural permissivo, mas sim como uma lesão covarde à cidadania.

Prof. Dr. Rogerio Andrade Mulinari

- Professor Titular de Clínica Médica
- Chefe do Departamento de Clínica Médica, 1995-1999
- Coordenador da Pós-Graduação em Medicina Interna, 2000-2002
- Diretor do Setor de Ciências da Saúde, 2002-2009
- Vice-Reitor da UFPR, 2009-2017

Homenagem

Não existe instituição boa, por si só, mas sim gente boa que representa uma determinada organização e que a faz ser importante. As pessoas fazem acontecer. Isso em qualquer lugar do mundo.

Como disse o famoso francês Victor Hugo, “Nada é mais poderoso do que uma ideia que chega no tempo certo”. Quando começamos o atendimento organizado em violência sexual, tínhamos profissionais de saúde importantes, dedicados e afim de fazer acontecer, de bem atender as mulheres vítimas. Foi o momento certo para iniciar esse atendimento, a despeito de inúmeras dificuldades existentes. A essas pessoas o editor deste livro, em nome da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas e do Departamento de Tocoginecologia, faz uma homenagem especial e pública, com agradecimento pela dedicação e profissionalismo exemplares. A foto abaixo, de 11 de agosto de 2016, retrata as pessoas que atuaram até agora nesse atendimento, além dos médicos residentes e chefes de plantão na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR.



Da esquerda para a direita:

- Edison Luiz Almeida Tizzot
- Regina Célia Tanaka Nunes
- Sorau Mattioli Luz
- Cléa Elisa Lopes Ribeiro
- Denis José Nascimento
- Rosires Pereira de Andrade
- Rafaela Carla Graczyk
- Maria Cristina Dias de Lima
- Juarez Marques de Medeiros
- Maria Alice Oliveira do Carmo
- Idalina Marly da Luz
- Marta Aparecida do Valle da Silva

Sumário

1	HISTÓRICO DO ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	19
	1.1. Introdução.....	19
	1.2. Histórico do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil	25
	1.3. Histórico do atendimento às vítimas de violência sexual feito na Maternidade do HC/UFPR e no Paraná.....	30
	1.4. Referências	44
2	ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	49
	2.1. Indicações	49
	2.2. Mecanismo de ação	50
	2.2.1. Levonorgestrel.....	51
	2.2.2. Método de Yussepe	52
	2.2.3. Dispositivo intrauterino de cobre	52
	2.2.4. Antiprogestínicos	53
	2.3. Eficácia contraceptiva comparativa entre Ulipristal e Levonorgestrel.....	53
	2.4. Drogas em pesquisa.....	54
	2.5. Recomendações da Organização Mundial de Saúde	54
	2.6. Pré-requisitos para a administração da AE	56
	2.7. Agente e dose.....	56
	2.7.1. Levonorgestrel.....	56
	2.7.2. Etinilestradiol mais levonorgestrel.....	56
	2.7.3. Efeitos colaterais.....	57
	2.7.4. Como iniciar anticoncepcional após AE.....	58
	2.7.5. Seguimento das pacientes	58
	2.8. Referências.....	59
3	ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL - SERVIÇO SOCIAL	61
	3.1. Princípios gerais do atendimento	61
	3.2. Considerações importantes	63
	3.3. Encaminhamento da Ficha de notificação Individual - Violência Interpessoal/autoprovocada	63
	3.4. Abortamento legal, humanitário ou sentimental	64
	3.4.1. Atendimento do serviço social.....	64
	3.4.2. Documentação solicitada.....	65

3.4.3. Avaliação da equipe multiprofissional	66
3.5. Anexos	67
3.6. Referências.....	69

4 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	71
4.1. Atendimento na ocorrência imediata (até 72 horas após a violência sexual)..	75
4.2. Atendimento tardio (a partir de 72 horas após a ocorrência da violência sexual), ou casos de abuso sexual crônicos	76
4.3. Gravidez decorrente de violência sexual	76
4.4. Referências.....	78

5 SEGUIMENTO COM A PSICOLOGIA - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	81
5.1. Introdução.....	81
5.2. Questões psicossociais	81
5.3. Apoio psicossocial.....	82
5.4. Avaliação psicológica.....	83
5.4.1. Avaliação do Transtorno de Estresse Pós-traumático.....	84
5.4.1.1. Escala de avaliação do Transtorno de Estresse Pós-traumático.....	84
5.4.2. Avaliação do Suporte Social.....	85
5.4.2.1. Questionário suporte social	86
5.4. Considerações finais	88
5.5. Referências.....	90

6 PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) E HIV...93	
6.1. Atendimento nas primeiras 72 horas.....	93
6.2. Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	94
6.2.1. Profilaxia das IST não Virais	94
6.2.2. Prevenção de IST Virais.....	95
6.2.3. Prevenção de HIV/AIDS.....	97
6.2.4. Acompanhamento e Alta.....	102
6.3. Atendimento nos casos de agressão ocorrida com mais de 72 horas ou agressão crônica	104
6.4. Referências.....	105

7 O ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL - PAPEL DO GINECOLOGISTA	107
7.1. Acolhimento.....	107
7.2. Atendimento Clínico.....	108
7.3. Exame médico pericial.....	110
7.3.1. Lesões corporais mais frequentemente observadas em casos de violência sexual.....	111

7.3.2. Fissuras - Diferença entre Lesões Clínicas e Lesões Traumáticas.....	114
7.4. Exames Laboratoriais	115
7.4.1. Exames protetivos	115
7.4.2. Exames Forenses	115
7.5. Cuidados médicos posteriores.....	117
7.6. Continuidade do Cuidado.....	119
7.7. Referências.....	121

8 COLETA DE VESTÍGIOS DE CRIMES SEXUAIS.....	123
8.1. Apresentação.....	123
8.2. Cadeia de custódia.....	123
8.3. Toxicologia forense.....	125
8.3.1. Dosagem alcoólica	125
8.3.2. Triagem toxicológica	126
8.4. Bioquímica forense.....	128
8.4.1. Conteúdo vaginal, vulvar e anal.....	129
8.4.2. Conteúdo oral.....	129
8.4.3. Conteúdo de outras regiões do corpo	129
8.4.4. Vestes.....	130
8.4.5. Material de referência da vítima	131
8.6. Metodologia de pesquisa de sêmen	136

9 ABORTAMENTO LEGAL.....	139
9.1. Aspectos legais	139
9.2. Documentos exigidos/consentimento	140
9.2.1. Consentimento	140
9.3. Objeção de consciência.....	141
9.4. Procedimentos de interrupção da gravidez	142
9.4.1. Determinação da idade gestacional (IG)	142
9.4.2. Condições preexistentes.....	142
9.4.3. Métodos de interrupção até 12 semanas de IG	142
9.4.4. Alívio da dor.....	144
9.4.5. Profilaxia de infecção	145
9.4.6. Cuidados com coleta e guarda de material	145
9.4.7. Isoimunização pelo fator Rh.....	146
9.4.8. Alta hospitalar e seguimento.....	146
9.5. Anexos.....	147
9.6. Referências.....	154

10 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR E O PROCESSAMENTO DAS FICHAS DE VIOLÊNCIA - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	155
10.1. Dados Gerais.....	155
10.2. Notificação Individual.....	156

10.3. Dados de residência:	157
10.4. Dados da pessoa atendida.....	157
10.5. Dados da ocorrência	158
10.6. Tipologia da violência (Tipos de violência)	159
10.7. Violência sexual.....	160
10.8. Natureza da lesão e parte do corpo atingida.....	160
10.9. Dados do provável autor da violência	160
10.10. Ciclo do provável autor da violência	160
10.11. Encaminhamentos.....	160
10.12. Dados finais.....	161
10.13. Breve relato da ocorrência	161

11 O ABORTAMENTO À LUZ DO DIREITO	163
11.1. Introdução	163
11.2. Alguns dados sobre estupro no Brasil	165
11.3. O sistema normativo internacional	167
11.4. O sistema normativo nacional	171
11.4.1. A Constituição e os direitos fundamentais.....	171
11.5. Os direitos sexuais e reprodutivos.....	174
11.6. A violência sexual	176
11.7. O Código Penal e os crimes contra a dignidade sexual.....	178
11.7.1. Crimes contra a liberdade sexual: o estupro.....	178
11.7.2. Crimes sexuais contra vulnerável: o estupro de vulnerável ..	179
11.7.3. Outras disposições	181
11.8. O aborto previsto em lei.....	182
11.8.1. Condições para o abortamento lícito	184
11.9. Os profissionais da saúde diante da violência sexual.....	187
11.10. Dever de sigilo. Notificação compulsória. Comunicação de crime. Licença.....	189
11.11. Abortamento sentimental putativo	193
11.12. Objeção de consciência. Direitos e deveres.....	194
11.13. Prontuário médico.....	198
11.14. Considerações finais.....	199
11.15. Referências	201

12 A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO PARANÁ.....	205
12.1. Introdução.....	205
12.2. A organização da atenção às pessoas em situação de violência no Paraná ...	207
12.3. Saúde e a Rede Intersetorial de Proteção Social.....	210
12.3.1. O papel das equipes da Atenção Primária à Saúde na atenção às pessoas em situação de violência.....	211
12.3.2. Pontos de Atenção Secundária e Terciária: UPA/24 Horas, CAPS, Centro de Especialidade, Centros de Aconselhamento e Testagem - CTA, Hospital.....	212

12.3.3. Serviços de Apoio à Gestão do sus	215
12.3.4. Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde.....	215
12.3.5. Estruturação da Rede Intersectorial de Proteção Social.....	216
12.4. A proposta de mudança	217
12.5. O atendimento nos casos de aborto previsto em Lei	220
12.6. Referências.....	222

13	PROGRAMA CONTE CONOSCO: ENFRENTANDO A DISCRIMINAÇÃO E A VIOLÊNCIA.....	223
	13.1. O Princípio.....	223
	13.2. A Indignação na UFPR.....	224
	13.3. UFPR para Todas as Gentes	225
	13.4. Episódios de Violência Sexual.....	226
	13.5. Eventualidade de Envolvimento de Adolescentes	227
	13.6. Implantação	227
	13.7. Conclusão	227

1 HISTÓRICO DO ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Rosires Pereira de Andrade

1.1. Introdução

A violência sexual é um dos componentes do que se chama de “violência baseada no gênero”¹. Assim foi definida pela Comissão Econômica e Social das Nações Unidas a violência de gênero: “*Qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta ou seguramente resultará em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaça de tais atos, coerção ou de privação arbitrária da liberdade, seja no âmbito público ou privado*”.

Pode haver violência num casal tanto do homem contra a mulher como da mulher contra o homem, mas seguramente predomina a primeira possibilidade. De maneira quase absoluta há também esse domínio quando se trata da violência sexual. Já na violência sexual na infância até início da adolescência não é raro se encontrar violência contra o sexo masculino.

O problema da violência contra a mulher, conforme cita Faúndes¹, foi ignorado pela ginecologia e obstetrícia, até recentemente. Não era considerado um problema importante, até porque muito frequentemente os fatos permaneciam praticamente invisíveis. Pesquisas feitas na América Latina citam que apenas 2% dos casos de agressão sexual intrafamiliar de meninas e meninos, 6% dos casos de agressão sexual extra familiar e 5 a 8% dos casos de agressão sexual em adultos eram denunciados².

Entre as razões para não haver denúncias talvez a mais importante é que a maior parte dos agressores são os companheiros das mulheres, maridos legais ou não, noivos ou namorados, amigos e de acordo com a teoria machista encontrada na América Latina, os homens teriam direito a decidir quando querem ou não usar o corpo das companheiras. Mas também violência sexual contra meninas pode ser pelo próprio pai ou padrasto e outros membros da família, quando geralmente a denúncia não é feita por inúmeras razões (medo da menina em não ser acreditada, dependência financeira, entre outras).

Com certeza a violência sexual pode ser considerada mais fácil de ser denunciada quando o agressor é desconhecido, mas ela com frequência

também não é relatada devido a fatores como sensação de culpa e insegurança da mulher que sofreu violência. Pensamentos como: *Por que eu estava sozinha neste lugar? Minha roupa estava provocante demais? O que eu fiz de errado para isso acontecer? O que meu companheiro e a sociedade vão pensar de mim?*, são alguns exemplos que podem afligir as mulheres violentadas e que as fazem temer procurar auxílio, inclusive nos dias atuais.

A mulher que sofre violência sexual tem necessidades imediatas de atenção pelos profissionais de saúde, nas primeiras horas que se seguem à violência e também necessidades tardias, nas semanas e nos meses posteriores. A necessidade de atenção especializada pode ser por mais tempo, dependendo das necessidades individuais da vítima.

O foco do médico ao atender a mulher vítima de violência sexual tem que ser a mulher; ela precisa ter todo o acesso ao serviço de pronto atendimento e este deve ser feito de acordo com as normas internacionais e nacionais bem estabelecidas. Não é o foco principal a identificação do agressor, no entanto, esforços devem ser feitos no sentido de também se procurar meios, que existem, para essa identificação, pois podemos dessa maneira interromper um ciclo de violência sexual pelo mesmo agressor e, inclusive, evitar mortes das possíveis vítimas futuras.

Há evidências de que a violência sexual acarreta consequências ginecológicas a longo prazo, podendo a causa básica permanecer oculta pela mulher, que pode não ver a relação entre violência e as queixas. A FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia aprovou resolução a respeito na assembleia realizada em Copenhague em 1997. Conforme Faúndes et al (2000)³ *“A resolução reconhece a violência contra a mulher como um problema grave e recomenda que ginecologistas e obstetras: eduquem-se, assim como outros profissionais de saúde quanto à extensão, tipos e consequências da violência contra as mulheres; melhorem sua capacidade de identificar as mulheres que sofrem violência e provejam aconselhamento, apoio e tratamento apropriados; trabalhem, junto com outros grupos, para entender o problema e documentar as determinantes desta violência e suas danosas consequências; ajudem nos processos legais em casos de agressão sexual e estupro, por meio de documentação cuidadosa das evidências no exame da vítima e dêem apoio a todos os que trabalham para acabar com a violência contra a mulher, a família e a comunidade”*.

Um estudo transversal retrospectivo foi realizado em Campinas e Sumaré no estado de São Paulo⁴, no qual foram entrevistadas 1.838 mulheres com 15 a 49 anos de idade, e dados secundários permitiram caracterizar a

história de violência sexual, a existência de disfunções sexuais e a presença de sintomas ginecológicos no ano anterior à entrevista. Pouco mais de 1/3 (38,1%) dessas mulheres não relatou história de violência sexual; 54,8% referiram que, alguma vez, tiveram relações sexuais contra sua vontade, sem terem sido forçadas a isto, embora 23% mencionaram algum tipo de constrangimento; 7,1% relataram já terem sido forçadas a manter relações sexuais. Foi verificada associação estatística entre história de violência sexual e a referência a queixas ginecológicas e a disfunções sexuais. Até formas menos agressivas de imposição da vontade masculina na vida sexual do casal estiveram associadas a maior prevalência de queixas ginecológicas mais frequentes, donde a importância para o ginecologista considerar essa possibilidade na história médica das mulheres.

A prevenção da violência é uma tarefa da qual toda a sociedade precisa participar, desde a família, passando pela escola, pelos meios de comunicação, pela saúde pública e pela segurança pública. Mas o cuidado com as mulheres que sofrem violência sexual, desde a assistência imediata até o tratamento das suas consequências, é responsabilidade dos ginecologistas/obstetras⁴. Nós não podemos deixar de fazer este atendimento, porque sabemos o que precisa ser feito para ajudar a vítima no sentido de prevenção de problemas e tratamento de eventuais transtornos físicos e emocionais. Após 5 anos de trabalho de um Comitê especial criado pela FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria, em 1997, para discutir o tema da violência sexual e o abortamento previsto em lei das gravidezes resultantes de estupro, vários serviços foram criados no Brasil para o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual, pelo menos nas maiores cidades brasileiras.

Uma pesquisa feita numa maternidade terciária do nordeste do Brasil⁵ mostrou que a prevalência de violência física doméstica chegou a 13,1% (IC 95% - 10,1-16,6) e 7,4% (IC 95% - 5,2-10,2) antes e durante a gestação, respectivamente. Após análise multivariada, as variáveis que persistiram fortemente associadas com violência foram baixa escolaridade e história familiar de violência da mulher, consumo de álcool e desemprego do parceiro. Houve elevada frequência de morte neonatal entre as vítimas de violência. Este estudo mostrou que baixa escolaridade e seríssimos problemas sociais familiares estão envolvidos com violência, o que também pode com certeza contribuir para mais violência sexual.

Um estudo prospectivo analisou 166 mulheres com 12 ou mais anos de idade atendidas de emergência após violência sexual num hospital uni-

versitário brasileiro⁶. Apenas 20% delas usavam algum tipo de anticoncepcional e 80% receberam tratamento nas primeiras 24 horas após a agressão. Quase 80% dos agressores eram desconhecidos pelas mulheres e 95% das vezes envolveu penetração vaginal. A anticoncepção de emergência foi administrada para 76% dessas mulheres, antibióticos preventivos para 98%, imunoglobulina para hepatite B para 95% e profilaxia antirretroviral para HIV para 90%. Apenas 29% das mulheres completaram seis meses de seguimento. Aconteceram três gravidezes entre 127 mulheres que receberam a AE. No seguimento, não se observou soroconversão do vírus HIV; hepatite B e HPV foram identificados em 2,6% das mulheres; doença inflamatória pélvica e tricomoníase em 2,1% e sífilis em 1,3%. Os autores concluíram que o atendimento de emergência para vítimas de violência sexual é efetivo para reduzir gravidezes não desejadas e infecção.

A prevalência da violência sexual é muito difícil de determinar, mas deve afetar pelo menos 1/3 das mulheres alguma vez na vida⁷. Revisão de diferentes estudos em vários países desenvolvidos e não desenvolvidos do mundo indicam que entre 10% e 35% das mulheres são vítimas de violência sexual alguma vez na vida. A maior parte dos serviços de emergência não está preparada para prestar o atendimento adequado às vítimas. É preciso atendimento multidisciplinar e deve incluir anamnese e exame clínico cuidadosos, utilizando exames laboratoriais estabelecidos internacionalmente como de rotina. Faúndes et al. insistem que deve ser ressaltado que as vítimas de violência sexual esperam mais que a simples aplicação de protocolos no atendimento; deve ser estabelecido um atendimento digno, respeitoso e acolhedor, que as protejam da revitimização.

Profissionais de serviços que não se preocupam em propor atendimento às vítimas de violência sexual podem considerar que o número de vítimas é pequeno, sendo apenas notícias esporádicas da mídia. No entanto, a partir do momento que se propõe a prestar este tipo de atendimento, o número de vítimas que procuram passa a ser importante. Exemplo é o que aconteceu em Campinas, na UNICAMP⁸. De agosto de 1998 até maio de 2006 foram tratadas 1.174 mulheres, com uma média de 150 por ano nos cinco últimos anos do relato. Naquele período, 71/109 mulheres que engravidaram após estupro tiveram as gravidezes interrompidas, 23/109 continuaram com a gravidez a termo, e 15/109 não se submeteram a abortamento devido idade gestacional maior que 20 semanas.

A violência pode ocorrer em diferentes classes e estratos sociais. Um estudo transversal foi desenhado para avaliar a prevalência de violência de

gênero e sexual e sua associação com atitude de gênero e ética e a experiência de sofrer e perpetrar violência, entre alunos de uma universidade pública no Brasil⁹. Um questionário enviado por internet foi respondido por 2.430 alunos. Entre as alunas, 54,3% referiram ter sofrido algum tipo de violência e 9,4% sofreram violência sexual desde o ingresso na universidade; 29,9% dos homens relataram ter perpetrado algum tipo de violência; 11,4% violência de gênero e 3,3% violência sexual. A análise multivariada mostrou que viver com pais/parentes foi um fator que protegeu as mulheres de sofrerem e os homens de perpetrarem violência sexual, mas não “qualquer tipo de violência” e violência de gênero. Os alunos que davam importância à religião tiveram menor risco de serem perpetradores de “qualquer tipo de violência” e de violência sexual, mas não de violência de gênero.

A prevalência de violência em mulheres que são usuárias do sistema de saúde em unidades de atendimento primário foi avaliada em 15 municípios de São Paulo¹⁰. Em apenas cinco locais foi relatado haver um protocolo específico para assistir mulheres em situação de violência. Ter sofrido algum tipo de violência nas suas vidas foi relatado por 76,5% das mulheres; 56,4% delas referiram que um parceiro íntimo foi o perpetrador da violência; quase 30% reportou pelo menos um episódio nos 12 meses prévios à entrevista; 6,5% das mulheres procuraram atendimento na unidade básica de saúde.

Coordenadores do serviço e profissionais da saúde desses locais reconhecem a magnitude do problema e consideram que a assistência primária não estava preparada para atender essas mulheres.

Uma mulher violentada que chega ao serviço médico tem uma necessidade imediata de apoio psicológico. Não há necessidade de ser um psicólogo, pois não existirá essa condição na grande maioria das vezes. Todos os profissionais de saúde têm condição de realizar esse apoio. Deve-se escutar com interesse a pessoa que sofreu violência, e com simpatia, mostrando-se preparado para dar apoio e atendimento. Sem jamais fazer qualquer tipo de julgamento pois, independentemente do que tenha acontecido, ninguém tem direito a praticar a violência sexual contra uma mulher (ou um homem). A vítima precisa se sentir protegida onde está sendo atendida, por isso, um ambiente tranquilo, fechado, isolado, para atendimento pelos profissionais da saúde é primordial. Acolhimento imediato e em local adequado são, pois, requisitos fundamentais neste atendimento.

Quanto mais cedo após a violência a mulher for atendida, mais poderemos fazer por ela. Além do apoio psicológico, há meios para se evitar uma

gravidez não desejada, através do uso da anticoncepção de emergência. Do mesmo modo, pode-se atuar na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, aqui incluída a proteção contra o vírus da imunodeficiência adquirida HIV, que nos dias atuais é o maior temor de muitas mulheres que procuram atendimento após terem sido violentadas por desconhecidos. Conforme já dito, o foco deve ser a vítima, por isso deve-se procurar identificar algum dano físico decorrente da violência e que precise de alguma atitude médica imediata, como traumas, roturas, cortes, etc. Embora muitas mulheres não desejem ser examinadas, é da maior importância esse exame, e isso deve ser bem explicado a essas mulheres, pois além de se identificar lesões físicas, colhe-se material para exames como teste de gravidez, pesquisa de diferentes infecções que eventualmente elas possam ter, independente da violência. E também deve-se coletar material para possível identificação do agressor, conforme já escrito anteriormente.

Como conseqüências a médio e longo prazo da violência sexual pode haver sequelas de DSTs e gravidez não desejada, além de problemas psicológicos, por isso a importância do seguimento dessas mulheres.

Mulheres que consultam nas primeiras horas ou nos primeiros dias após a violência sexual, desde que devidamente medicadas, estão protegidas contra gravidez e DSTs, embora nunca se possa falar em proteção total. Por outro lado, as mulheres que não procuram o atendimento têm mais chances obviamente tanto de engravidarem quando de adquirirem uma DST após a violência sexual.

Por outro lado, se a mulher engravidar devido à violência sexual, ela tem todo o direito ao abortamento, de acordo com as recomendações e leis nacionais e internacionais, competindo aos médicos e demais profissionais de saúde informarem às vítimas sobre essa possibilidade.

Na nossa experiência de quase 20 anos de atendimento na Maternidade do HC/UFPR fica evidente que a mulher que procura precocemente o atendimento e é devidamente medicada está protegida contra gravidez e DSTs. Os pedidos de abortamento solicitados por mulheres que sofreram violência são praticamente sempre das que não procuraram atendimento precoce. É nosso papel como profissionais da saúde entender que essas mulheres tiveram motivos para não procurar atendimento, conforme já citado, no entendimento delas, o que a experiência tem comprovado.

Todos esses itens serão vistos minuciosamente aqui, nesta publicação, da maneira como é feito o atendimento na Maternidade do Complexo do

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. O objetivo principal desta publicação é para propiciar aprendizado e capacitação dos estudantes de medicina e médicos residentes em Tocoginecologia. Mas ela servirá para todos os estudantes e residentes na especialidade em outros locais, assim como para profissionais da rede pública de saúde estadual e nacional. Frise-se que em Curitiba existe um atendimento completamente distinto de outras cidades brasileiras, pois o IML - Instituto Médico Legal vai ao hospital, quando chamado pelos plantonistas que atendem vítimas de violência sexual, o que será explicado no decorrer deste documento.

1.2. Histórico do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil

A partir do início de 1996, o CEMICAMP - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas, Organização não Governamental (ONG) ligada à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), preocupado porque o Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da UNICAMP era um dos poucos hospitais do Brasil que reconhecia o direito legal da mulher estuprada que engravida de interromper a gestação, e considerando que a lei que permitia a interrupção da gestação produto de estupro nunca tinha sido regulamentada, decidiu investigar quais eram os procedimentos que se utilizavam nos hospitais que prestavam estes serviços e quais eram os procedimentos seguidos pelas mulheres que tinham conseguido a interrupção legal da gestação por estupro.

Foram entrevistados os gestores do Hospital Municipal de Jabaquara em São Paulo, o Hospital Municipal Fernando Magalhães no Rio de Janeiro e do próprio CAISM da UNICAMP, assim como um número limitado de mulheres que tinham conseguido a interrupção legal da gestação após estupro e que aceitaram ser entrevistadas¹¹.

Com esta informação na mão, o CEMICAMP, junto com o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, convidou um grupo dos mais destacados Professores de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil, junto com professores de Medicina Legal, Ética Médica, Juristas, Cientistas Sociais e representantes de grupos de mulheres organizadas, a um Fórum, destinado a discutir como fazer para que a lei que protege o direito da mulher estuprada que engravida a interromper essa gestação seja realmente aplicada. Foram con-

vidados, assim mesmo, o Presidente das FEBRASGO e representante do Ministério da Saúde. O autor deste capítulo representou o Departamento de Tocoginecologia/UFPR desde esse I Fórum.

Já nas primeiras discussões desse primeiro Fórum ficou claro que era inapropriado preocupar-se apenas pela mulher que sofria violência sexual e engravidava, e não lembrar que havia um número muito maior de mulheres que sofriam violência sexual e precisavam de atendimento para prevenir as consequências dessa agressão: gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, incluindo AIDS, além das consequências psicológicas e sociais.

Os participantes do Fórum discutiram e chegaram a um acordo sobre o conjunto de medidas que respondem a essas necessidades da mulher violentada sexualmente e que devia constituir a atendimento de emergência da mulher ou adolescente que sofria este tipo de violência. Propôs-se, ainda, qual deveria ser o procedimento que os hospitais deveriam seguir frente a mulher estuprada que engravida e solicita a interrupção da gestação em cumprimento da lei.

Os Professores de Obstetrícia e Ginecologia presentes se comprometeram a, no retorno de cada um aos seus Departamentos, iniciar um trabalho de conscientização junto aos seus pares para que o atendimento integral às vítimas de violência sexual fosse instituído. Cientes que uma reunião não basta para mudar condutas, o CEMICAMP se propôs a repetir o Fórum anualmente, para dar seguimento aos compromissos assumidos nesse primeiro Fórum.

Era comum naquela época que, quando uma vítima desse tipo de violência chegava ao hospital para ser atendida, fosse encaminhada ao IML - Instituto Médico Legal ou a uma delegacia, pois ninguém estava preparado para atender e se considerava que era antes de tudo um problema de polícia.

A FEBRASGO deu uma fundamental contribuição ao avançar no atendimento à mulher que sofre violência quando criou, já em 1997, a Comissão Nacional Especializada de Interrupção da Gestação Prevista por Lei, que mais tarde foi denominada Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Aborto previsto na Lei. Já no IV Fórum, o título passou a ser “Sobre atendimento da mulher vítima de violência sexual”.

Foi um marco fundamental a Norma Técnica publicada pelo Ministério da Saúde em 1998, intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, que to-

mou como base as propostas que surgiram das discussões do primeiro e do segundo Fórum.

As conclusões elaboradas pelos participantes do IV Fórum¹² referiam-se a três temas: 1) como fazer o atendimento imediato à mulher vítima de violência sexual nas delegacias de polícia e como melhorar o atendimento e a coordenação com os serviços especializados; 2) como fazer este atendimento nas emergências de hospitais e como melhorar o atendimento e a coordenação com os serviços especializados; 3) como deveria proceder a FEBRASGO, as Faculdades de Medicina, os Conselhos Regionais de Medicina, juntamente com a rede de saúde e direitos sexuais e reprodutivos, para assegurar o atendimento à mulher vítima de violência sexual em todo o Brasil.

Em março de 2001 foi publicado na revista nacional *Femina*, da FEBRASGO, o resultado do V Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual¹³. O documento ressalta que até o início da realização do I Fórum, existiam apenas três hospitais públicos no Brasil que ofereciam alguma forma de atendimento a estas mulheres, mas praticamente limitado à interrupção de gravidez resultante de estupro. Como resultado da atuação persistente, eficiente e articulada de um conjunto de instituições, o número de hospitais que ofereciam assistência especializada às mulheres vítimas de violência sexual, aumentou progressivamente. A partir do V Fórum, realizado em dezembro de 2000, o Ministério da Saúde passou a ser co-patrocinador dos Fóruns, contribuindo substancialmente ao seu financiamento e organização do ponto de vista técnico¹⁴.

No VI Fórum, realizado em 19 e 20 de novembro de 2001¹⁵, os temas selecionados para discussão foram: Homens autores de violência, Organização dos serviços para atender as necessidades de prevenção de DST/AIDS e o Papel do IML no atendimento à mulher vítima de violência sexual. Da discussão ficou evidente a necessidade de haver atendimento também para os homens que praticaram violência sexual, ampliando a rede de atuação de saúde pública, através de diferentes ações do poder público (justiça, saúde, educação, cultura). A organização dos serviços para atendimento na prevenção de doenças e gravidez após a violência sexual é fundamental. Necessário é o primeiro atendimento o mais cedo possível, preferencialmente nas primeiras horas, mas também o seguimento por no mínimo 6 meses dessas vítimas. O uso da medicação prescrita e a avaliação periódica para verificar uma possível soroconversão para HIV+ serão feitos. Por outro lado, foi unanimidade no grupo que discutiu que a prioridade do atendimento

é da assistência médica, psicológica e social; e que o atendimento aos aspectos médico-legais deve ocorrer depois daquela assistência. Está relatado no documento que a maioria dos serviços não colhia material vaginal para identificação do esperma, nem guardava material para identificação através do DNA, mas que deveriam ser orientados a fazê-lo, “quando possível, inclusive guardando pedaços das vestes da mulher, pêlos ou outros materiais suspeitos”. Neste documento orientava-se para a importância de informar a mulher a realizar o Boletim de Ocorrência numa delegacia e do exame pericial no IML. No nosso histórico local, em Curitiba, houve uma mudança radical quanto a este procedimento, a partir de 2002, conforme veremos nas páginas seguintes, com o IML indo ao hospital e realizando exames juntamente com o ginecologista/obstetra.

No documento que sintetiza os Relatórios dos Fóruns I a VI¹⁴, foram feitas várias recomendações aos serviços de saúde, médicos, sociedades médicas, poder público, sobre a necessidade de haver locais específicos de atendimento de vítimas de violência sexual em todo o país, de se incluir temas de violência sexual nos currículos de escolas médicas e residência médica e nos exames do TEGO - Título de Especialista em Ginecologia e Obstetrícia da FEBRASGO, de que o Ministério da Saúde criasse políticas de treinamento e capacitação aos profissionais da saúde no atendimento às questões de gênero e violência sexual, entre outras recomendações.

O VII Fórum interprofissional, realizado em 25 e 26 de novembro em 2002¹⁶, foi na cidade de Salvador, em homenagem póstuma ao Prof. José Maria Magalhães Neto, Professor de Obstetrícia e que havia sido Secretário de Estado da Saúde da Bahia, tendo dado grande impulso para o atendimento no estado às mulheres que sofriam violência sexual. Foi apresentado um balanço do atendimento à época nas diferentes regiões do Brasil e discutiram-se as dificuldades e os obstáculos para implantação dos serviços de atendimento de emergência e interrupção da gestação para a mulher vítima de violência sexual.

No VIII Fórum, realizado no Recife nos dias 17 e 18 de novembro de 2003¹⁷, foram discutidos: Programas municipais e estaduais de atendimento à mulher ou adolescente que sofrem violência sexual, Contribuição dos Conselhos Profissionais e Dificuldade dos profissionais de saúde em aceitar o aborto previsto em lei. Concluiu-se pela necessidade de haver uma rede de atendimento que incluísse serviços de saúde, educação, justiça e serviço de responsabilidade de cada município; de se informar mais os diferentes conselhos profissionais de medicina, enfermagem, serviço social e psicolo-

gia sobre o tema violência sexual; de se discutir mais o tema com profissionais da área do direito; de se informar mais os profissionais de saúde sobre violência sexual e o direito da mulher do abortamento previsto em lei em caso de gestação decorrente de violência sexual.

Nos dias 9 e 10 de setembro de 2004 realizou-se em Guarulhos-SP o IX Fórum¹⁸, organizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, FEBRASGO, Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos e CEMICAMP. Os temas centrais abordados foram: Como melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao abortamento permitido por lei no Brasil, Medidas para atendimento com dignidade a essas mulheres, Mudanças desejáveis na legislação brasileira, inclusive discutindo os casos de malformações fetais graves.

O X Fórum foi dedicado a discutir o papel dos Conselhos Profissionais de Saúde na ampliação do número de serviços e no fortalecimento das redes intersetoriais de prevenção da violência sexual e doméstica¹⁹. Foram feitas recomendações aos diferentes Conselhos, assim como a outras instituições que podem colaborar com os Conselhos.

Quanto ao Relatório do XI Fórum Interprofissional sobre violência sexual contra a mulher e implementação do aborto previsto na lei, frise-se que ele foi realizado em Campinas, em 2006, para comemorar os 10 anos de realização dos Fóruns²⁰. Graças aos Fóruns, foram possíveis reflexões, interpretações e construções de pensamentos avançados e progressistas na área médica e jurídica. Ao final dessa reunião, além da pauta que havia sido proposta pelos organizadores, foram feitas recomendações gerais, como: ampliar o Fórum para a participação de Conselhos Profissionais de Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social, Associação Brasileira de Magistrados e outras entidades do judiciário, Ministério Público e OAB - Ordem dos Advogados do Brasil; reafirmar o apoio ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna; reafirmar várias ações estratégicas com os Ministérios da Saúde e da Educação, Secretaria de Políticas Públicas para as Mulheres, Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Secretaria Especial dos Direitos Humanos; reafirmar a importância do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas do governo federal; solicitar recursos específicos dos governos para monitorar, acompanhar e avaliar o seguimento das políticas públicas de violência contra as mulheres.

Foi realizado um estudo para avaliar a situação do atendimento nos serviços públicos de saúde no Brasil, às mulheres e crianças vítimas de vio-

lência sexual, de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde de 1998²¹. O estudo, de corte transversal e com representatividade nacional, foi através de entrevistas telefônicas com gestores municipais de saúde e responsáveis por 1.395 estabelecimentos que referiram atender mulheres e crianças que sofrem violência sexual. Apenas cerca de 8% deles seguiam um protocolo baseado na Norma Técnica. Dentre os 874 hospitais e prontos socorros de adultos incluídos na amostra, 30%, 37% e 26% referiram realizar a interrupção legal da gravidez nos casos de estupro, risco de vida da mulher e malformação fetal incompatível com a vida extrauterina, respectivamente. Entretanto, apenas 5,6%, 4,8% e 5,5% tinham realizado ao menos uma interrupção nos 10-14 meses anteriores à pesquisa. Os autores concluíram que houve progresso no reconhecimento de que a violência sexual existe e que precisa haver atendimento às vítimas; por outro lado, é preciso muito esforço para que esse reconhecimento se torne em realidade prática.

Os Fóruns não tiveram continuidade, mas em diversos estados continuaram as discussões, os cursos e as capacitações dos profissionais de saúde para atendimento de vítimas de violência sexual.

1.3. Histórico do atendimento às vítimas de violência sexual feito na Maternidade do HC/UFPR e no Paraná

A partir de 1997 realizamos várias reuniões no Departamento de Tocoginecologia do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, com o objetivo de discutir o tema violência sexual e o papel que deveríamos ter no atendimento a essas vítimas.

Naquela época, quando chegava uma vítima de violência sexual na Maternidade do HC pedindo para ser atendida, devido ao desconhecimento e à falta de discussão a respeito dos profissionais, era praticamente uma norma encaminhar a mulher para atendimento no IML, salvo quando a vítima precisasse de algum atendimento de urgência devido lesão física. Se ela fosse ao IML, este pediria um boletim de ocorrência antes do atendimento, o que apenas complicava mais e mais o atendimento.

O grande temor por parte de alguns professores e médicos era que o hospital poderia se tornar um local onde as mulheres iriam pedir para fazer aborto, referindo que tinham sido estupradas, sem terem sido, e engravida-

do e teriam direito legal ao procedimento. Desde o início dos Fóruns, discutimos esse assunto, pois sabíamos que esse temor iria aparecer e deveríamos estar preparados para uma resposta.

Reunimo-nos também, com os residentes do Departamento de Tocoginecologia, pois eles seriam os primeiros a prestar o atendimento, mas manifestaram temor em atender, pois o pronto atendimento já recebia muitas pacientes e o trabalho aumentaria. Com explicações e bastante conversa, conseguimos convencer sobre a importância e a necessidade de atender as vítimas.

Convidamos para participar das reuniões representantes das diferentes entidades e dos serviços que tivessem alguma relação com o tema, como Secretaria Municipal da Saúde, Instituto Médico Legal, Psiquiatria da UFPR, Serviço Social e Serviço de Psicologia do HC/UFPR, entre outros. Voluntariamente, o IPPUC - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, ligado à Prefeitura Municipal, também nos procurou querendo participar das discussões. Referiram os seus representantes que poderiam colaborar identificando, por exemplo, locais com parca iluminação ou terrenos baldios perigosos que pudessem facilitar a violência e poderiam tomar atitudes administrativas para melhoria desses locais.

Desde logo ficou evidente que vários serviços e pessoas da nossa instituição e inúmeras outras instituições do município sentiam a necessidade de se instituir o atendimento e queriam participar ativamente desse processo.

O atendimento era feito de acordo com orientações mínimas que visavam atender as vítimas o mais precocemente possível. Nos primeiros anos a maioria das mulheres procurou atendimento após 72 horas da violência sexual. No entanto, em poucos anos já houve uma importante alteração, pois a maioria começou a procurar o serviço nas primeiras 72 horas, o que é da maior importância para uma melhor prevenção de gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis.

Com a instalação do atendimento, foi possível mostrar os resultados em alguns eventos científicos. “Criação de um Centro de Atendimento à Mulher Violentada Sexualmente” foi o tema de apresentação no 18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, em Porto Alegre, no ano de 1998²². Em 1999 publicamos na revista *Femina*²³ nossos primeiros resultados do atendimento em um hospital universitário de Curitiba.

“Estudo dos registros do Instituto Médico Legal (IML) de Curitiba-Paraná, Brasil, de violência sexual contra pessoas do sexo feminino” foi mos-

trado em Marbella, Chile, em 1999, durante a *xvi Reunion de la Asociacion Latinoamericana de Investigadores en Reproduccion Humana - ALIRH* - e o resumo publicado nos Anais do evento²⁴.

Na *xvii Reunión Latino-Americana de Investigadores em Reprodução Humana*, da ALIRH, realizada em Curitiba no ano de 2001, apresentamos e publicamos^{25,26} “Características sociodemográficas e intervalo para atendimento de mulheres vítimas de violência sexual”. Relatamos a importância de o atendimento ser feito precocemente e a procura, constatada na época, que muitas mulheres vinham consultar após a violência sexual tardiamente (após 72 horas do ocorrido).

Em 2003, com estudante bolsista, apresentamos no 11º EVINCI - Evento de Iniciação Científica da UFPR, “Avaliação do atendimento do HC-UFPR a mulheres vítimas de violência sexual”, publicado nos Anais²⁷.

A *xviii Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana* aconteceu em Varadero, Cuba e nos Anais está publicado, de nossa autoria, “Atendimento às vítimas de violência sexual num Hospital Universitário”, na *Revista Cubana de Salud Publica*²⁸.

No 13º EVINCI - Evento de Iniciação Científica da UFPR, foi apresentado por aluno bolsista e publicado no Livro de Resumos 2005, “Pesquisa de transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência sexual atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas-UFPR”²⁹. Também foi realizada uma avaliação laboratorial das DSTs em mulheres vítimas de violência sexual atendidas na Maternidade do HC, em 2005, tema de iniciação científica do 13º Evinci da UFPR³⁰.

Em 2006, um trabalho de iniciação científica avaliou o atendimento às vítimas de violência sexual em Curitiba nos anos de 2003 a 2005³¹. Os três hospitais de referência em Curitiba atenderam 1589 vítimas em três anos, o que dava uma média de 44 atendimentos ao mês. O nosso HC foi a maior referência, perfazendo quase a metade do total de atendimentos. A maioria das vítimas tinha entre 10 e 19 anos (42% do total). Houve prevalência maior de vítimas do sexo feminino em relação ao masculino (90% versus 10%). Cerca de 2/3 das vítimas do sexo masculino eram menores de 10 anos. Aproximadamente 90% das vítimas procurou atendimento em até 72 horas após a violência. Mas a taxa de seguimento das vítimas foi muito baixa, no HC 86% retornaram para a primeira visita de seguimento e apenas 25% e 12,5%, respectivamente, para os seguimentos aos 3 e 6 meses.

No 56º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, realizado em Brasília, de 12 a 15 de novembro de 2015, mostramos o “Perfil das mulheres vítimas de violência sexual atendidas num hospital universitário”³². Entre as 1656 vítimas atendidas no período de 2009 a 2015, a grande maioria eram mulheres (94,8%), mas 86 (5,2%) eram homens. Mulheres jovens foram as maiores vítimas de violência sexual, embora até mulheres com mais de 80 anos tenham sido atendidas. Cerca de 1/3 das mulheres procuraram atendimento nas primeiras 24 horas após a violência e 15% após as primeiras 72 horas.

Poucos são os dados publicados referentes aos pacientes do sexo masculino vítimas de violência sexual. Num estudo descritivo retrospectivo³³, dos 1518 casos de violência sexual atendidos entre julho de 2002 e agosto de 2008, na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba, 53 (3,5%) ocorreram contra indivíduos do sexo masculino. Em 55% das vezes o agressor era conhecido, e houve equivalência entre local público (43%) e residência (42%). E 54% das vítimas procuraram atendimento nas primeiras 24 horas, tendo sido feito algum tipo de profilaxia em 48% delas.

Num estudo transversal³⁴, com coleta retrospectiva de dados de vítimas atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas de Curitiba, foram avaliadas fichas de notificação preenchidas de 2009 a 2013. Foram atendidas 1272 vítimas agredidas sexualmente, sendo 53,46% com idades entre 12 e 18 anos e 94,65% eram mulheres. O agressor era desconhecido em mais da metade dos casos (53,38%), a agressão ocorreu nas residências (39,30%) e vias públicas (35%), à noite (50,33%) e, em 96,67% das vezes houve penetração vaginal. Houve indicação de profilaxia pós-exposição em 76,4% dos casos e a anticoncepção de emergência foi administrada para 64,77% das mulheres. Mas, apenas 19,54% completaram o seguimento ambulatorial de seis meses.

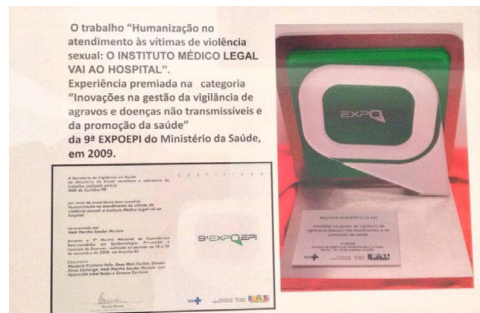
Foi a partir de 2002 que houve uma melhoria acentuada no atendimento às vítimas de violência sexual em Curitiba. A Secretaria Municipal da Saúde nos procurou e referiu querer participar do procedimento de maneira bastante ativa. Desde 2002, a Prefeitura da Cidade, através da Secretaria Municipal da Saúde, vem desenvolvendo o Programa Mulher de Verdade - Atenção à Mulher em Situação de Violência³⁵. E depois de ampla discussão, concluímos que o atendimento às mulheres melhoraria sobremaneira se encontrássemos uma possibilidade de o IML ir até o hospital, isto é, a vítima seria atendida pelo médico clínico de plantão e, ao mesmo tempo,

pelo médico do IML. Desse modo, o atendimento médico seria completo e de alta qualidade e se realizaria ao mesmo tempo, no hospital, sem que a mulher precisasse se locomover para outros locais.

E naquele ano ficou estabelecido, sob a coordenação da Secretaria Municipal da Saúde, que três hospitais fariam o atendimento. Dois deles atenderiam pessoas com mais de 12 anos de idade, a Maternidade do HC e o Hospital Evangélico e um terceiro, o Hospital Pequeno Príncipe, pediátrico, atenderia menores de até 12 anos de idade. E homens violentados também seriam atendidos no HC.

Desse modo houve a participação, também, da Secretaria de Segurança Pública, pois, para que o atendimento funcionasse, era necessário que fossem designados médicos de plantão diariamente, para atender de imediato as vítimas nos hospitais. Foram capacitados médicos ginecologistas e obstetras, não especialistas em medicina legal, mas claro que também podem ser os especialistas, funcionários do município ou do estado, que fariam o esquema de plantão. Desse modo estabeleceu-se um pacto de que o médico perito *ad hoc* seria chamado toda vez que chegasse alguma vítima de violência num dos três hospitais, e que ele iria atender junto com o médico residente ou de plantão até no máximo uma hora depois de chamado. Os profissionais de saúde de plantão hospitalar se comunicam com a Delegacia da Mulher, então o profissional da delegacia chama o profissional do IML para fazer o atendimento. Não se faz naquele momento o boletim de ocorrência, pois a vítima deve ir espontaneamente a uma delegacia para fazer a ocorrência; o que se recomenda é que ela vá fazer depois do atendimento, quando achar mais conveniente.

Esse tipo de atendimento, inédito em nosso país, mudou radicalmente toda a atenção oferecida às vítimas. A Secretaria Municipal de Saúde apresentou os resultados em um evento nacional e recebeu uma premiação pela inovação “O Instituto Médico Legal vai ao hospital”. Foi a experiência premiada na categoria “Inovações na gestão da vigilância de agravos e doenças não transmissíveis e da promoção da saúde”, da 9ª ΕΡΧΘΕΡΠΙ do Ministério da Saúde, em 2009, conforme o quadro a seguir.



Do mesmo modo, como mostra o quadro anterior, foi agraciada, pela Secretaria de Políticas para as mulheres da Presidência da República, em 2010, com um certificado de finalista do 1º Prêmio "Criação e Implementação de Serviços", em reconhecimento à relevante atuação no enfrentamento à violência contra as mulheres.

Em 2012 a Secretaria Municipal da Saúde recebeu Menção Honrosa da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em Brasília, pelo desenvolvimento da experiência: "Atenção Integral à mulher em situação de violência: adaptação da Ficha Nacional de Notificação à realidade local" da área: Vigilância, prevenção e controle dos agravos e doenças não transmis-

síveis e promoção da saúde. O prêmio ocorreu na 12ª Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, como mostra o quadro a seguir.



Consideramos, no Departamento de Tocoginecologia, ser fundamental a capacitação dos nossos residentes, visto serem eles os que primeiro fazem o pronto atendimento das mulheres na Maternidade do HC. Por isso, criamos um curso de capacitação, que acontece todos os anos, cerca de uma semana antes do início do primeiro ano de residência, no qual todos os dez residentes R1 são obrigados a participar. No ano de 2019 aconteceu o XIV Curso de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, conforme o programa a seguir, com os devidos professores participantes.

XIV CURSO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

DIA: 27/02/2019 – Quarta-feira

09:00 h : Abertura – Prof. Rosires P. de Andrade – Coordenador

09:10 h: Introdução ao tema – Anticoncepção de emergência: Rosires Pereira de Andrade – Professor Titular de Reprodução Humana – Departamento de Tocoginecologia da UFPR

- 09:30 h: Fluxo de atendimento da paciente: Sorau Matioli da Luz – Enfermeira da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH
- 10:00 h: Conduta médica na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e seguimento das vítimas: Maria Cristina Assef – Serviço de Infectologia do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH
- 11:00 h: Intervalo
- 11:20 h: Aspectos psicológicos – Como fazer o atendimento – Síndrome de estresse pós-traumático – Suporte Social : Juarez Medeiros – Psicólogo da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH
- 12:10 h: Aspectos médico-legais no atendimento – O que fazer e o que não fazer: Edison Tizzot – Vice-diretor do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e médico do IML – Instituto Médico Legal de Curitiba
- 13:00 h: Conclusão

DIA: 28/02/2019 – Quinta-feira

- 09:00 h : Fluxo da notificação dos casos de violência sexual atendidos no Hospital de Clínicas da UFPR – Maria Cristina Dias de Lima – Assistente Social da Maternidade do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH
- 09:45 h: Análise dos casos atendidos no Hospital de Clínicas da UFPR – Serviço de Epidemiologia Hospitalar do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR/EBSERH
- 10:45 h: Intervalo
- 11:00 h: Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual Sandra Lia Bazzo Barwinski – Advogada – OAB
- 12:00 h: Abortamento permitido em lei – Conduta médica: Dênis José Nascimento e Narcizo Sobieray – Professores de Obstetrícia da UFPR
- 13:00 h: Conclusão

Através da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana - SBRH, publicamos no ano 2000 o livro Contracepção - Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva. Um dos capítulos do livro versou sobre o tema violência

sexual³⁶, pois já sabíamos da importância em apresentar o assunto aos ginecologistas e obstetras.

Nos anos de 2012 a 2015, a partir de uma iniciativa da SESA - Secretaria de Estado da Saúde, foram iniciados cursos de treinamento e de capacitação nas diferentes regionais de saúde do Paraná, em saúde da mulher. O programa Mãe Paranaense, iniciado em 2011, surgiu como uma expansão do Mãe Curitibana, que foi criado em 1999, e que se tornou bastante conhecido nacionalmente, pois excelentes resultados foram obtidos na saúde da mulher curitibana.

Como convidado, entre vários outros professores do Departamento de Tocoginecologia, tenho ministrado aulas e capacitações em reprodução humana, visando a contracepção, com práticas em modelos pélvicos e em mulheres, de inserção e retirada do DIU T Cu 380 A. Mas também abordamos e discutimos o atendimento básico em infertilidade da mulher e do homem bem como aspectos ligados à sexualidade humana, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos.

Sempre ficou muito claro para nós que também abordássemos a questão da violência sexual, aproveitando a oportunidade de ter tantos profissionais de saúde do estado em treinamento. E a SESA nos disponibilizou um horário em todos os cursos de capacitação, a partir de 2014, para expormos e discutirmos em apresentações participativas toda a problemática da violência sexual. Evidenciou-se o que já se imaginava: os profissionais de saúde geralmente não sabiam atender vítimas de violência sexual porque nunca haviam sido capacitados e os diferentes cursos universitários da área da saúde nada ensinavam a respeito aos seus alunos. Frise-se que hoje, no ano de 2019, já existe uma mudança, pelo menos é o que se nota no Paraná; eu diria que “há uma conscientização em curso” dos profissionais de saúde sobre a violência sexual.

Por várias vezes participamos de reuniões em várias cidades paranaenses para discutir com representantes da saúde municipal, e também da segurança, como poderia ser programado o atendimento de vítimas de violência sexual. Isso, independentemente do estado. No entanto, sempre foram temas que não obtiveram nenhum progresso prático. Pensamos que existem dificuldades devido a vários fatores, e várias questões surgem, entre elas: Quais profissionais vão atender vítimas de violência sexual? E como fica a coleta de material para a identificação do agressor? Quem vai aceitar

fazer um abortamento quando aparecer uma vítima de violência sexual que quer abortar legalmente?

Entendemos essas dificuldades e a própria defensiva de vários médicos sobre o assunto. Imagine-se numa cidade pequena e a exposição a que se submete o médico nessas situações, independente do que ele pensa a respeito. E ele ficará de plantão todos os dias, sete dias por semana, para prestar o atendimento? Somente ele será chamado? São perguntas que precisam de resposta, antes de quaisquer iniciativas para organizar o atendimento.

Conversamos várias vezes com os profissionais da SESA sobre essas dificuldades. E, felizmente, a SESA tomou a iniciativa que sempre esperávamos que ela tomasse: chamou a si a responsabilidade de realizar um programa estadual para atendimento às vítimas de violência sexual. E no dia 15 de setembro de 2015, foi lançado oficialmente o Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual no estado do Paraná³⁷ (quadro a seguir). Com muita satisfação participamos da abertura do 1º Curso de Capacitação, que aconteceu nos dias 15 e 16 de setembro, intitulado: Atendimento integral e coleta de vestígios às pessoas em situação de violência sexual, com a presença do Secretário Estadual de Saúde, o Secretário Estadual de Segurança Pública, o diretor do IML-PR, o Diretor da Polícia Militar, representantes do Ministério Público, representante da OAB-PR, representante da Delegacia das Mulheres, entre outras pessoas representativas de entidades ligadas ao atendimento dessa população. Os públicos-alvos foram médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de algumas regionais de saúde, sediadas em Paranaguá (1ª Regional), Curitiba (2ª Regional), Ponta Grossa (3ª Regional), Irati (4ª Regional) e Guarapuava (5ª Regional). O Curso está sendo estendido a todas as outras Regionais, na sequência. A seguir o Protocolo da SESA.

Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual

Exames Laboratoriais

	AMBIÇÃO	3 SEMANAS	6 SEMANAS	3 MESES
Correlação Sifilítica				
Sífilis				
Anti-HIV				
Hepatite B (HBeAg)				
Hepatite C				
Hemograma, Glicose, Ureia, Creatinina, HbA1c, 30.8.2016				
Se não houver diagnóstico de sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C, é necessário realizar o teste de detecção de anticorpos anti-HIV e anti-HCV.				
Se não houver diagnóstico de sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C, é necessário realizar o teste de detecção de anticorpos anti-HIV e anti-HCV.				
HCG				
Obs: Quando houver suspeita de gravidez, é necessário realizar o teste de detecção de anticorpos anti-HIV e anti-HCV.				

Fonte: Ministério da Saúde (2016). Manual de Referência para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Brasília: Ministério da Saúde.

Recomendações de Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual

Recomendação	* A Profilaxia Pós-Exposição (PPE) deve ser iniciada imediatamente após o término da exposição sexual de risco, preferencialmente no máximo até 72 horas, sem intervalo de tempo, via oral e em dose única diária, com 300mg.
Indicação	Profilaxia oral com dose única diária de 300mg de raltegravir e 150mg de lamivudina.
Método	Profilaxia oral com dose única diária.
Método	Uso de preservativo feminino todo o tempo sexual.
Método	Aplicação tópica de creme de HIV profilaxia.
Método	Abuso sexual prolongado (mais de 72 horas).
Método	Abuso sexual com penetração anal sem preservativo.
Método	Abuso sexual com penetração vaginal sem preservativo.
Método	Abuso sexual com penetração vaginal com preservativo.

Fonte: Ministério da Saúde (2016). Manual de Referência para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Brasília: Ministério da Saúde.

Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal

Método	Dose	Via	Posologia
Levonelle® (ultra leve) (gestação excluída)	0,75 mg de levonorgestrel em 2 comprimidos	Oral	01 comp. em 1 hora 02 comp. em 12 horas dose única
Postinor® (gestação excluída)	0,05 mg de etonogestrel em 2 comprimidos	Oral	01 comp. em 1 hora 02 comp. em 12 horas total de 04 comp.
Emergency One® (gestação excluída)	0,05 mg de etonogestrel em 1 comprimido	Oral	04 comp. em 1 hora total de 04 comp.

Fonte: Ministério da Saúde (2016). Manual de Referência para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Brasília: Ministério da Saúde.

Esquema Preferencial para Profilaxia de HIV em Adultos e Adolescentes com Peso Menor que 30 Kg

Método	Apresentação	Via de administração	Posologia
Trinidade® (TDF) Lamivudina (LTC)	300 mg 300 mg	VO	01 comp. 1 x ao dia, por 28 dias
Trinidade® (TDF) Lamivudina (LTC)	300 mg 150 mg	VO	01 comp. 1 x ao dia, por 28 dias
Associação raltegravir (RTVI)	ATV 300 mg Associação a 100 mg	VO	01 comp. 1 x ao dia, por 28 dias

Fonte: Ministério da Saúde (2016). Manual de Referência para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Brasília: Ministério da Saúde.



Profilaxia das IST não virais em vítimas de violência sexual

IST	Medicção	Adultos e adolescentes com mais de 18 kg	Posologia
Sífilis	Penicilina G benzatina	7.200.000 UI em 12 injeções IM, em dose única (dose mínima total de 7.200.000 UI)	Cápsula e subcutâneo com dose única de 2.4 milhões UI, em dose única
Gonorreia	Ceftriaxona	500mg, 1 ampola, IM, dose única	120mg IM, dose única
Infecção por Chlamídia	Azitromicina	500 mg, 1 comp. em dose única (dose total 1g)	20mg/kg peso, VO, dose única (dose total 1g)
Tricomoníase	Metronidazol*	500mg, 4 comprimidos (dose total 2g)	15mg/kg, 2 doses (dose total em 3x)

* Não utilizar em caso de insuficiência hepática ou insuficiência renal.

Fonte: Ministério da Saúde (2016). Manual de Referência para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Brasília: Ministério da Saúde.

Medicamento B: aplicar 1 x em 6 meses após a última avaliação positiva, caso não haja cura clínica ou sorológica. A OMSB está indicada para pacientes com diagnóstico de sífilis em estágio secundário ou terciário. O uso de OMSB em pacientes com diagnóstico de sífilis em estágio secundário ou terciário deve ser realizado em conjunto com o tratamento de sífilis em estágio secundário ou terciário.

Esquema Antiretroviral para Profilaxia de Transmissão de HIV em Crianças – Peso Menor que 30 Kg

Método	Apresentação	Via de administração	Posologia
Zidovudina (ZDV)	Solução oral 10mg/ml Cápsula 100mg	VO	180mg/dose, de 12/23h Dose mínima 120mg/dose
Lamivudina (LTC)	Solução oral 10mg/ml Comprimidos 30mg	VO	Dose única de 300 mg >12 anos: 150 mg, 12/23h ou 300 mg em dose única diária
Lopina® / Zidovudina	Solução oral 40mg/30mg Comprimidos 40mg/30mg	VO	Cápsula 2 doses 300mg/dia - 12/23h Dose mínima 200mg - 12/23h 400mg - 12/23h

Fonte: Ministério da Saúde (2016). Manual de Referência para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Brasília: Ministério da Saúde.

É evidente que o que se fará em todo o estado será diferente do que se faz em Curitiba. Não será possível o IML ir ao hospital, mas serão treinados e capacitados médicos que terão essa função. Serão identificados e designados locais/hospitais específicos para o atendimento e com certeza serão avaliados e identificados meios para que o atendimento seja adequado.

É um passo importante para que o atendimento às vítimas de violência sexual no Paraná seja feito de maneira organizada a partir deste ano de 2016 ou em 2017. Com certeza muitas dificuldades aparecerão, mas devemos estar preparados para resolver as questões e as dúvidas. O Departamento de Tocoginecologia participará ativamente, junto à SESA, nos treinamentos e capacitações dos profissionais das unidades de saúde do estado, pois temos uma grande experiência nessa área e nossos profissionais, que incluem médicos residentes, os médicos de plantão e da infectologia, as enfermeiras, as assistentes sociais, os psicólogos, e todos os demais funcionários da Maternidade do HC podem com certeza ajudar o estado nessa difícil e desafiadora atividade.

Na UFPR também há uma iniciativa da Reitoria, representada pelo Vice-Reitor Prof. Dr. Rogério Mulinari, de atendimento online a estudantes e funcionários que estejam em situação de violência sexual. O pronto atendimento da Maternidade do HC/UFPR, que já atende as vítimas de violência sexual de Curitiba e região metropolitana, é o local para encaminhamento e atendimento das vítimas.

Algumas Portarias e Resoluções governamentais são importantes para o conhecimento dos profissionais de saúde, resumidas a seguir.

Várias Resoluções do Governo do Paraná, desde 2012, incentivam a estruturação de núcleos de prevenção das violências e promoção da saúde no Paraná.

A Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014, do Ministério da Saúde³⁸, “Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento”.

Publicada no Diário Oficial do Estado do Paraná nº 9271, de 18/08/2014, a Resolução Conjunta nº 03/2014 - SESA/SESP das Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Pública³⁹, a partir de várias considerações, estabelece cooperação técnica entre ambas, dispõe sobre atribuições comuns e

específicas de cada uma das duas Secretarias, com vistas ao atendimento de vítimas de violência sexual à população de Curitiba e região metropolitana. E estabelece, de modo inequívoco, a continuidade da participação dos médicos cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde para o IML nos hospitais de referência da região. Cabe ao IML propiciar o adequado treinamento e qualificação para as atividades definidas nesta Resolução Conjunta.

Por outro lado, a Portaria nº 2.415⁴⁰, de 7 de novembro de 2014, do Ministério da Saúde, “inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS”. O Procedimento 03.01.04.005-2, Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, está assim descrito: “Consiste em atendimento por equipe multiprofissional em serviço de referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, conforme disposições das Normas Técnicas e Linhas de cuidado do Ministério da Saúde. Engloba: acolhimento; escuta qualificada; atendimento clínico humanizado; atendimento psicológico e social; anamnese e registro em prontuário; realização de exames e profilaxias necessárias; notificação da violência sexual e outras violências; encaminhamentos, consultas e retornos para tratamento ambulatorial, de acordo com o caso”. Estabelece o valor ambulatorial de R\$ 100,00, de atendimento para ambos os sexos para a instituição e de R\$ 50,00 para o profissional de saúde. No caso do HC/UFPR o valor total é para a instituição. É considerado um atendimento de média complexidade.

Em reunião de 10 de março de 2015, em Curitiba, a Comissão Intergestores Bipartite do Paraná⁴¹, composta pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná - COSEMS/PR, “**Aprova** que os hospitais de referência para realização da interrupção de gravidez nos casos previstos em lei estão distribuídos nas 04 macrorregiões de saúde, a saber: **Macrorregião Leste**: Hospital de Clínicas/ Universidade Federal do Paraná - HC, no município de Curitiba; **Macrorregião Oeste**: Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HU, no município de Cascavel; **Macrorregião Norte**: Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná - HC, no município de Londrina; **Macrorregião Noroeste**: Hospital Universitário Regional de Maringá - HU, no município de Maringá.

Uma Portaria Interministerial, de nº 288⁴², de 25 de março de 2015, “Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às

vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (sus) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios”.

Finalizando esse histórico, pode-se dizer que avanços aconteceram, no entanto, muito ainda precisa ser feito para propiciar atendimento adequado em Curitiba, no Paraná e no Brasil às vítimas de violência sexual. A iniciativa do Governo do Paraná foi inovadora e merece todo o nosso apoio, ao propor e assumir a assistência às vítimas de violência sexual em todo o estado. Mas, com certeza muitas dificuldades aparecerão e precisamos estar atentos para proposição de soluções adequadas. Os cursos de Medicina precisam atuar firmemente na capacitação dos futuros médicos, e dos residentes médicos nas diferentes especialidades, especialmente de ginecologia e obstetrícia, para atendimento à violência sexual; o mesmo vale para todos os outros cursos das áreas da saúde e sociais, bem como de direito. A FEBRASGO, através de sua Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei, da qual atualmente sou o presidente desde o final de 2016, tem um papel fundamental no sentido de propagar informações e ajudar o próprio Ministério da Saúde a realizar capacitações aos profissionais da saúde em todo o país para atendimento. Há muita desinformação a respeito do assunto, tanto no meio médico quanto no jurídico e na população em geral. Devemos continuar atendendo as vítimas, e sempre procurar melhorar o atendimento, mas, precisamos todos, médicos, demais profissionais da saúde, comunidade e governos, pelo menos tentar descobrir meios para agir sobretudo com relação à prevenção da violência sexual.

1.4. Referências

- 1) Faúndes A. Violência baseada em gênero y violência sexual - Necesidades de la mujer victima de violencia sexual. Rev de Obst y Ginec de Bs As, 2003; 82:229-234.
- 2) Heise LL, Pitanguy J, Germain A. Violence against women. The hidden health burden. Whashington, DC. World Bank Discussion Papers, 1994, p. 72.
- 3) Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. RBGO, 2000; 22(3):153-157.
- 4) Faúndes A, Andalaft J. Sexual violence against women. The role of gynecology and obstetrics in Brazil. Int J Gynecol Obstet, 2002;78(1),S67S73.
- 5) Menezes TC, Amorim MMR, Santos LC, Faúndes A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet, 2003;25(5)309-316.
- 6) Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cad Saúde Pública, 2005;21(1):192-199.
- 7) Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. Rev Bras Ginecol Obstet, 2006;28(2):126-135.
- 8) Bedone AJ, Faúndes A. Cad Saúde Pública, 2007;23(2):465-469.
- 9) Zotareli V, Faúndes A, Osis MJD, Duarte GA, Sousa MH. Gender and sexual violence among students at a brazilian university. Rev Bras Saúde Matern Infant, 2012; 12(1);37-46.
- 10) Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violence among female users of healthcare units: prevalence, perspective and conduct of managers and professionals. Rev Saúde Pública, 2012;46(2)1-8.
- 11) Faúndes A, Duarte GA, Osis MJD, Bento SF. Normas e procedimentos jurídico-legais utilizados para obtenção do aborto legal nos serviços de saúde no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet, 1997;19(3):171-176.
- 12) Torres JHR, Albuquerque RM, Benzecry RM, Mattar R, Andrade RP. IV Fórum interprofissional sobre atendimento da mulher vítima de violência sexual. Femina, 2000;28(9):515-519.
- 13) Faúndes A, Leocádio E, Andalaft Neto J. V Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. Femina, 2001 ;29(02):107-112.
- 14) Faúndes A. Atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. Síntese dos Relatórios dos Fóruns I a VI, 2002, 38 p. Documento não publicado.

- 15) Faúndes A, Leocádio E, Andalaft Neto J. VI Fórum de atendimento integral à mulher vítima de violência sexual - Relatório final. *Femina*, 2002;30(7):489-493.
- 16) Faúndes A, Leocádio E, Andalaft Neto J. Relatório final: VII Fórum interprofissional para atendimento integral da mulher vítima de violência sexual. *Femina*, 2003;31(5):473-478.
- 17) Faúndes A, Araújo MJO, Andalaft Neto J. Relatório final: VIII Fórum interprofissional para atendimento integral da mulher vítima de violência sexual. *Femina*, 2004;32(6):455-461.
- 18) Faúndes A, Araújo MJO, Andalaft Neto J, Ferreira MFO. Relatório final: IX Fórum interprofissional: abortamento inseguro como forma de violência contra a mulher. *Femina*, 2004;32(10):877-884.
- 19) Faúndes A, Araújo MJO, Andalaft Neto J, Ferreira MFO. Relatório final: X Fórum interprofissional sobre violência contra a mulher e implementação do aborto previsto na lei. *Femina*, 2007;35(1):55-58.
- 20) Faúndes A, Araújo MJO, Andalaft Neto J, Negrão T. Relatório do XI Fórum Interprofissional sobre violência sexual contra a mulher e implementação do aborto previsto na lei. *Femina*, 2008;36(5):295-301.
- 21) Andalaft Neto J, Faúndes A, Osís MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina*, 2012;40(6):301-306.
- 22) Andrade RP et al. Criação de um Centro de Atendimento à Mulher Violentada Sexualmente. *Reprodução & Climatério - Anais do 18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana*. 1998; 13: 63.
- 23) Andrade RP, Reggiani C, Arrabal JS et al. Atendimento às mulheres vítimas de estupro em um hospital universitário. *FEMINA*. 1999;27:449-451.
- 24) Andrade RP et al. Estudo dos registros do Instituto Médico Legal (IML) de Curitiba-Paraná-Brasil, de violência sexual contra pessoas do sexo feminino. Libro de resúmenes. XVI Reunion de la Asociacion Latinoamericana de Investigadores en Reproduccion Humana - ALIRH - Marbella, Chile.
- 25) Andrade RP et al. Características sociodemográficas e intervalo para atendimento de mulheres vítimas de violência sexual. XVII Reunión Latinoamericana de Investigadores em Reprodução Humana. Resumo publicado em *Reprodução & Climatério*, 2001, p. 108, resumo 185.
- 26) Andrade RP, Guimarães ACP, Fagotti AF et al. Características sociodemográficas e intervalo para atendimento de mulheres vítimas de violência sexual. *RBGO* 2001;23:583-587.
- 27) Andrade RP et al. Avaliação do atendimento do HC-UFPR a mulheres vítimas de violência sexual. Anais do 11º EVINCI - Evento de Iniciação Científica da UFPR, 2003, página 132.
- 28) Andrade RP et al. Atendimento às vítimas de violência sexual num Hospital Universitário.

- Revista Cubana de Salud Publica. Anais da XVIII Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana, Varadero, Cuba. 2003;29:72.
- 29) Lorenzet A, Andrade RP, Medeiros J. Pesquisa de ocorrência transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência sexual atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas-UFPR. Anais do 13º EVINCI - Evento de Iniciação Científica da UFPR, outubro 2005; p. 372, no. 719.
- 30) Silva CC, Andrade RP. Avaliação laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres vítimas de violência sexual, atendidas na Maternidade do Hospital de Clínicas no ano de 2003. Livro de Resumos - 13º Evinci/outubro 2005, p. 372, nº 720.
- 31) Wille MAR, Andrade RP. Atendimento às vítimas de violência sexual em Curitiba nos anos de 2003 a 2005. Relatório de Iniciação Científica e Integração Acadêmica da Universidade Federal do Paraná, 1999005767. Agosto 2006, 14 páginas.
- 32) Andrade RP, Medeiros ARPM, Medeiros JM, Ribeiro CEL, Nascimento DJ, Machado DM. Perfil das mulheres vítimas de violência sexual atendidas num hospital universitário. Acessado em 17/12/2015. Disponível em <https://icongresso.itarget.com.br/useradm/anais/?clt=feb.122&lng=P>
- 33) Ribeiro CEL, Tahan TT, Andrade RP et al. Descrição de casos de violência sexual contra pessoas do sexo masculino atendidos em hospital de referência. J Paranaense de Pediatria. 2011 ;57-59.
- 34) Trigueiro TH, Merighi MAB, Medeiros ARP et al. Victims of sexual violence attended in a specialized service. Cogitare Enferm. 2015;247-254.
- 35) Curitiba - Secretaria Municipal de Saúde. Atenção à mulher em situação de violência. Acessado em 21/06/2016. Disponível em http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centro_educacao/saude_da_mulher/mulher_005.pdf . 2008, 61 p.
- 36) Andalaf Neto J; Faúndes A; Andrade RP. Atendimento à mulher vítima de violência sexual. In: Andrade, RP et al. Contracepção - Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- 37) Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Curitiba, PR, 2015, 28 p.
- 38) Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014. Acessado em 22 de outubro de 2015.
- 39) Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução Conjunta nº 03/2014 - SESA/SESP. Diário Oficial do Estado nº 9271, de 18/08/2014. Acessado em 22 de outubro de 2015.
- 40) Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.415, de 7 de novembro de 2014. Acessado em 22 de outubro de 2015.

- 41) Paraná. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA - Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná - COSEMS/PR. Deliberação nº 027 - 11/03/2015. Acessado em 22 de outubro de 2015.
- 42) Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e Ministérios de Estado da Justiça e da Saúde. Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Acessado em 22 de outubro de 2015.

2 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Rosires Pereira de Andrade

A anticoncepção de emergência - AE também é chamada de anticoncepção pós-coital e já foi conhecida como pílula do dia seguinte; refere-se ao uso de medicamentos ou dispositivos como uma medida de emergência para evitar uma gravidez não desejada, após uma relação sexual desprotegida. Pode ser usada por mulheres que sofreram violência sexual ou qualquer outra mulher que não esteja usando um método contraceptivo e também se há suspeita de possível falha do método anticoncepcional em uso, como rotura de um condom ou uso inadequado da pílula anticoncepcional. Ela é recomendada para uso ocasional, não como método contraceptivo para uso rotineiro.

Os profissionais de saúde devem informar as mulheres e os homens sobre esse tipo de anticoncepção, a sua eficácia e as indicações para uso. As vantagens e desvantagens do uso devem ser conhecidas. Nos Estados Unidos, uma em cada dez mulheres em idade reprodutiva usou pelo menos uma vez a AE¹.

2.1. Indicações

As candidatas para uso são todas as mulheres que não desejam engravidar no momento e que tiveram relação sexual recentemente sem adequada proteção contraceptiva, incluindo-se aqui as mulheres que sofreram violência sexual.

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu as indicações potenciais para uso da AE, conforme a tabela abaixo.

Indicações potenciais para uso da anticoncepção de emergência

- Quando nenhum contraceptivo foi usado nas 120 horas prévias à relação sexual

- Quando há falha ou uso incorreto de um contraceptivo nas 120 horas previamente ao coito, incluindo:
- Rotura, deslizamento ou uso incorreto do condom
- Não uso de três ou mais pílulas contendo 30 ou 35 mcg de etinilestradiol (ou duas ou mais de 20 a 25 mcg)*
- Uso da pílula contendo apenas progestagênio (minipílula) com atraso de mais de três horas
- Mais de duas semanas de atraso para a injeção do acetato de medroxiprogesterona
- Desalojamento, rotura, perfuração, ou remoção precoce de um diafragma ou capuz cervical
- Desalojamento, atraso no uso, ou remoção precoce de um contraceptivo hormonal adesivo ou anel vaginal
- Falha do coito interrompido (ejaculação na vagina ou na genitália externa)
- Falha na dissolução de um comprimido ou outro espermaticida antes da relação sexual
- Cálculo errado do método de abstinência periódica ou falha de abstinência nos dias férteis do ciclo
- Expulsão do dispositivo intrauterino

*Há autores que recomendam que a AE seja usada após esquecimento de uso de duas pílulas, independente da dose². Dados da: World Health Organization fact sheet No. 244 on Emergency Contraception. 2005.

2.2. Mecanismo de ação

Os estudos científicos realizados evidenciam que tanto o contraceptivo oral quanto o DIU - dispositivo intrauterino usados como AE são efetivos

apenas antes da implantação de uma gravidez³. Se usados após a implantação, esses tratamentos não são efetivos. Os contraceptivos orais atuam primariamente atrasando a ovulação^{4,5}. O dispositivo intrauterino de cobre inibe a fertilização, pois afeta a viabilidade e a função do espermatozóide⁶.

Após um coito sem proteção anticoncepcional, a probabilidade de gravidez está descrita abaixo, de acordo com a época da relação sexual. Os dados se referem a uma população de mulheres jovens, em torno dos 25 anos.

Probabilidade de gestação de acordo com a época do coito sem contraceção⁷	
• 3 dias antes da ovulação	15%
• 1 ou 2 dias antes da ovulação	30%
• No dia da ovulação	12%
• 1 ou 2 dias após a ovulação	Próximo de zero

Embora durante poucos dias do ciclo a mulher fique exposta a uma gravidez, a AE deve ser ofertada sempre às mulheres que tiveram coito em qualquer época do ciclo, que não desejam engravidar e que não estão usando ou usaram incorretamente um método contraceptivo. Isso se aplica em particular às mulheres vítimas de violência sexual.

Existem várias opções para uso de AE, mas no Brasil está restrito a dois métodos hormonais: o método de Yuspe e o levonorgestrel, ambos por via oral.

A seguir são descritos os métodos de comprovada eficácia para a AE, embora muitos deles não sejam usados no Brasil.

2.2.1. Levonorgestrel

Numa análise sistemática de estudos clínicos randomizados e controlados⁸, os autores concluíram que o levonorgestrel foi mais eficaz na prevenção de gravidez que o método de Yuspe. Em dois estudos o resultado foi RR 0,51, 95% IC 0,31-0,83. Também esteve associado com uma menor taxa de efeitos colaterais (náusea RR 0,43, 95% IC 0,39-0,48; vômito RR 0,24, 95% IC 180,31; cefaleia RR 0,83, 95% IC 0,69-1,00, tensão mamária RR 0,84, 95% IC 0,69-1,01).

2.2.2. Método de Yusse

Os estudos iniciais de AE foram realizados com o uso de estrogênio em altas doses. A partir de 1974 foi introduzido um regime de baixa dose, total de 200 mcg de etinilestradiol + 1 mg de levonorgestrel, dividido em duas doses, separadas de 12 horas. Chamou-se a este regime método de Yusse⁹. A orientação era para ser usado nas primeiras 72 horas após o coito desprotegido.

2.2.3. Dispositivo intrauterino de cobre

Um DIU de cobre inserido no útero de mulheres após o coito desprotegido é o AE mais eficaz^{10, 11}. Além da eficácia contraceptiva maior, tem a vantagem de ser um método para continuar usando sem necessidade de qualquer procedimento adicional.

Num dos estudos realizados¹⁰, foram avaliadas 1963 mulheres nas quais se inseriu o DIU TCU380A até cinco dias após o coito desprotegido, não tendo ocorrido nenhuma gravidez. Portanto, foi 100% eficaz. A taxa de continuidade de uso aos 12 meses foi de 94%.

No outro estudo com o Multiload Cu-375, ele foi inserido em 1013 mulheres que pediram para usar AE. A inserção ocorreu nas 120 horas após o coito desprotegido e a taxa de gravidez foi de 0,20 por 100 mulheres¹¹. Considerando a probabilidade de gravidez em cada dia do ciclo, o número total de gestações esperado era de 56,8 enquanto o número observado de gravidezes foi 2. Portanto, a eficácia total na prevenção de gravidez foi de 96,9% (98,1% e 92,4% nas mulheres que já haviam parido e nas nuligestas, respectivamente). Continuaram usando o DIU como contraceptivo 86% das mulheres que tinham filhos e 80% das nuligestas.

Um DIU não deve ser inserido em mulheres que estejam com gonorreia ou infecção por clamídia, devido risco aumentado de doença inflamatória pélvica.

Num estudo realizado no Reino Unido, entre 158.000 mulheres que procuraram pela AE, 3% usou um DIU de cobre¹². Num estudo nos Estados Unidos, 11% das mulheres que procuraram AE escolheram usar um DIU de cobre¹³.

2.2.4. Antiprogestínicos

Dois medicamentos, o ulipristal e a mifepristona, não disponíveis no Brasil, têm ação antiprogestínica e apresentam estruturas químicas similares. Os dois são bastante eficazes como contraceptivos de emergência. O mecanismo primário é retardar a ovulação, mas os efeitos endometriais que podem afetar a implantação também podem contribuir para a eficácia. Estudos randomizados evidenciaram que a próxima menstruação após o uso do ulipristal como AE ocorreu em média 2,1 dias mais tarde do que o esperado, enquanto a menstruação em usuárias do levonorgestrel ocorreu 1,2 dias mais cedo¹³.

O ulipristal é um modulador seletivo de receptor de progesterona e a sua atividade é primariamente antiprogestínica. A ovulação pode ser retardada de até 5 dias. Pode ser eficaz na fase folicular avançada, inclusive quando os níveis de LH começam a aumentar, mas antes do pico; neste período o levonorgestrel como AE não é mais efetivo para inibir a ovulação². Comparando o levonorgestrel com o ulipristal como AE, uma meta-análise de dois ensaios clínicos mostrou que o ulipristal foi pelo menos mais efetivo que o levonorgestrel das 0 até as 120 horas após o coito desprotegido, conforme a tabela abaixo¹³.

2.3. Eficácia contraceptiva comparativa entre Ulipristal e Levonorgestrel

Horas pós-coito	OR
0 a 24 horas	0,35, 95% IC 0,11-0,93
0 a 72 horas	0,58, 95% IC 0,33-0,99
0 a 120 horas	0,55, 95% IC 0,32-0,93

Nesta avaliação, a taxa de gravidez em cada intervalo de período entre as mulheres que receberam o ulipristal variou de 0,9% a 1,4% e entre as que usaram o levonorgestrel foi de 2,2 a 2,5% (diferenças estatisticamente significativas). Os autores também avaliaram a eficácia entre 72 e 120 horas após o coito desprotegido em 97 mulheres que usaram o ulipristal e nenhuma engravidou. Por outro lado, das 106 mulheres que usaram o levonorgestrel

nas mesmas condições, 3 engravidaram. Mas os pesquisadores referiram que, devido ao pequeno número de mulheres usuárias, a superioridade do ulipristal não foi considerada provada. Não houve diferença quanto aos efeitos colaterais das duas drogas usadas.

Não existe o ulipristal para AE no Brasil, mas em vários países ele está comercializado para essa finalidade e pode ser usado até 120 horas após um coito desprotegido.

A mifepristona (ou RU-486) é um outro antiprogestínico usado em alguns países como AE, mas não nos Estados Unidos. A dose ótima pode estar entre 25 a 50 mg, mas ainda não foi plenamente determinada, tendo sido administrado desde 5 até 600 mg em diferentes estudos. Foi observada uma baixa incidência de efeitos colaterais na maioria dos estudos. A gestrinona parece ser tão eficaz que a mifepristona.

2.4. Drogas em pesquisa

Inibidores da prostaglandina (inibidores da COX-1 e da COX-2) parecem interferir na maturação do óvulo e na ovulação, entre outras possibilidades. Meloxicam e celecoxibe têm sido testados, mas não são recomendados para uso em AE.

2.5. Recomendações da Organização Mundial de Saúde

1. A OMS publicou em 2015 a 5ª Edição dos Critérios de Elegibilidade para Uso dos Métodos Contraceptivos¹⁴ e faz algumas recomendações para o uso dos métodos indicados para a AE, a seguir apresentados. A OMS considera os métodos contraceptivo oral combinado (Yuspe), o levonorgestrel e o acetato de ulipristal (UPA).
2. A AE não está indicada para uso em mulheres grávidas, embora não haja nenhum dano conhecido tanto para a mulher quanto para o curso da gravidez ou mesmo para o feto se a AE for usada acidentalmente.

3. O uso do COC ou LNG pode ser usado sem restrição em mulheres amamentando (Categoria 1). Também pode ser geralmente usado o ulipristal (Categoria 2) mas deve ser evitada a amamentação durante uma semana, pois o medicamento é excretado no leite. Este deve ser expressado e descartado nesse período.
4. Mulheres que tiveram gravidez ectópica no passado podem usar qualquer um dos três AE sem restrição (Categoria 1).
5. Mulheres com história de doença cardiovascular severa, incluindo doença cardíaca isquêmica, acidente cerebrovascular ou outras condições tromboembólicas geralmente podem usar qualquer um dos três AE (Categoria 2).
6. Mulheres com migrânea geralmente podem usar esses AE (Categoria 2).
7. Mulheres com doença hepática severa, incluindo icterícia, geralmente podem usar os AE (Categoria 2).
8. Mulheres que fazem uso dos indutores de CYP3A4 (como rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfentoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, erva de São João/*Hypericum perforatum*) podem fazer uso desses três AE sem restrição (Categoria 1). Potentes indutores de CYP3A4 podem reduzir a eficácia desses AE.
9. Não há restrições para o uso repetido dos AE descritos (Categoria 1). O uso recorrente de AE é uma indicação de que a mulher requer aconselhamento adicional em outras opções anticonceptivas. O uso repetido de AE pode ser danoso para as mulheres com as condições classificadas como Categorias 2, 3 ou 4 para uso dos contraceptivos hormonais combinados ou dos que contêm apenas progestagênio.
10. Não há restrições para uso dos COC, LNG ou ULA nos casos de violência sexual/estupro (Categoria 1).

11. Mulheres obesas podem usar COC, LNG ou UPA para AE sem restrição (Categoria 1). Entre mulheres obesas com IMC igual ou maior que 30 kg/m² a AE pode ser menos eficaz que entre as mulheres com IMC menor que 25 kg/m². Mas a OMS considera que não existem preocupações de segurança para uso desses contraceptivos.

2.6. Pré-requisitos para a administração da AE

1. Não é necessário realizar exame físico na mulher para uso do levonorgestrel.
2. Não precisa fazer exames de laboratório para usar levonorgestrel.
3. No caso de violência sexual, deve-se proceder à rotina do atendimento, além da AE.
4. Não precisa teste de gravidez para uso do LNG, mas é necessário nos casos de violência sexual. Idem nos casos de suspeita de gravidez instalada.

2.7. Agente e dose¹⁵

2.7.1. Levonorgestrel

O levonorgestrel está disponível no Brasil em doses de 0,75 mg e 1,5 mg. Deve-se preferir a dose única de 1,5 mg ao uso de 0,75 mg a cada 12 horas, total de 2 doses. A dose única é mais conveniente e estudos randomizados mostraram que ambos têm a mesma eficácia². Quando tem disponível apenas a dose de 0,75 mg, podem ser tomados 2 comprimidos de uma única vez.

2.7.2. Etinilestradiol mais levonorgestrel

A indicação para uso desse método é apenas quando o levonorgestrel não estiver disponível. A dose é equivalente a 100 mcg de etinilestradiol

mais 0,50 mg de levonorgestrel em duas doses, a cada 12 horas. As pílulas combinadas disponíveis no SUS contêm 30 mcg de etinilestradiol mais 150 mcg de levonorgestrel, logo devem ser tomados 4 comprimidos cada vez. Outros progestagênios associados ao etinilestradiol não foram pesquisados.

2.7.3. Efeitos colaterais

Não foram observadas quaisquer associações com morte ou complicações sérias com a AE².

Para náusea, os regimes da associação estrogênio-progestagênio ocasionam mais sintomas que o levonorgestrel ou o ulipristal. As taxas de náusea chegaram a 12% com o ulipristal, até 24% com o levonorgestrel em dose única ou fracionada. Vômitos foram observados em até 9% com esse progestagênio². Geralmente não se faz necessário o uso de antieméticos, mas eles podem ser úteis em situações específicas. Quando se usar a associação etinilestradiol-levonorgestrel pode ser útil administrar previamente um antiemético. A metoclopramida na dose de 10 mg administrada uma hora antes do uso da associação significativamente reduziu a frequência de náusea em relação ao placebo (56% e 28%, respectivamente)². Meclizina 50 mg tomada uma hora antes dessa AE reduziu náusea e vômito, mas pode ocasionar alguma sedação.

Num estudo com o LNG para AE, 16% das mulheres referiram sangramento não menstrual na primeira semana após o uso².

Se a mulher vomitar o AE nas três horas após a ingestão e ela não tomou antiemético, o antiemético pode ser usado e repetido o AE. Mudar para LNG se usou a associação estrogênio-progestagênio é melhor.

Nos países onde se usa o DIU, pode ser indicado o DIU se ocorreram vômitos com a via oral.

Não há estudos que comprovem a eficácia, mas existe alguma evidência de que o uso do LNG e o método de Yuspe por via vaginal também podem ser eficazes. Autores recomendam que pode ser usado apenas como última opção².

Outros sintomas referidos foram tontura, fadiga, cefaleia, tensão mamária e dor abdominal baixa.

2.7.4. Como iniciar anticoncepcional após AE

A duração da AE não está determinada. Não está claro quando deve ser reiniciada (caso de esquecimento de uso, por exemplo) ou iniciada a contracepção regular no ciclo de uso da AE. A orientação mais segura é a de que a mulher corre risco de engravidar se tiver novo coito após o uso da AE. Portanto, devem iniciar a contracepção regular imediatamente após o uso da AE. Métodos de barreira (condom ou diafragma) ou abstinência sexual devem ser usados nos primeiros sete dias do uso da AE.

2.7.5. Seguimento das pacientes

Se não ocorrer sangramento em 3 ou 4 semanas ou se a mulher referir dor abdominal ou sangramento irregular, deve ser feito um teste de gravidez para excluir uma gravidez intrauterina ou ectópica.

O sangramento menstrual após o uso da AE ocorre tipicamente na semana em que era esperado acontecer. Ocorre o mesmo com ambos os métodos hormonais. Se a dose única de LNG for usada nas primeiras três semanas do ciclo, a próxima menstruação será mais precoce que o usual. Quanto mais cedo no ciclo, maior a magnitude desse fenômeno. Se tomada tardiamente no ciclo, a próxima menstruação virá mais tarde. Posteriormente, normalizam-se os ciclos menstruais.

Uma revisão sistemática não encontrou evidência de risco aumentado de gravidez ectópica e não foram encontradas evidências de efeitos teratogênicos quando a AE falha e a gravidez se instala.

2.8. Referências

- 1) Daniels K, Jones J, Abma J. Use of emergency contraception among women aged 15-44: United States, 2006-2010. NCHS Data Brief No. 112. 2013.
- 2) Zieman M. Emergency contraception. UpToDate. Sep 09, 2015. Acessível em: www.uptodate.com. Acessado em 26 de outubro de 2015.
- 3) Practice Bulletin No. 152: Emergency Contraception. *Obstet Gynecol* 2015; 126:e 1.
- 4) Noé G, Croxatto HB, Salvatierra AM, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception* 2011 ; 84:486
- 5) Brache V, Cochon L, Jesa, C et al. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod* 2010; 25:2256.
- 6) Gemzell-Danielsson K, Berger C. Emergency contraception - mechanisms of action. *Contraception* 2013; 87:300.
- 7) Trussel J, Rodriguez Schwarz G, Ellertson C. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1998; 57:363.
- 8) Cheng L, Gulmezoglu AM, Piaggio GT et al. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; :CD001324.
- 9) Yuzpe AA, Thurlow HJ, Ramzy I, Leyshon JI. Post coital contraception - A pilot study. *J Reprod Med* 1974; 13:53.
- 10) Wu S, Dodfrey EM, Wojdyla D et al. Copper T380A intrauterine device for emergency contraception: a prospective, multicenter, cohort clinical trial. *BJOG* 2010; 117:1205.
- 11) Zhou L, Xiao B. Emergency contraception with Multiload Cu-375 SL IUD: a multicenter clinical trial. *Contraception* 2001; 64:107. www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/contraceng.
- 12) Schwarz EB, Papis M, Parisi SM et al. Routine counseling about intrauterine contraception for women seeking emergency contraception. *Contraception* 2014; 90:66.
- 13) Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet* 2010; 375:555.
- 14) World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th Edition. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/ Acessado em 02 de dezembro de 2015.
- 15) Andrade RP, Centa LJR, Saab KA, et al. Protocolo de Atendimento em Reprodução Humana - Infertilidade - Sexologia - Anticoncepção. ISBN 9788568566-00-8. Págs. 34-35, 107 p. Curitiba:Imprensa da UFPR, 2014.

3 ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL - SERVIÇO SOCIAL

*Maria Cristina Dias de Lima
Rafaela Carla Graczyk*

O Serviço Social da Maternidade realiza atendimento às pessoas vítimas de violência sexual das 07:00 horas às 19:00 horas, de segunda a sexta-feira. Os atendimentos das 19:00 horas às 07:00 horas, finais de semana e feriados serão feitos pelo profissional que estiver de plantão, sem prejuízo do fluxo estabelecido neste protocolo.

3.1. Princípios gerais do atendimento

O Serviço Social é acionado por profissional que realizou o acolhimento, antes ou depois do exame pericial, avaliando-se otimizar o tempo de espera para a pessoa atendida.

O profissional Assistente Social deverá apropriar-se previamente das informações sobre o ocorrido, através do repasse de outro profissional ou através da FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL - VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA¹, preenchida no momento do acolhimento inicial, evitando desta forma que a pessoa atendida necessite repetir a história da violência sofrida, salvo quando esta desejar relatar novamente (ANEXO 1). São pontos fundamentais:

- Acolher a história da vítima sem levantar questionamentos ou demonstrar qualquer forma de preconceito, praticando a escuta qualitativa:

“A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a aptidão para lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as vítimas a falarem de seus sentimentos e necessidades².

- Identificar se há rede de apoio familiar.
- “Promover o acolhimento e fornecer as informações deve ser uma prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional e devem estar presentes

de forma transversal durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional de saúde/usuária na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento. Para isso, os profissionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática cotidiana da assistência³.

Identificam-se alguns elementos para as devidas orientações e encaminhamentos como:

- Realização de Boletim de Ocorrência: mesmo não sendo obrigatório é colocada a importância do referido documento.
- Se trabalhador com vínculo previdenciário: identificar se a violência ocorreu no trabalho ou a caminho deste, fazendo-se necessário a abertura do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho, instrumento de proteção ao trabalhador⁴.

Apesar de não gerar benefício imediato ou financeiro, garante o registro do ocorrido, fundamental para a sequência da vida laboral, a qual pode ficar comprometida devido às consequências da violência sofrida. Não é necessário o trabalhador em questão ter sido afastado do trabalho para emissão do CAT. Este pode ser preenchido por entidade sindical, pelo próprio acidentado ou seus familiares e pelo médico que assistiu o usuário quando do evento ocorrido.

- Se violência doméstica: orientações a respeito da Lei Maria da Penha⁵. Se menor de 18 anos desacompanhado: identifica-se o responsável que será acionado; não sendo possível, aciona-se o Conselho Tutelar de referência do endereço do adolescente.

Observar outras demandas trazidas que possuam ou não ter relação direta com a violência sexual sofrida, buscando orientar e fazer o devido encaminhamento.

3.2. Considerações importantes

Algumas questões de saúde são reforçadas mesmo já tendo sido realizadas por outros profissionais, porém, considerando os aspectos emocionais no momento do atendimento, a pessoa atendida pode apresentar dificuldades em entendê-las. São elas:

- Retorno nas consultas de Psicologia e Infectologia.
- Adesão à medicação e retorno ao pronto atendimento se qualquer intercorrência.
- Uso de preservativo nas relações sexuais até que se obtenha alta da infectologia.
- Procura pelo Pronto Atendimento Ginecológico em caso de suspeita de gestação oriunda da violência sofrida.

3.3. Encaminhamento da Ficha de notificação Individual - Violência Interpessoal/autoprovocada

A ficha de Notificação Compulsória de violência contra a mulher, foi instituída através da Portaria n 2.406, de 5 de novembro de 2004⁶.

Finalizados os atendimentos, a equipe do Serviço Social da Maternidade encaminha as Notificações preenchidas para os órgãos responsáveis, para as medidas cabíveis, de acordo com o seguinte fluxo:

Fichas já separadas na secretaria da Maternidade, de onde são retiradas pelo Serviço Social.

Primeiramente as Notificações Obrigatórias são revisadas observando se estão preenchidos todos os campos.

Caso não estejam preenchidos adequadamente, retornam ao profissional que realizou a notificação para correção, através do Departamento de Tocoginecologia.

Estando devidamente preenchida, é digitalizada e encaminhada conforme a situação:

Conselho Tutelar de referência distrital, no caso de Curitiba, ou demais municípios, conforme endereço da vítima que tenha entre 12 e 18 anos.

Delegacia da Mulher caso o campo de DECISÃO COMPARTILHADA esteja devidamente preenchido e assinado autorizando o envio pela mulher atendida.

No caso de homens que sofreram violência sexual, serão encaminhadas para a Delegacia de referência do local da ocorrência.

Após encaminhamento das Notificações Obrigatórias para os referidos órgãos, arquiva-se a 3ª via no prontuário, realizando as devidas evoluções neste documento.

As demais vias - 1ª e 2ª - serão encaminhadas ao Serviço de Epidemiologia do Hospital de Clínicas, responsável pela tabulação dos dados no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Registram-se em livro próprio do Serviço Social todas as notificações com numeração específica e em Livro de Protocolo quando encaminhadas ao Serviço de Epidemiologia.

3.4. Abortamento legal, humanitário ou sentimental

Dentro do programa de atendimento à vítima de violência sexual está previsto, conforme Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual contra as mulheres e adolescentes, o abortamento legal. Nestes casos a legislação brasileira através do Código Penal artigo 128, prevê o direito a mulher de interromper a gestação⁷:

“II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.” Apesar de a legislação prever tal direito desde 1940, as mulheres que procuram por este tipo de atendimento podem sofrer grandes constrangimentos.

“... o (a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher”³.

3.4.1. Atendimento do serviço social

Acolher história da paciente, valorizando a escuta qualificada, sem julgamentos morais.

Informar sobre o protocolo e idade gestacional limite para abortamento legal.

Informar quanto aos trâmites da solicitação sujeita a avaliação de equipe multiprofissional.

Apresentar à paciente as possibilidades existentes para além do abortamento legal, que são: levar a gestação adiante e permanecer com o bebê ou deixá-lo para adoção, conforme trâmite legal, via Hospital de Clínicas.

Agendar consulta prioritária no Ambulatório de Psicologia, devido à agilidade que requer o caso.

Assegurar a possibilidade de mudar de opinião a qualquer momento durante os trâmites da solicitação.

Caso a opção seja por levar a gestação adiante, a mulher é incluída no Serviço de Pré-Natal da Maternidade do Hospital de Clínicas.

Durante o pré-natal, o Serviço Social se coloca à disposição para atendimento, conforme a necessidade da gestante.

Sendo a opção deixar o recém-nascido para adoção, é encaminhada para a Vara da Infância e Juventude a seguinte documentação: Termo de Desistência, Relatório Social, Ficha Clínica do Recém-Nascido, cópia de documento pessoal da genitora e certidão de nascimento, que é realizada junto ao Cartório que atua no Alojamento Conjunto.

Se for o desejo da genitora, o recém-nascido é encaminhado para a UTI Neonatal, onde aguardará profissional designado pela Vara da Infância e Juventude responsável pelo acolhimento institucional enquanto acontecem os trâmites legais para adoção, conforme prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente⁸.

No momento de retirada do recém-nascido da instituição hospitalar, é preenchido o Documento de Retirada de Paciente, com a identificação do profissional designado para tanto, em duas vias, sendo uma arquivada no Serviço Social e outra no prontuário do recém-nascido.

3.4.2. Documentação solicitada

Exame de ultrassonografia, realizado na Maternidade do Hospital de Clínicas.

Relato de próprio punho da mulher sobre o ocorrido e seu desejo de interromper a gestação.

Se menor de 18 anos, é imprescindível a presença de responsável legal durante todo o trâmite.

3.4.3. Avaliação da equipe multiprofissional

Após todos os atendimentos e documentação devidamente providenciada, o caso é discutido entre os profissionais da equipe, sendo autorizado ou não a realização do procedimento. Se a situação tiver qualquer especificidade que necessite de uma avaliação ampliada, inclusive com profissionais de outras áreas, assim se procederá.

Em caso de negativa do procedimento, o Serviço Social encaminha a mulher para atendimento multiprofissional, onde o médico irá explicitar as razões para não aceitação.

Em caso de autorização do procedimento, o Serviço Social comunica a mulher e solicita que ela compareça, acompanhada de uma testemunha, para assinar a documentação, que será previamente preenchida.

Encaminha-se o prontuário para o Departamento de Tocoginecologia, onde serão realizados os documentos oficiais que irão compor o prontuário da paciente, que são o termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de aprovação do procedimento de interrupção de gravidez.

Pronta a documentação, os profissionais de referência assinam e, posteriormente, também a mulher e a testemunha.

Após esta etapa, a mulher é encaminhada ao Serviço de Enfermagem que acompanhará o internamento.

3.5. Anexos



CURITIBA

FOLHA 1

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL – VIOLÊNCIA INTERPESSOAL / AUTOPROVOCADA

Dados Gerais		3 Data da notificação		4 Hora de atendimento (00:00-23:59)		5 UF PR		6 Município de notificação: CURITIBA		Código (IBGE) 4106902	
Dados Gerais		7 Unidade Notificadora (UN)		1 – Unidade de Saúde 2 – Unidade de Assistência Social 3 – Estabelecimento de Ensino 4 – Conselho Tutelar 5 – Unidade de Saúde Indígena 6 – Centro Especializado à Mulher 7 – Outros		8 Nome e Código da UN		9 Unidade de Saúde		* Código de CNES	
Notificação Individual		10 Nome		11 Data de nascimento		12 Idade		13 Sexo		14 Gestante	
Notificação Individual		15 Escolaridade		16 Raça/Cor		17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe / responsável		19 Nome do pai / responsável	
Dados de Residência		20 Município de residência		Código (IBGE)		21 Distrito / Regional		22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida...)	
Dados de Residência		24 Número		25 Complemento (apto, casa...)		26 Vila		27 Geo Campo 2		28 Ponto de referência	
Dados de Residência		29 (DDD)Fone		30 Zona		31 País (se reside fora do Brasil)		32 CEP		33 Nome Social (se travesti / transexual)	
Dados de Pessoa Atendida		34 Situação conjugal/Estado civil		35 Orientação sexual		36 Identidade de gênero		37 Possui algum tipo de deficiência, transtorno		38 Se sim, qual tipo de deficiência, transtorno	
Dados de Pessoa Atendida		39 Deficiência física		39 Deficiência intelectual		39 Deficiência visual		39 Deficiência auditiva		39 Deficiência mental	
Dados de Pessoa Atendida		40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito/Regional		43 Bairro	
Dados de Pessoa Atendida		44 Número		45 Complemento (apto, casa...)		46 Vila		47 Geo Campo 3		48 Geo Campo 4	
Dados de Pessoa Atendida		49 Ponto de referência		50 Zona		51 Hora da ocorrência (00:00-23:59 hs)		52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes	
Dados de Pessoa Atendida		54 Local de ocorrência		55 A lesão foi autoprovocada?		56 Essa violência foi motivada por:		57 Tipo de violência		58 Se Negligência, de:	
Dados de Pessoa Atendida		59 Meio de agressão		60 Natureza		61 Se Negligência, de:		62 Meio de agressão		63 Natureza	

Violência Sexual contra Mulheres

NOME: _____

FOLHA 2

Violência Sexual	60 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Pornografia infantil	59 Procedimento realizado 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de Sêmen <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal		
Lesão	64 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 07 - Traumatismo crânio-encefálico 02 - Corte/perfuração/laceração 08 - Politraumatismo 03 - Entorse/luxação 09 - Intoxicação <input type="checkbox"/> 04 - Fratura 10 - Queimadura <input type="checkbox"/> 05 - Amputação 11 - Outros _____ 06 - Traumatismo dentário 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	65 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 06 - Abdome 11 - Múltiplos órgãos / regiões 02 - Pescoço 07 - Quadril/pelve 88 - Não se aplica 03 - Boca/dentes 08 - Membros superior 99 - Ignorado <input type="checkbox"/> 04 - Coluna/medula 09 - Membros inferiores 05 - Tórax / dorso 10 - Órgãos sexuais / ânus		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um 2 - 2 ou mais 9 - Ignorado	61 Vínculo/relação/grau de parentesco com a pessoa atendida? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex- Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Mãe(o) <input type="checkbox"/> Pessoa c/ relação institucional	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 63 Suspeita de uso de outra droga <input type="checkbox"/> 1 - Sim Qual: _____ 2 - Não 9 - Ignorado
Dados do provável autor da violência	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: (do principal autor, quando mais de um) 1 - Criança (0 a 9 anos) 3 - Jovem (20 a 24 anos) 5 - Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2 - Adolescente (10 a 19 anos) 4 - Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, Hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras Delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> à Criança e Adolescente			
Dados finais	66 Violência relacionada ao trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a comunicação de acidente de trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - CAP XX 	69 Data de encerramento (qual data da notificação)
Nome do acompanhante _____		Vínculo / grau de parentesco _____		(DDD) Telefone
DADOS IMPORTANTES PARA A REDE DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA (Mulheres acima de 18 anos): <input checked="" type="checkbox"/> A vítima tem filhos? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Quantos? _____ <input checked="" type="checkbox"/> O agressor é recorrente? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> DECISÃO DE ATENÇÃO COMPARTILHADA: Assinatura da vítima ou responsável: _____ Testemunha: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nome completo: _____ RG da Testemunha: _____ CPF: _____ Endereço da Testemunha: _____ <input type="checkbox"/> Autorizo o envio das informações dessa ficha para o serviço de saúde e ou CREAS próximo de onde residir / para o município onde residir. US <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não CREAS <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Autorizo o envio das informações para a Delegacia da Mulher <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Breve relato da Ocorrência: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				

3.6. Referências

- 1) Brasil. Lei nº 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 serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Seção 1, p.11. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm#art8>. Acesso em 30 jan. 2016.
- 2) Brasil. Ministério da Saúde. Ministério de Justiça. Secretaria de Políticas para Mulheres. Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Brasília, DF, 2015.
- 3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em 23 fev.2016.
- 4) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica. 3a ed, Brasília, DF, 2012.
- 5) Brasil. Lei Nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 ago. 2006. Seção 1, p.1. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em 20 jan. 2016.
- 6) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria_ 2.406 de 5 de novembro de 2004 institui serviço de notificação compulsória de violência contra mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html> Acesso em 10 fev. 2016
- 7) Brasil. Lei Nº 12.015 de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 ago 2009, p.1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 29 set. 2015.
- 8) Brasil. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 ago. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em 10 fev. 2016.

4 ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Sorau Mattioli Luz

Regina Célia Tanaka Nunes

A violência é um fenômeno complexo cujo atendimento deve ser realizado por uma equipe preparada emocionalmente e intelectualmente. Isto porque as violências afetam de maneira invasiva e negativa os profissionais da saúde que prestam o atendimento.

Sabemos que as vítimas trazem marcas desta vivência que causa dor, medo, angústia, depressão, sofrimento e, ao compartilhar todo este arcabouço de dor com o profissional da saúde, a vítima de certa forma transfere estes sentimentos, gerando um turbilhão de sensações e de comportamentos nestes profissionais que tem que aprender a cuidar não só da saúde, mas da dor de outrem.

A violência faz parte do desenvolvimento da história da humanidade e surge em todos os âmbitos da convivência dos membros de qualquer sociedade. Por ser uma característica global, tem sido um elemento de discussão e preocupações para todos sem exceção, seja ela de qualquer condição social, econômica ou étnica¹.

Os serviços públicos devem estar aptos a prestar este atendimento, os profissionais da saúde capacitados a detectar riscos, identificar a violência e acolhendo as vítimas, buscando minimizar a dor e evitar os agravos. Houve a necessidade de organização de serviços e fluxos sistematizados para atenção global à violência, considerando as diferentes demandas, pertinentes à saúde, proteção social e jurídica².

Em 2002, com o objetivo de organizar e normatizar o caos enfrentado pela população usuária nos serviços públicos de urgência e emergência entrou em vigor a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.048 que propôs modificações operacionais e estruturais no atendimento em todo o país³. Esta Portaria determinou a organização e articulação dos serviços, fluxos e referências resolutivas, voltadas para a universalidade, equidade e integralidade do acesso. Recomendou, ainda, a implantação do acolhimento com triagem classificatória de risco a fim de operacionalizar a proposta do acolhimento

como primeira atenção qualificada e resolutive, para estabilização e referência adequada, de responsabilidade de todos os níveis da rede assistencial⁴.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou em 2004 a Política Nacional de Humanização (PNH) que tem o acolhimento com avaliação e classificação de risco como instrumento modificador do trabalho e produção da saúde, principalmente, nos serviços de urgência e emergência. Além da PNH, a Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (Qualisus) foi criada com o objetivo de aumentar o nível de qualidade da assistência a saúde prestada à população pelo SUS e previa que a melhoria da qualidade da atenção a saúde oferecida ao cidadão exigia além da melhoria técnica, a melhoria da dimensão interpessoal^{4,5}.

O acolhimento é uma ação técnica-assistencial que possibilita a mudança na relação profissional/usuário e sua rede social por meio de aspectos técnicos, ético-humanitários e solidários, fazendo do usuário um sujeito participante e ativo no processo de produção da saúde⁶.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH):

“O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos”⁶.

O acolhimento é um elemento essencial para a prestação de uma assistência humanizada e individualizada, que deve suplantar a simples recepção do cliente na unidade de saúde e se estender ao acolhimento na verdadeira acepção da palavra. Além disso, o profissional de saúde precisa adquirir um conjunto lógico de conhecimentos e de experiências diante dessa situação para a assistência à mulher que sofreu violência sexual não seja fonte de sofrimento e angústia já que em muitos casos este profissional terá que enfrentar tensões emocionais complexas determinantes de conflitos pessoais⁷.

A avaliação com classificação de risco (ACCR) é considerada um dispositivo assistencial que pressupõe a determinação da agilidade no atendimento a partir da análise de protocolo preestabelecido, do grau de necessidade do usuário, oferecendo atenção e atendimento baseados no nível

de complexidade e não na ordem de chegada. É uma das intervenções decisivas para a reorganização e realização da promoção da saúde em rede⁴. Possui como benefícios para as usuárias, atendimento ágil para os casos de maior risco com diminuição do tempo de espera para os casos agudos, ou seja, melhoria da qualidade do atendimento.

Para os profissionais de saúde possui como benefícios a racionalização do processo de trabalho, melhoria da eficácia e efetividade do serviço, otimização e valorização do trabalho e trabalhador da saúde, incluído na construção das propostas, melhor integração da equipe e envolvimento de todos os profissionais de saúde e aumento do grau de satisfação dos profissionais de saúde⁸.

Este formato de atendimento nasceu no Paraná com a finalidade de atender à mulher em situação de violência quando a Prefeitura Municipal de Curitiba, por meio da Secretaria Municipal de Saúde desenvolveu em 2002 um programa integrado denominado “Mulher de Verdade”. Para atendimento à Lei Maria da Penha, todo o programa foi reformulado. Desta forma o serviço possui uma nova ficha de notificação construída com o apoio do judiciário para que se possa enviar informações para a Unidade Municipal de Saúde mais próxima da residência da vítima de modo que se possa fazer um acompanhamento do caso bem como envio de informações à Delegacia da Mulher².

Em 2008 foi instituído um novo protocolo: “Atenção à Mulher em Situação de Violência” contendo métodos de detecção de sinais de alerta, formas de abordagem de acolhimento às vítimas entre outras ações, com estas atividades realizadas com profissionais capacitados em todas as instâncias de atendimento às vítimas. No caso dos serviços de saúde em Unidades de Saúde e Hospitais de Referência, estes uniram esforços no sentido de iniciarem ações para a prevenção da violência e, dentro de suas competências, realizam o diagnóstico e tratamento adequados, tentando contribuir para a diminuição de agravos de natureza agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais².

Com relação à equipe de saúde, esta é capacitada para preservar o sigilo e garantir a segurança das informações, desenvolver uma atitude compreensiva, evitando o julgamento e a crítica. Cada profissional da equipe cumpre um papel específico no atendimento, no entanto, toda a equipe está sensibilizada para as questões da violência e atenção oportuna, eficaz, segura e ética. Para tornar isto possível além da capacitação dos profissionais se fez uma reorganização do processo de trabalho, para a priorização

da clientela de risco, com necessidades emergenciais, eliminando as barreiras burocráticas que dificultavam e/ou limitavam o acesso ao serviço².

De uma forma geral é um serviço que cumpre o seu papel com relação às pessoas atendidas, mostrando inclusive que as redes e parcerias formadas tem sido a melhor forma de enfrentar as situações complexas oriundas do fenômeno violência.

A equipe multidisciplinar é composta por enfermeiros, ginecologistas, infectologista, assistentes sociais e psicólogos com protocolos específicos para cada área. Deve-se abrir prontuário para registro e arquivo do atendimento e observações dos diferentes profissionais, anotadas em prontuário único.

A Unidade da Mulher e do Recém-nascido do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR/PR), hospital de ensino cuja Unidade é especializada na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, é um dos serviços pioneiros no Paraná a prestar assistência nos casos de gravidez decorrente de estupro (aborto legal, pré-natal e processo de doação). Este hospital dispõe de equipe treinada para assistir à mulher vítima de violência sexual com protocolos multidisciplinares que visam prevenir a gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis (IST's), incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), e promover a recuperação física, psicológica e social da mulher.

As enfermeiras, por atuarem 24 horas dentro da instituição, foram consideradas as profissionais adequadas para realizar o acolhimento⁹. Contudo, era preciso adquirir conhecimento sobre os aspectos assistenciais e legais que envolvem a violência sexual, bem como treinar a equipe de enfermagem de forma a sensibilizar e capacitar seus membros para acolher, oferecer conforto e segurança à mulher.

A utilização de um Procedimento Operacional Padrão (POP) de Enfermagem desenvolvido na instituição pelos próprios profissionais da saúde norteou o cuidar, facilitou o processo de enfermagem e garantiu o registro adequado das intervenções. Em decorrência disto, a assistência de enfermagem prestada contribuiu para que as mulheres atendidas continuassem a viver com dignidade na busca dos restabelecimentos físico e psicológico afetados pela violência.

Para o atendimento, a equipe de enfermagem recebe capacitação periódica para agir de forma imparcial, sem preconceitos, sem fazer julga-

mentos, sem atuar de forma comiserativa e conhecer as implicações legais, somáticas, psicológicas e sociais da violência sexual e colaborar para que a mulher não tenha que repetir várias vezes a sua história¹⁰.

Neste serviço, providenciamos total privacidade às vítimas colocando-as em consultórios, para que não fiquem no hall com as demais pacientes, fornecemos também conforto físico, mantendo-as aquecidas e ainda alimentação para que possam iniciar toda a profilaxia sem maiores prejuízos à saúde. Desenvolvemos ações de enfermagem humanizadas, integralidade no cuidado, integração entre a equipe multiprofissional, atitude positiva e de apoio diante da vítima, sem colocar a veracidade de sua história em questão, com uma postura neutra, sem julgamentos e manifestações pessoais.

A seguir as principais intervenções de enfermagem que variam de acordo com o tipo de atendimento:

4.1. Atendimento na ocorrência imediata (até 72 horas após a violência sexual)

Explicar os riscos de gravidez, infecção por IST's e HIV e prevenção disponíveis, como a anticoncepção de emergência profilaxia para IST's/HIV, ressaltando que quanto mais precoce o início do tratamento, maior a eficácia^{10, 11}.

Explicar sobre os medicamentos prescritos, a sua indicação e o tempo de tratamento; orientar sobre a coleta de sangue para sorologias de HIV, sífilis, hepatite B e C^{10, 11}.

Preparar para consulta médica, exame físico e ginecológico com coleta de material biológico pelo perito do IML. Informar a equipe médica sobre os dados relevantes coletados durante a consulta de enfermagem. Coletar exames laboratoriais, administrar medicamentos profiláticos, vacina de hepatite B e anticoncepção de emergência¹¹.

Explicar efeitos colaterais e que na ocorrência de vômito até duas horas após a ingestão dos medicamentos, os mesmos deverão ser repetidos. Informar sobre a rotina do seguimento ambulatorial com equipe multidisciplinar^{10, 11}.

4.2. Atendimento tardio (a partir de 72 horas após a ocorrência da violência sexual), ou casos de abuso sexual crônicos

Nestas situações de atendimento tardio ou situações de violência sexual crônica, as profilaxias IST's/HIV, hepatite B não são mais indicadas.² A contracepção de emergência deve ser iniciada até 72 horas após a relação sexual, mas existem estudos que mostram algum efeito, ainda que menor, até 5 dias após a agressão². As vítimas passam pelo acolhimento realizado pela enfermeira, são colhidos os exames laboratoriais, recebem orientação de todo protocolo de atendimento, preenchimento da ficha de notificação obrigatória. O acompanhamento psicológico, infectologia e serviço social se faz necessário para detecção de contaminações ou gravidez decorrente da agressão. O protocolo seguido é o mesmo nestes casos, excetuando-se os medicamentos^{10, 11}.

Grande parcela de formas de violência não chega ao conhecimento institucional oficial e sobre elas não há quaisquer informações. Outras tantas nem mesmo são reconhecidas pela sociedade, principalmente a violência contra homens que recentemente vem ganhando terreno nesta investigação, uma vez que se envolvem em muitas situações de violência, de grandes magnitudes e sobreposições, quer como vítimas ou agressores¹². Entre as principais razões evocadas para a não denúncia entre as pessoas do sexo masculino são: medo de serem desacreditados, culpabilizados ou questionados quanto à sua orientação sexual¹³. Não é raro este tipo de atendimento no nosso serviço que segue o mesmo protocolo.

Considerar que os homens têm um menor conhecimento sobre o fenômeno porque são menos vítimas, são mais omissos, e este é um tema que raramente surge na sua interação social¹⁴.

4.3. Gravidez decorrente de violência sexual

No acolhimento, recebe a orientação do protocolo de atendimento. Caso a gravidez seja confirmada, a mulher deve ser esclarecida sobre as possibilidades existentes⁹.

Orienta-se sobre as opções de: desejo de continuar a gravidez e permanecer com o filho; desejo de continuar a gravidez e dar a criança para adoção; desejo de realizar a interrupção da gravidez².

Se houver solicitação de interrupção da gravidez, ela será discutida

em reunião multidisciplinar com a participação do comitê criado para este fim. A decisão favorável somente será tomada se forem atendidos todos os fatores clínicos, psicológicos e os requisitos da legislação brasileira¹⁵. O atendimento de enfermagem às mulheres vítimas de violência sexual tem proporcionado à cliente um atendimento integral e humanizado e à enfermeira, maior autonomia na sua área de atuação, favorecendo o trabalho colaborativo e interativo com a equipe multidisciplinar¹⁵. Há uma variação também no atendimento onde consideramos o fator idade, possíveis deficiências físicas ou mentais.

Cabe aos profissionais da saúde desenvolver habilidades técnicas e científicas capazes de atender às especificidades na vida das pessoas vítimas de violências, principalmente a capacidade de perceber, ouvir e compreender o que está por trás da queixa e do sintoma. Além de cada área envolvida no cuidado ao corpo que sofre violência, faz-se necessário integrar as ações em um trabalho inter e transdisciplinar, visando um desempenho mais eficiente da equipe mediante discussões críticas e reflexivas que possam encontrar respostas e soluções ao problema.

Entendemos que é importante capacitar os membros da equipe de saúde para um melhor desempenho, pois se defrontam com situações que os mobilizam emocionalmente por experimentarem sentimentos, muitas vezes de forma bastante intensa.

O Estado do Paraná realiza capacitações às equipes de saúde com o objetivo de aumentar os serviços que prestam atendimento às pessoas vítimas de violência sexual com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado.

4.4. Referências

- 1) Labronici LM, Fegadoli D, Correa MEC. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: 2010;44(2):401-6.
- 2) Curitiba. Prefeitura Municipal. Atenção à Mulher em Situação de Violência 2008 http://www.saude.curitiba.pr.gov.br.gov.br/imagens/progrmas/arquivos/centro_educacao/saude-damulher/mulher005.pdf. Acesso agosto de 2015.
- 3) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002.
- 4) Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde . Brasília, 2004.
- 5) Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface Comum Saúde Educacional.2009;13(Supl.1):603-613.
- 6) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. - 2. ed. 5. reimp. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- 7) Reis MJ, et al. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2010;44(2):325-331.
- 8) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília, 2014.
- 9) Maia CAT, et al. Mulheres vítimas de violência sexual: atendimento multidisciplinar, Rev. Femina, 2000; 28(1): 155-61.
- 10) Brasil. Ministério da Saúde. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente. Brasília, 2005.
- 11) Who. Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugee and internally displaced persons. Geneva; 2004.
- 12) Schraiber LB, Figueiredo WS, Albuquerque FP . Homens , masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde Men , masculinity and violence: a study in primary health care services. 2012;15(4):790-803.
- 13) Scarce, M. *Male and male-rape: The hidden toll of stigma and shame*. New York and London: Plenum Press, 2001, 334 p.

- 14) Anderson I. Copyright © The British Psychological Society What is a typical rape? Effects of victim and participant gender in female and male rape perception Copyright © The British Psychological Society. 2007;225-45.
- 15) Higa R, Mondaca ADCA, dos Reis MJ, Lopes MHB de M. Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem. 2008;42(2):377-82.

5 SEGUIMENTO COM A PSICOLOGIA - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Juarez Marques de Medeiros

5.1. Introdução

A violência sexual é uma experiência comum na vida de mulheres e homens. As estimativas atuais sugerem que uma em cada seis mulheres e um em 33 homens vai experimentar tentativa de estupro ou concluído (ou seja, forçado oral, anal, ou penetração vaginal) em sua vida¹. As pessoas que foram vitimadas sexualmente são propensas a sofrerem problemas de saúde físicos e mentais crônicos². Os efeitos psicológicos variam muito, pois cada pessoa tem uma resposta singular à violência sexual. Observam-se transtornos psicológicos tais como ansiedade, depressão, dependência química, tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático^{3,4,5,6} entre outros. Dadas as elevadas taxas de violência sexual e os impactos potenciais para a saúde, é provável que a maioria dos prestadores de cuidados de saúde irão um dia entrar em contato com as vítimas de violência sexual.

Uma variedade de ferramentas e diretrizes foram criadas, junto a muitas organizações de saúde que desenvolveram programas a pacientes que sofreram com esta situação de violência. Neste protocolo de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sexual organizamos orientações de procedimentos que os profissionais podem adotar no atendimento as vítimas, sendo que na área da Psicologia, vamos abordar alguns aspectos que em nossa prática, tem-se demonstrado fundamental para uma avaliação e desenvolvimento de uma estratégia para o atendimento à mulher vítima de violência sexual e o seu grupo social.

5.2. Questões psicossociais

Vítimas de violência sexual exigem amplo suporte emocional. E em função disso, dentro deste grupo multidisciplinar devem ser oferecidos ser-

viços de saúde mental a estas pacientes e a todos do entorno social envolvidos nesta situação. (Ex: companheiro, pai, mãe, filhos etc).

Estas pacientes podem desenvolver sintomas que podem incluir raiva, medo, ansiedade, dor física, distúrbios do sono, anorexia, vergonha, culpa e pensamentos intrusivos. As vítimas podem achar que é muito difícil retomarem seus hábitos, estilos de vida e as relações sexuais⁷. Os pacientes podem desenvolver síndromes como a reação aguda de estresse, o transtorno de estresse pós-traumático, depressão, entre outras.

Assim a avaliação precisa ser muito cuidadosa, porque o processo em si pode ser “traumatizante”, ganhando um caráter de “revitimização” que pode agravar os sentimentos da vítima, tais como vergonha, culpa, entre outros. A avaliação ou tratamento não deve ser “forçado” e deve permitir que a vítima tenha o seu tempo de construir uma relação de confiança e segurança com os profissionais. Isto é fundamental, pois percebemos as pacientes vivendo um paradoxo: ao mesmo tempo que sentem-se precisando do atendimento também mantém sentimentos que dificultam sua adesão a este acompanhamento! O Hospital acaba tornando-se um “evento estressor”, que a remete constantemente a violência que sofreu. E esta divisão pode causar uma angústia que pode levar ao abandono do atendimento.

5.3. Apoio psicossocial

Mulheres que tenham sido sexualmente agredidas se beneficiam com a oportunidade de falar sobre sua experiência, sendo que a paciente deve ter o tempo suficiente para esta conversa, possibilitando assim uma elaboração, respeitando-se as limitações impostas à própria paciente pela sua angústia^{8,9,10}.

A resposta inicial do profissional de saúde deve ser de empatia e apoio¹¹, ou seja, de acolhimento. Tal reação demonstra respeito e compreensão da situação que a paciente está vivendo, e é fundamental para manter as linhas de comunicação abertas na relação profissional de saúde - paciente. É importante ter-se o cuidado de reconhecer a experiência subjetiva do ponto de vista da paciente.

É importante ajudar a paciente a identificar indivíduos em sua rede social que podem fornecer suporte adicional (Suporte Social), avaliando-se assim o desenvolvimento destas relações (Sociometria).

A violência sexual afeta o conceito de identidade da vítima¹². Podendo internalizar sentimentos de culpa, vergonha, traição e raiva¹³. Sugere-se trabalhar com as vítimas, “de que elas não foram responsáveis”: Estupro não é culpa da vítima^{13,9}. Devido ao potencial para consequências psicológicas a longo prazo, os Serviços devem estar preparados para oferecer apoio psicológico pelo tempo que for necessário.

5.4. Avaliação psicológica

A avaliação psicológica é uma atividade que se constitui na busca sistemática de conhecimento a respeito do funcionamento psicológico das pessoas, de tal forma a poder orientar ações e decisões futuras. Esse conhecimento é sempre gerado em situações que envolvem questões e problemas específicos. Já os instrumentos de avaliação constituem-se em procedimentos sistemáticos de coleta de informações úteis e confiáveis que possam servir de base ao processo mais amplo e complexo da avaliação psicológica. Portanto, os instrumentos estão contidos no processo mais amplo da avaliação psicológica¹⁴.

Desta maneira é primordial dentro do entendimento do estado mental da vítima de violência sexual, a avaliação dos sintomas do transtorno de estresse pós-traumático, pois o mesmo é reconhecido como a síndrome mais comum encontrada em mulheres vítimas de violência sexual¹⁵.

Outro aspecto importante nesta avaliação é o Suporte Social. Entre os fatores que influenciam a resposta do estresse pós-traumático está o sistema de suporte social. Este é considerado de grande importância, pois influencia na minimização dos sintomas ou na potencialização dos mesmos. Moscarrello (1990)¹⁶ observa que a vítima que possui um forte sistema de suporte social tem uma maior chance de superar o trauma do estupro. A qualidade do suporte social está associada a resultados positivos na saúde mental dos indivíduos.

Assim entendemos que esta avaliação deve contemplar o tripé: avaliação do estado mental, avaliação do suporte social e o diagnóstico da reação aguda de estresse e do estresse pós-traumático.

5.4.1. Avaliação do Transtorno de Estresse Pós-traumático

O TEPT é definido como um transtorno de ansiedade que se desenvolve após exposição a um evento traumático. Pessoas podem desenvolver este transtorno ao vivenciar, testemunhar ou serem confrontadas com situações de morte ou ameaça de morte, ferimento grave ou ameaça à sua integridade física ou de outros¹⁷. Indivíduos que possuem o diagnóstico de TEPT passam a apresentar sintomas como: recordar ou reviver o evento de forma repetida e intrusiva, problemas de sono, pesadelos, irritabilidade, raiva, dificuldade de concentração, perda de interesse, distanciamento e isolamento, e passam a evitar atividades, locais ou assuntos que tragam à lembrança o evento traumático¹⁸.

A aplicação de instrumentos devidamente validados para o rastreamento do TEPT possibilitaria a identificação precoce do transtorno e facilitaria o tratamento e o acompanhamento. Existem vários, em nossa experiência temos usado o a escala PCL-C, desenvolvida para mensurar a intensidade do trauma ou se ele atinge determinado grau para que seja considerado um transtorno. Conhecido como PTSD Checklist - Civilian Version (PCL-C)¹⁹.

5.4.1.1. Escala de avaliação do Transtorno de Estresse Pós-traumático

PCL-C¹⁹ Instrumento desenvolvido em 1993 por Weathers, Litz, Huska e Keane, do National Center for PTSD (EUA), é um exemplo de uma escala com o objetivo de avaliar a experiência/vivência a um acontecimento potencialmente traumático e diagnosticar a TEPT.

PCL-C

Data:	Iniciais:	Aplicado por:
--------------	------------------	----------------------

1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
3. De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5

4. Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 5. Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 6. Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 9. Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 13. Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 15. Ter dificuldades para se concentrar?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 16. Estar “superalerta”, vigilante ou “em guarda”?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
 17. Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
-

5.4.2. Avaliação do Suporte Social

Segundo Siqueira (2008)²⁰, suporte social se define como um fator capaz de proteger e promover a saúde, gerando efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, guardando uma estreita relação com bem-estar. Trata-se de um conceito multidimensional, que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais, que se define como uma teia identificada de relações sociais que cir-

cunda um indivíduo, bem como as características destas ligações, compondo-se do conjunto de pessoas com quem alguém mantém contatos sociais²¹. As redes são as fontes donde emanam suportes sociais.

O suporte social tem sido concebido como importante variável “amortecedora” ante situações estressantes vivenciadas pelos indivíduos²². Evidências empíricas apontam que a baixa percepção de suporte social pode ser um dos fatores contribuintes para o desenvolvimento de patologias como depressão, transtornos de ansiedade, indo na contramão da adequada percepção de qualidade de vida e bem-estar psicológico²³.

Em relação à avaliação do suporte social, no contexto internacional são encontrados diversos instrumentos, quando comparado ao contexto brasileiro²⁴. Dentre os instrumentos encontrados no Brasil optamos pelo uso da Escala de percepção de suporte social (EPSS). Esta escala tem por objetivo avaliar a satisfação com o suporte social recebido, incluindo a satisfação com amigos e família, intimidade e atividades sociais, constituindo-se de 15 itens com respostas tipo likert de quatro pontos²⁵.

As respostas são pontuadas e resultam em alto suporte social (de 51 a 75 pontos); médio suporte social (de 26 a 50 pontos) e baixo suporte social (até 25 pontos).

5.4.2.1. Questionário suporte social

Data:

Iniciais:

Aplicado por:

Instruções:

1-Responda com calma. Esse questionário é sigiloso. Daqui em diante, ninguém saberá o que respondeu.

2-Assinale com “X” apenas uma das alternativas.

1-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.

- () concordo totalmente
- () concordo na maior parte
- () não concordo nem discordo
- () discordo na maior parte
- () discordo totalmente

2-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.

- () concordo totalmente
- () concordo na maior parte

- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

3-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

4-Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

5-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

6-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

7-Quando preciso desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer.

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

8-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

9-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me escute, e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.

- concordo totalmente
- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

10-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

11-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

12-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

13-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

14-Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.

- concordo na maior parte
- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

15- Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, igreja, partidos políticos, etc.).

- concordo totalmente
- concordo na maior parte
- não concordo nem discordo
- discordo na maior parte
- discordo totalmente

5.4. Considerações finais

A avaliação psicológica possibilita a compreensão das circunstâncias do abuso sexual e do impacto na mulher: os prejuízos emocionais, sociais e comportamentais resultantes nas mulheres vítimas de estupro. As

consequências psicológicas da violência sexual podem se manifestar no funcionamento diário, relacionamentos e dinâmica sexual da pessoa que viveu esta experiência.²⁶

Assim o prosseguimento do atendimento se dará em função dos resultados desta avaliação. Não encontramos uma maneira única para o acompanhamento psicológico, nesta área trabalham profissionais de diferentes referenciais teóricos.

Entendemos que o importante é o estabelecimento de uma relação de confiança, desde o primeiro atendimento, onde os elementos descritos por Dias (1987)²⁷, o que ele chama de Clima Terapêutico, podem servir de base para o desenvolvimento de uma relação de trabalho.

O Clima terapêutico é um clima em que existe aceitação, proteção e continência.

- **Aceitação** - aceitação do outro como ele é.
- **Proteção** - proteger o paciente contra a censura e o julgamento do mundo, dele mesmo e, do próprio terapeuta.
- **Continência** - capacidade do profissional de conter dentro de sua estrutura psicológica a estrutura psicológica do paciente, ou seja, algumas vezes é muito angustiante para o paciente entrar em contato com determinados conteúdos emocionais. E assim a estrutura psicológica organizada do Profissional pode ajudar o paciente a conter esta angústia²⁷.

Entendemos também ser de fundamental importância a avaliação e o encaminhamento das pessoas envolvidas na situação e que acompanham a paciente (grupo familiar). Trabalhar com o “Suporte Social”.²³

5.5. Referências

- 1) Tjaden P, Nancy T. Stalking in America: Findings From the National Violence Against Women Survey, Research in Brief, Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, April 1998, NCJ 169592.
- 2) Golding JM, Cooper LM, George LK. Sexual assault history and health perceptions: Seven general population studies. *Health Psychology*. 1997;16:417-425
- 3) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Manual operativo. Guadalajara: Secretaría de Salud; 2004.
- 4) World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: WHO; 2003.
- 5) Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome and posttraumatic stress response. In: Burgess AW, editor. Rape and sexual assault: a research handbook. New York: Garland Publishing; 1985. p. 46-60.
- 6) Ramos-Lira L, Saltijeral-Mendez MT, Romero-Mendoza MET AL. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Publica Mex*. 2001;43(3):182-91.
- 7) Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 2004;328(7440):621-4.
- 8) Kaufman M. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 2008; 122:462.
- 9) Dunn PC, Vail-Smith K, Knight SM. What date/acquaintance rape victims tell others: a study of college student recipients of disclosure. *J Am Coll Health* 1999; 47:213.
- 10) Koval JE. Violence in dating relationships. *J Pediatr Health Care* 1989; 3:298.
- 11) Ledray LE. Responding to the needs of rape victims. In: Rape and sexual assault II, Burgess A (Ed), Garland Publishing, New York 1988. p.169.
- 12) Rickert VI, Ryan O, Chacko M. Sexual assault and victimization. In: Adolescent Health Care: A practical guide, 5th ed, Neinstein LS, Gordon C, Katzman D, et al. (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2008. p.1042.
- 13) Lam C, Roman B. When Granny Is the Wolf: Understanding and Approaching College-aged Female Victims of Acquaintance Rape. *Psychiatry (Edgmont)* 2009; 6:18.
- 14) Primi, R. (1998). Desenvolvimento de um instrumento informatizado para avaliação do raciocínio analítico. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo

- 15) Lopez G, Piffaut G, Seguin A. Psychological treatment of victims of rape. *Psychologie Med* 1992;24:286-8.
- 16) Moscarello, R. (1990). Psychological management of victims of sexual assault. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35 (2), 25-30.
- 17) Yehuda, R. (2001). Understanding post-traumatic stress disorder. *Journal Clinics of Psychiatry*, 25(1), 3-9
- 18) Halpem S et al. Perfil Social de Familiares. Em: Kaplan, H. L, Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 19) Weathers FW, Litz BT, Herman D, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. Paper present at the Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, October 1993.
- 20) Siqueira M.M.M. Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, abr./jun. 2008, p. 381-388.
- 21) Bowling A. *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University. 1997
- 22) Casale M, Wild L. Effects and processes linking social support to caregiver health among HIV/AIDS-affected carer-child dyads: a critical review of the empirical evidence. *Aids and Behavior*. 2012. Disponível em: <http://rd.springer.com/article/10.1007/s10461-012-0275-1>. Acesso em: jul. 2016.
- 23) Barth J, Schneider S, Kanel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and metaanalysis. *Psychosomatic Medicine* 72, 2010. 229-238
- 24) Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011. 16(3), 1755-1769.
- 25) Ribeiro JLP. Escala de Satisfação com o Suporte Social. Disponível em <<http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/soCIALf.htm>> (Acessado em jul 2016).
- 26) Muran, E., & DiGiuseppe, R. (2004). Trauma de estupro. In: F. M. Dattílio & A. Freeman (Org). *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de intervenção em situações de crise* (pp. 132 - 143). (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 27) DIAS, Victor R. C. Silva, Victor. *Psicodrama: teoria e prática*. São Paulo: Ágora: 1987.

6 PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST) E HIV

Cléa Elisa Lopes Ribeiro

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV adquiridas em decorrência da violência sexual tem grande importância no atendimento e podem implicar graves consequências físicas e emocionais. A prevalência de IST e HIV em situações de violência sexual são elevadas, e o risco de infecção depende de diversas variáveis. Que vão desde o tipo de violência sofrida (penetração vaginal, anal ou oral com ou sem ejaculação), o número de agressores, o tempo de exposição (maior ou menor que 72 horas), número de exposições (única, múltipla ou crônica), a ocorrência de traumatismos genitais, a idade e susceptibilidade da mulher, a condição himenal, a presença de DST até a forma de constrangimento utilizada pelo agressor. Estudos têm mostrado que, dentre mulheres que sofreram violência sexual, 16 a 58% delas adquirem pelo menos uma IST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. Parcela significativa das infecções genitais decorrentes de violência sexual pode ser evitada. Deve-se lembrar também que a violência sexual pode acontecer contra o homem e deve ser enfrentada da mesma maneira.

Para fins de atendimento, a atenção à vítima de violência sexual é apresentada segundo dois parâmetros principais tempo decorrido entre a violência e o atendimento (menor ou maior que 72 horas) e tipo de violência (única ou crônica).

6.1. Atendimento nas primeiras 72 horas

Geralmente estes casos ocorrem de maneira única com agressor desconhecido que chamamos de “estupro assalto”, sendo o risco de doenças grande.

No momento inicial (Momento zero) é importante coleta de exames para diagnóstico de possíveis doenças. Exames sugeridos: Anti-HIV, Anti-HCV, Anti-HBsAG, HBsAG, Sorologia para sífilis, coleta de material de vagina, anus ou oral para bacterioscopia e cultura de gonococo, exame para Clamídia (imunofluorescência ou PCR) e exame de gravidez BHCG.

O tratamento preventivo para IST e HIV deve ser iniciado imediatamente, mesmo que, por algum motivo, não se possa realizar estes exames.

6.2. Profilaxia das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Doenças como gonorréia, sífilis, infecção por clamídia, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. A vaginose bacteriana pode estar presente no momento do exame inicial, porém atualmente não é considerada uma IST.

6.2.1. Profilaxia das IST não Virais

A profilaxia das IST não virais em pessoas que sofreram violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da vítima. O esquema profilático é baseado no peso da pessoa e não na idade e para as IST o parâmetro de peso é 45 kg.

No Quadro 1 apresenta-se o esquema profilático mais indicado.

Quadro 1. Esquema profilático das principais Infecções Sexualmente Transmissíveis

DOENÇAS	PESO INFERIOR A 45 kg	PESO SUPERIOR A 45 kg
GONORRÉIA	Ceftriaxona 125mg, IM dose única	Ceftriaxona 250mg, IM dose única
CHLAMIDIA	Azitromicina 20mg/kg (máx. 1g), VO, dose única ou Eritromicina 50mg/kg, por dia, VO, 6/6h, por 10 a 14 dias	Azitromicina 1g, VO, dose única ou Gestantes e nutrizes Amoxicilina 500mg, VO, 8/8h, por 7 dias
TRICOMONÍASE E VAGINOSE BACTERIANA	Metronidazol 15mg/kg, por dia, VO, 8/8h, por 7 dias	Metronidazol 2g, VO, dose única Gestante a partir do 2º trimestre Nutrizes suspender aleitamento por 24 horas

SÍFILIS	Penicilina Benzatina 50.0 UI/kg, IM, (máx. 2.400.0 UI)	Penicilina Benzatina 2.400.000 UI
----------------	---	---

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. O uso de ceftriaxona e de azitromicina para a profilaxia da sífilis está sendo investigado, mas doses adequadas ainda não foram estabelecidas para esse fim.
2. A administração profilática do metronidazol e de suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento.
3. Na falta do Ceftriaxona a Azitromicina já é uma medicação efetiva para a prevenção da infecção gonococcia, além da clamídia, embora não seja a primeira escolha. Desta maneira, na falta da ceftriaxona o uso da Penicilina associada à azitromicina já seria razoável, principalmente naquelas pacientes com problemas gástricos.
4. Em pacientes com histórico de alergia a penicilina o esquema profilático para sífilis recomendado é Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto para gestantes), este esquema pode ser adiado devido aos efeitos colaterais principalmente gastrointestinais. Outra opção é Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes.

6.2.2. Prevenção de IST Virais

Hepatite B

A profilaxia da Hepatite B é feita basicamente com imunoglobulina e vacina. Lembrando que a vacina esta presente na rede publica desde 1995 para os recém-nascidos, em 2001 para menores de 20 anos e em 2013 para pessoas ate 49 anos de idade . Como a maior parte das violências acontecem com pessoas jovens a chance da vitima ter imunidade para Hepatite B é grande e a principal conduta é a vacinação que funciona como Booster para a resposta imune.

Vacina contra Hepatite B

MENORES DE 12 ANOS	ADULTO
Engerix B - 0,5 ml, IM, 3 doses	Engerix B - 1,0 ml, IM, 3 doses

Notas:

1. Indicado nos casos em que o paciente não realizou o esquema de vacinação ou realizou de forma incompleta;
2. A segunda e a terceira dose devem ser administradas em 1 mes após a primeira e 5 meses após a segunda dose;
3. A gravidez e a lactação não contra-indicam a vacinação anti-hepatite B.

Nos casos onde não se sabe a história vacinal da vítima esta indicado o uso de Gamaglobulina hiperimune (HIBG). Maior eficácia na profilaxia é obtida com uso precoce da HBGI, mas pode ser usado até 14 dias depois do risco.

Gamaglobulina hiperimune (HIBG): 0,06 ml/kg de peso , IM, dose única

Notas:

1. Se a dose a ser utilizada ultrapassar 5ml, dividir a aplicação em duas áreas diferentes.
2. Aplicar em membro diferente do usado para o esquema de vacinação.

Hepatite C

Apesar do risco aumentado de infecção pelo vírus da hepatite c nas situações de violência sexual não existe, ate o momento, um esquema profilático preconizado. O acompanhamento é clínico com sorologias de 30, 90 e 180 dias e exame de transaminases só para os pacientes sintomáticos.

HPV (Papiloma Vírus Humano)

No Brasil o uso de vacina contra HPV não faz parte do protocolo de atenção a vitimas de violência sexual, mas caso o paciente tenha interesse de uso privado a vacina pode ser recomendado.

Segundo o guideline do CDC (Center for Disease and Prevention Control) a vacinação contra o HPV é recomendada para mulheres vitimas de violência com idade entre 9-26 anos e homens com idades 9-21 anos. A vacina deve ser administrada a vitimas de violência sexual no momento do exame inicial, e dose de reforço administrada em 1-2 meses e 6 meses após a primeira dose.

6.2.3. Prevenção de HIV/AIDS

A infecção pelo HIV é uma das grandes preocupações para a maioria das pessoas em situação de violência sexual. Segundo estudos o risco de transmissão em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%, sendo comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfuro-cortantes entre profissionais de saúde. Quando há trauma genital com lacerações pode chegar a 40% nas mulheres violentadas, comparando com 5% nas situações de sexo consentido.

São vários os fatores que influenciam a probabilidade de transmissão sexual do HIV; estes fatores estão relacionados ao agressor, à vítima e ao próprio vírus HIV. Por exemplo, a presença de ulcerações genitais pode agir tanto como um fator de aumento da infectividade por parte do agressor, quanto como fator de aumento da susceptibilidade do indivíduo exposto, sendo maior seu risco de contaminação pelo HIV.

O risco de infecção pelo HIV depende de outras condições como: a exposição a secreções sexuais e/ou sangue; a presença de IST ou úlcera genital; a carga viral do agressor; uso de preservativo, prevalência do HIV na comunidade, tipo de penetração. A infectividade estimada é extremamente heterogênea (Quadro 2), variando de zero transmissões depois de mais de 100 contatos do pênis-vaginal, em alguns casais sorodiscordantes, para uma transmissão a cada 3 episódios de sexo anal heterossexual.

Quadro 2. Risco de infecção pelo HIV segundo prática sexual com fontes sabidamente HIV Positiva

Prática Sexual	Risco em 10.000 exposições
Anal receptivo	138
Anal insertivo	11
Vaginal receptivo	8
Vaginal insertivo	4
Oral receptivo	Baixo
Oral insertivo	Baixo

Alguns estudos observacionais de profilaxia de acidentes com materiais biológicos (PEP) e de exposição sexual do HIV têm estimulado o emprego de

esquemas antirretrovirais em situações de violência sexual. Alguns estudos em animais, utilizando macacos com inoculação endovenosa ou em mucosa do vírus da imunodeficiência símia (siv), também têm servido como modelo de extrapolação para o contexto de profilaxia de transmissão do HIV.

Em situações de exposição envolvendo sexo oral exclusivo, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral, a transmissão do HIV é rara, mas já foi descrita. Como não existem evidências definitivas para assegurar a indicação profilática dos antirretrovirais nestes casos, a relação risco benefício deve ser cuidadosamente considerada e a decisão individualizada, levando em consideração o desejo da vítima em realizar a profilaxia, a presença de lesões na cavidade oral e o conhecimento do status sorológico do agressor.

A quimioprofilaxia não está indicada nos casos de uso de preservativo durante todo o crime sexual. No Quadro 3 tem um resumo das indicações de profilaxia para HIV segundo exposição sexual.

Quadro 3. Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

Recomendações de Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual		
Recomendações	Violência sexual ocorrida em menos de 72 horas, sem uso de preservativo, via anal e/ou vaginal, com ejaculação.	A falta de médico infectologista no momento do atendimento emergencial à vítima de abuso sexual não deve protelar o início da quimioprofilaxia.
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação.	Avaliar presença de lesões em mucosa oral, conhecimento do status sorológico do agressor e desejo da vítima em receber a profilaxia.
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação.	
Não recomendada	Uso de preservativo durante toda agressão sexual.	
Não recomendada	Agressor sabidamente HIV negativo.	
Não recomendada	Abuso sexual sofrido há mais de 72 horas.	

Não recomendada	Abuso crônico pelo mesmo agressor.	Mas é necessário interromper o ciclo de agressão, avaliar o contexto e individualizar a indicação da profilaxia. A investigação sorológica deverá ser feita por seis meses a partir da última exposição.
-----------------	------------------------------------	---

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Quando o agressor é comprovadamente HIV positivo, a quimioprofilaxia é prescrita mediante qualquer violência sexual, envolvendo contato direto do agressor com as mucosas da vítima por meio de penetração vaginal, anal e/ou oral.

Quando o estado sorológico do agressor é desconhecido, a decisão terapêutica deve ser realizada, sempre que possível diante da avaliação sorológica do agressor, no prazo de 72 horas, fazendo o uso do teste rápido. Quando o estado sorológico do agressor não for identificado em tempo elegível, o uso da profilaxia será indicado em situações como, penetração vaginal, anal ou sexo oral com ejaculação.

O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência médica. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição.

O paciente, assim como pais e/ou responsáveis, devem ser informados sobre os efeitos colaterais e a necessidade de adesão ao esquema terapêutico. Também devem ser esclarecidos de que a proteção conferida pela profilaxia contra a infecção pelo HIV não é absoluta, mesmo com início precoce e adesão completa ao tratamento.

ESQUEMA ANTI-RETROVIRAL

A profilaxia pode ser feita com vários esquemas antirretrovirais procurando sempre usar mais de uma classe de ARV, facilitar a adesão e minimizar os efeitos colaterais. No quadro 4 apresentamos o esquema preferencial para realização da profilaxia pós exposição para adolescente ou adultos com peso superior a 30 kg: Esquema preferencial para PEP Tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + dolutegravir (DTG). A duração da PEP é de 28 dias.

Quadro 4. Esquema preferencial para adolescentes e adulto com peso superior a 30 kg

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir e Lamivudina (TDF + 3TC)	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg) Ou Comprimido TDF 300mg associado a Comprimido 3TC 150mg	1 comprimido VO 1x ao dia 1 comprimido + 2 comprimidos VO 1x ao dia
Dolutegravir (DTG)	Comprimido DTG 50mg	1 comprimido VO 1x ao dia

Fonte: DDAHV/SVS/MS

Esquema alternativo proposto quando tem alguma contraindicação de uso Tenofovir a opção é substituição por AZT+3TC.

Em situação de contraindicação ao uso de dolutegravir (DTG) a opção é substituição por atazanavir/ritonavir ATV/r.

O DTG não está recomendado em pessoas que façam uso de fenitoina, fenobarbital, oxicarbamazepina, carbamazepina, dofetilida e pilsicaina.

Para gestantes o esquema preferencial deve ser composto com Raltegravir (RAL) a partir de 14ª semana de gestação com 1 comp de 400 mg vo de 12/12 horas em substituição ao Dolutegravir.

Para crianças e adolescentes

Para profilaxia em crianças e adolescentes é importante estar atento ao peso e idade.

Faixa etária	Esquema preferencial	Medicações alternativas
0-14 dias	AZT+3TC+ NVP	-
14 dias – 2 anos	AZT+3TC+LPV/r	Impossibilidade de uso de LPV/r NVP
2 anos- 12 anos	AZT+3TC+ RAL*	Impossibilidade de uso de RAL LPV/r

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

*RAL está indicado para crianças acima de 2 anos e com mais de 14Kg.
Acima de 12 anos seguir a recomendação de adulto

Posologia das medicações ARV na população pediátrica

Raltegravir (RAL)

14kg a <20kg: 100mg 12/12h
20kg a <28kg: 150mg 12/12h
28 a <40kg: 200mg 12/12h
≥40kg: 300mg 12/12h

Zidovudina (AZT)

Até 4kg: 4mg/kg/dose 12/12h
4kg a 9kg: 12mg/kg 12/12h
9kg a 30kg: 9mg/kg 12/12h (dose máxima: 150mg 12/12h)
≥30kg: 300mg 12/12h

Lamivudina(3TC)

RN: 2mg/kg 12/12h
4mg/kg de 12/12h (dose máxima 150mg 12/12h)

Lopinavir/ritonavir (LPV/r)

Solução oral: 80/20mg/mL
≥14 dias a 28 dias: 300mg/75mg/m² 12/12h
1 mês a 6 meses: 1mL 12/12h
6 a 12 meses: 1,5mL 12/12h
1 a 3 anos: 2mL 12/12h
3 a 6 anos: 2,5mL 12/12h
6 a 9 anos: 3mL 12/12h 9 a 14 anos: 4mL 12/12h
Comprimido infantil: 100mg/25mg
10kg a 13,9kg: 2cp de manhã e 1 à noite
14 kg a 19,9kg: 2cp de manhã e 2 à noite
20 kg a 24,5kg: 3cp de manhã e 2 à noite
25 kg a 29,5kg: 3cp de manhã e 3 à noite
>35kg: 400mg/100mg de 12/12h

Nevirapina (NVP) Uso neonatal

Peso de nascimento 1,5 a 2kg: 8mg (0,8mL)/dose 12/12h
Peso de nascimento >2kg: 12mg (1,2mL)/dose 12/12h
Peso de nascimento <1,5kg: não usar NVP
14 dias a 8 anos: 200mg/m² 1x/dia por 14 dias, depois: 200mg/m² 12/12h

Pacientes expostos a agressores HIV positivo em tratamento com anti-retroviral

Esses pacientes deverão ser encaminhados ao especialista para utilização de esquema anti-retroviral individualizado, conforme esquema antiretroviral do agressor.

6.2.4. Acompanhamento e alta

O acompanhamento clínico da pessoa vítima de violência sexual é a chave para o sucesso do tratamento. A adesão no sentido de completar os 28 dias de uso dos antirretrovirais é essencial para a maior efetividade da profilaxia. É fundamental que a pessoa entenda os objetivos do uso da profilaxia e a sua importância, que deve ser orientada a observar rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração da profilaxia. Todavia, os estudos publicados mostram baixas proporções de pessoas que completaram o curso completo de PEP. As taxas de abandono são especialmente altas entre adolescentes e também entre aqueles que sofreram violência sexual.

Acompanhamento clínico-laboratorial O acompanhamento clínico-laboratorial da pessoa exposta em uso de PEP deve levar em consideração a toxicidade dos antirretrovirais; As pessoas expostas que iniciam a PEP devem ser orientadas a procurar atendimento caso surjam quaisquer sintomas ou sinais clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa. Mais de 50% dos expostos apresentam efeitos adversos e os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, tais como efeitos gastrointestinais, cefaleia e fadiga; o Atazanavir pode elevar os níveis de bilirrubina indireta levando ao surgimento de icterícia que é transitória, auto limitada e não tem repercussão clínica a não ser a estética. As alterações laboratoriais são geralmente discretas, transitórias e pouco frequentes. Recomenda-se a reavaliação da pessoa exposta na primeira semana após a profilaxia, com o objetivo de identificar esses possíveis efeitos adversos e reforçar a necessidade de adesão para que a profilaxia seja tolerada até o final da quarta semana. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, bastando a utilização de medicações sintomáticas (antieméticos ou anti-diarreicos, por exemplo).

Nos meses seguintes as consultas de acompanhamento devem ser focadas nas queixas do paciente com exame clínico-ginecológico minucioso

caso tenha queixas sugestivas de IST ou amenorréia compatível com gravidez. Estas consultas devem coincidir com as avaliações laboratoriais preconizadas com 4-6 semanas, 3 meses e 6 meses após a agressão.

Para todos os casos, mesmo para os assintomáticos e/ou com exames laboratoriais negativos no primeiro atendimento, devem ser solicitados os exames laboratoriais relativos a gravidez, sífilis, HIV, Hepatite B e Hepatite C, nas consultas de acompanhamento previamente agendadas, conforme TABELA 1.

Tabela 1.

EXAME	ZERO	4-6 semanas	3 meses	6 meses
Anti HIV	X	X	X	X
Anti HCV	X	X	X	X
Sífilis	X	X	X	
HBSAg*	X			
Anti HBSAg*	X			
BHCG	X	X		
Hemograma		X		
Transaminases		X		

*seguimento segundo resultado do exame do momento zero

Considerar sempre a data da agressão para o cálculo das datas dos exames laboratoriais previstas no acompanhamento.

Orientação durante os 6 meses de acompanhamento

- Uso de preservativo
- Contracepção
- Não amamentar
- Não realizar doações de sangue ou órgãos
- Exames laboratoriais

A alta clínica será dada após a negativa dos exames laboratoriais preconizados para serem realizados 6 meses após a data da agressão.

6.3. Atendimento nos casos de agressão ocorrida com mais de 72 horas ou agressão crônica

Em algumas situações, pode ocorrer atraso na busca pelo serviço de saúde e a vítima de violência sexual é atendida após 72 horas da agressão, como também existem situações de violência crônica.

A violência sexual na infância frequentemente ocorre como abuso crônico e é praticada por agressor do convívio familiar. Nos casos de abuso crônico a quimioprofilaxia para o HIV não está indicada, devendo-se conduzir as abordagens diagnósticas da infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Na maioria dos episódios do abuso sexual em crianças não ocorre penetração e/ou contato de mucosas genitais com o esperma.

Nestes casos, as profilaxias da IST/HIV/Hepatites virais não são indicados, mas é importante fazer a prevenção da gestação.

Deve-se fazer investigação inicial das principais IST e HIV, mas persistem o atendimento e o acompanhamento destas vítimas, como também a realização dos encaminhamentos e das orientações necessários. Este atendimento é da responsabilidade dos profissionais da saúde da Unidade Municipal da Saúde no município de Curitiba.

No atendimento destes casos o tratamento deve ser baseado na abordagem sindrômicas das IST.

6.4. Referências

Baggaley R F, White RG and Boily MC, HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention *International Journal of Epidemiology* 2010;39:1048-1063

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - 2008 Suplemento III - tratamento e prevenção. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas infecções sexualmente transmissíveis: Relatório de Recomendação. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids, e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição (PEP) de Risco à infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília, 2017.

Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 64 (RR-3):

Chacko L, Ford N, Sbaiti M, Siddiqui R. Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis. *Sexually transmitted infections*. 2012 Aug;88(5):335-41.

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Mulher de Verdade. Acessado em 04/12/2015. Disponível em <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/centroeducacao/sausedamulher/mulher005.pdf>

Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M, et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and metaanalysis. *AIDS (London, England)*. 2014 Nov 28;28(18):2721-7.

Oldenburg CE, Barnighausen T, Harling G, Mimiaga MJ, Mayer KH. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: a systematic review and meta-analysis. *AIDS and behavior*. 2014 Feb;18(2):217-25.

Otten RA, Smith DK, Adams DR, Pullium JK, Jackson E, Kim CN, et al. Efficacy of postexposure prophylaxis after intravaginal exposure of pig-tailed macaques to a human-derived retrovirus (human immunodeficiency virus type 2). *Journal of virology*. 2000 Oct; 74(20):9771-5.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Protocolo para atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Curitiba, Pr, 2015, 28p.

Tsai CC, Emau P, Follis KE, Beck TW, Benveniste RE, Bischofberger N, et al. Effectiveness of postinoculation (R)-9-(2-phosphonylmethoxypropyl) adenine treatment for prevention of persistent simian immunodeficiency virus SIV_{mac} infection depends critically on timing of initiation and duration of treatment. *Journal of virology*. 1998 May; 72(5): 4265-73.

Vergara TRC, Barroso PF, Transmissão sexual do HIV Tendências em HIV • AIDS (Volume 1 - Número 4 - 17-24).

7 O ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL - PAPEL DO GINECOLOGISTA

Edison Luiz Almeida Tizzot

O atendimento à vítima de violência sexual caracteriza-se como um momento de extrema importância devendo ser realizado dentro de critérios bem estabelecidos. Além da necessidade de se promover um atendimento atencioso, humanizado e ético, deve-se considerar a vulnerabilidade da paciente, decorrente do ato de violência ao qual foi submetida. Desta forma, toda a equipe de saúde envolvida no seu atendimento precisa estar preparada e sensibilizada para promover segurança à vítima. O acolhimento inicial, o exame médico, a coleta de materiais, a proteção contra as doenças de transmissão sexual, a notificação e seguimento, devem ser estruturados dentro de preceitos humanitários, médicos e legais.

A forma de atendimento a vítima de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (sus), no que se refere a humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios, integram a Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015, em consonância com o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Complementando estes dispositivos legais publicou-se em 2015, o documento conjunto do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres, sob a forma de Norma Técnica, intitulado: *Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios*.

7.1. Acolhimento

A partir da estruturação de equipes destinadas ao atendimento das vítimas de violência sexual, a mulher vitimizada pode ser encaminhada diretamente às instituições de saúde credenciadas e não somente ao Instituto Médico Legal. Como alternativa, foram disponibilizados outros serviços capacitados para acolhê-las e aptos a desencadear todos os procedimentos médicos e legais necessários. Em Curitiba, três serviços universitários

realizam esse atendimento: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (ambos os sexos), Hospital Universitário Evangélico de Curitiba (somente pacientes do sexo feminino) e, para menores de 12 anos de idade, ambos os sexos, o Hospital Pequeno Príncipe. A principal característica desses serviços é o treinamento das equipes, que são constituídas por assistentes sociais, psicólogos e médicos que, desde o acolhimento da vítima, seguem os preceitos fundamentais da ética, privacidade, confidencialidade e sigilo.

O acolhimento deve ser realizado em ambiente reservado, estando a paciente amparada desde o início por um membro da equipe capacitada, um enfermeiro, assistente social ou psicólogo. Nesse momento cria-se um ambiente de segurança para a vítima, buscando identificar a pertinência ou não daqueles que a acompanham de permanecerem junto durante todo atendimento.

Após a obtenção de um breve histórico dos fatos que caracterizaram a violência sexual, deve-se manter contato com as delegacias de referência para solicitação dos exames periciais. Habitualmente, é acionada a Delegacia da Mulher ou nos casos de vítimas menores de 14 anos, o Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente (NUCRIA).

A partir da análise inicial da equipe de atendimento poderão ser solicitados exames periciais de conjunção carnal, ato libidinoso, lesões corporais, e exame toxicológico. A conjunção carnal conceitualmente refere-se a penetração completa ou incompleta do pênis na cavidade vaginal, e ato libidinoso relaciona-se a qualquer outro ato de natureza sexual, diverso da conjunção carnal, incluindo-se o coito anal, o sexo oral e a masturbação, entre outros. Em posse da solicitação dos exames aciona-se o médico perito *ad hoc* para a realização dos exames na instituição hospitalar.

Dessa forma, enfatizamos que a vítima de violência sexual pode, tão logo lhe seja possível, dirigir-se diretamente a uma das instituições de saúde credenciadas, não havendo a necessidade de previamente realizar boletim de ocorrência na delegacia ou de comparecer à sede do Instituto Médico Legal. É importante que ela saiba que as instituições de saúde estão aptas a recebê-la, dando-lhe o atendimento clínico e psicológico necessários e o suporte à produção do efeito legal junto aos órgãos competentes.

7.2. Atendimento Clínico

Em Curitiba contamos com uma equipe de ginecologistas nomeados como peritos *ad hoc* exclusivamente para o atendimento das vítimas de violência sexual. Esses peritos receberam treinamento da equipe de peritos oficiais do Instituto Médico Legal de Curitiba e estão aptos a prestarem o atendimento às vítimas, priorizando-se a avaliação do estado geral de saúde, orientação e proteção contra as doenças de transmissão sexual, prevenção de gravidez e coleta de materiais biológicos ou outros indícios materiais que permitam a identificação do agressor. O atendimento dessa equipe é contínuo, 24 horas por dia, o ano todo, destinando-se aos casos de violência sexual ocorridos até 72 horas do horário de chegada à instituição hospitalar. O prazo justifica-se pelo fato de que, após esse período, tanto a profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis e para a gravidez, como a coleta de material biológico para identificação do agressor, tornam-se muito pouco eficazes. Ultrapassado esse limite de tempo, as vítimas são direcionadas diretamente à sede do Instituto Médico Legal.

Desde o início, o atendimento personaliza-se com atenção especial a mulher vitimizada. De forma atenta, receptiva e objetiva, obtêm-se os dados de anamnese essenciais, sem a menção de qualquer pré-julgamento e evitando aprofundar-se em detalhes motivados pela curiosidade de modo a não constranger a paciente.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012), Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, e o Decreto Presidencial nº 7958, de 13 de março de 2013, que Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, dispõem sobre os registros que devem constar em prontuário:

- Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no Hospital de Referência.
- História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida.
- Tipo(s) de violência sexual sofrido(s).
- Forma(s) de constrangimento empregada(s).
- Tipificação e número de agressores.

- Exame físico completo, inclusive o exame ginecológico.
- Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica.
- Descrição minuciosa dos vestígios e de outros achados no exame.
- Identificação dos profissionais que atenderam a vítima.
- Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

A anamnese deve transcorrer da maneira mais livre e espontânea possível, registrando-se em ordem fixa as respostas aos quesitos legais, apenas na anotação médica, evitando-se imprimir, à sua obtenção, o caráter de depoimento engessado na sequência das perguntas. As informações, por mais distantes que possam parecer do quadro clínico da paciente ou do incidente, podem gerar importantes subsídios para a reconstrução do cenário da violência fornecendo registros essenciais para a investigação policial e possível identificação do agressor.

Nos casos em que a paciente apresenta déficit cognitivo, outras alterações mentais ou deficiência física, devem ser registrados. Nestes casos, assim como as menores de 14 anos, são consideradas vítimas de violência presumida, frente a vulnerabilidade em que se encontram.

7.3. Exame médico pericial

O exame será realizado pelo médico perito *ad hoc* obrigatoriamente com as presenças de uma auxiliar e quando a vítima for menor de 14 anos, com a presença da mãe ou responsável.

Inicialmente procede-se a inspeção geral da paciente à procura de lesões motivadas por agressão ou contenção forçada, historiando-as e localizando-as nas diversas regiões do corpo. Elas serão descritas conforme as suas características e sendo diferenciadas como recentes ou não, tamanho, número, forma, grau de comprometimento e regiões comprometidas. Esquemas gráficos com os metâmeros facilitam a descrição. Alternativa-

mente, podem ser obtidas fotografias das lesões, após o consentimento da paciente e procurando-se obtê-las, sempre que possível, de forma que não identifiquem a paciente.

7.3.1. Lesões corporais mais frequentemente observadas em casos de violência sexual.

REGIÃO		POSSÍVEL LESÃO *
Craniana	Couro cabeludo	Equimose, escoriação, edema traumático e ferida contusa.
	Face	Fratura (malar, mentoniana e nasal), marcas de mordida, escoriação, equimose facial e edema traumático.
	Olhos	Equimose periorbitária (olho roxo) e da esclerótica (hemorragia em esclera) e edema traumático.
	Orelhas	Equimose, escoriação e edema traumático.
	Boca	Equimose labial, equimose intraoral, escoriação, marca de mordida, fratura e trauma dentário.
Cervical	Externa	Marca de mordida, equimose por sucção, equimose e escoriação.
	Interna	Trauma laríngeo, alteração na voz (rouquidão, disфонia) e dificuldade de deglutição.
Torácica e abdominal		Equimose, equimose por sucção, escoriação, marca de mordida e corpos estranhos presentes na pele: terra, graveto etc.
Mamária		Marcas de mordida ou sucção, equimose, escoriação e laceração nos mamilos.
Membros superiores		Equimose (especialmente nos antebraços e mãos); lesões de defesa, escoriação, edema traumático e fraturas
Mãos		Equimose, escoriação, edema traumático e fraturas
Membros inferiores		Equimose (especialmente nas faces mediais das coxas); lesões de defesa, escoriação, marca de mordida e edema traumático
Genital		Equimose, escoriação, edema traumático e rotura himenal
Anal		Equimose, escoriação, edema traumático, laceração e dilatação

*A existência dessas lesões não caracteriza por si só a violência sexual, uma vez que podem ser resultantes da prática sexual consentida.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Norma Técnica. Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, 2015.

No reconhecimento das lesões é importante definir as suas principais características:

- *Rubefação*: lesão contusa decorrente de uma alteração vascular transitória - vasodilatação e congestão, de uma região do corpo levando a uma hiperemia - vermelhidão - da pele. Tem característica fugaz, podendo ser decorrente de tapas, beliscões e empurrões.
- *Equimose*: origina-se após a rotura de capilares e de vasos de pequeno calibre e consequente infiltração sanguínea nos tecidos com a aparência de petéquias ou sufusões hemorrágicas. Em geral são superficiais, sendo que as profundas podem aparecer tardiamente e distantes do local onde houve o trauma, devido ao deslocamento do sangue entre os planos musculares. As características de coloração podem fornecer indícios da temporalidade das lesões: vermelhas no 1º dia, violáceas do 2º ao 3º dia, azuis, do 4º ao 6º dia, esverdeadas do 7º ao 10º dia, amareladas no 12º dia, e desaparecem entre o 15º e 20º dia. As equimoses de conjuntiva ocular não mudam de tonalidade, permanecem avermelhadas até desaparecerem.
- *Hematoma*: decorre da formação de acúmulo sanguíneo devido a rotura de vasos calibrosos e não de capilares ou vasos de pequeno calibre como nas equimoses.
- *Escoriação*: consiste no destacamento da epiderme, deixando a derme exposta por ação tangencial extravasando serosidade e sangue. A serosidade inicialmente é líquida e, posteriormente, aumenta sua densidade até ressecar e originar uma crosta. Esta, apresenta cor castanha, escurecendo progressivamente até se desprender, deixando uma área rósea ou branca com despigmentação que, com o tempo, retorna à pigmentação normal.
- *Ferida contusa*: lesão aberta produzida por mecanismos de pressão, compressão, arrastamento, explosão ou tração. Ocorre traumatismo das partes moles, hemorragia e edema. Como características apresenta forma e bordas irregulares, margens com escoriações e equimoses, fundo irregular, pouco sangramento, podendo haver perda de substância.

- *Ferida puntiforme*: causada por instrumento perfurante, alongado, fino, pontiagudo e de diâmetro transversal reduzido.
- *Ferida incisiva*: é produzida por instrumento cortante. O instrumento utilizado pode ferir por pressão ou deslizamento.
- *Marcas de Contenção*: são lesões geralmente contusas (equimoses e escoriações), mas também podem ser representadas por sulcos, produzidos por fios ou cordas; encontradas nos punhos, antebraços e terço distal dos membros inferiores.
- *Mordeduras*: marcas de mordidas apresentando equimoses e escoriações.

A seguir procede-se a realização do exame ginecológico com a inspeção cuidadosa dos órgãos genitais externos, em especial do hímen. Apreendendo-se os pequenos lábios com a extremidade dos dedos polegar e indicador e traçando-os gentilmente para frente e para fora em direção ao observador, devem ser descritas as características do hímen, se elástico (complacente) ou inelástico, do introito vaginal e de sua orla. A orla, habitualmente circular pode ser mais larga ou estreita, com borda livre e regular ou, mais frequentemente, apresentando pequenas reentrâncias ou entalhes. Estes diferenciam-se das roturas por serem superficiais, com a profundidade não atingindo a base de inserção himenal. É essencial a caracterização da integridade ou não do hímen, e, existindo rotura, a caracterização como recente ou antiga. Roturas antigas decorrentes de partos vaginais, denominadas carúnculas mirtiformes, são caracterizadas como pequenos brotos ou pontos cicatriciais situados na região do hímen.

Na rotura recente, usualmente, encontram-se bordas avermelhadas e intumescidas, com a presença de crosta sanguínea úmida, equimose ou lesões irregulares. O sítio das lesões deve ser descrito localizando-as em quadrantes que subdividem a orla em anterior e posterior, lado direito ou esquerdo da paciente. O hímen complacente, apresenta orla estreita e elástica e óstio amplo, podendo não romper no coito vaginal. Nestes casos, a confirmação da conjunção carnal poderá ser feita apenas com a identificação de espermatozoides na cavidade vaginal.

A colposcopia é um auxiliar valioso no exame ginecológico. Permite a visualização de detalhes da formação himenal através de lentes de aumento

e com o filtro verde. Pode-se observar pequenas áreas com vascularização aumentada sugerindo serem conseqüentes de manipulação genital ou penetração vaginal. O ideal é a utilização de colposcópico que permita a captura de imagens, obtendo-se fotos para o laudo pericial.

A seguir, procede-se a inspeção da região anal, à procura de lesões de esfíncter que devem ser diferenciadas de fissuras anais não motivadas por coito anal, e sim por constipação crônica. Os achados decorrentes do coito anal são as escoriações, equimoses, edema, laceração da mucosa com sangramento ou tecido de granulação, dependendo da data em que ocorreu. Lesões com comprometimento de mucosa e com sangramento ativo são sugestivas de agressão recente.

7.3.2. Fissuras - Diferença entre Lesões Clínicas e Lesões Traumáticas

CARACTERÍSTICA	LESÕES CLÍNICAS	LESÕES TRAUMÁTICAS
Etiologia	Desconhecida	Traumática
Evolução	Crônica	Aguda
Número	Em geral única	Múltiplas
Localização preferencial	12 horas	Sem preferência de local
Localização secundária	6 horas	Sem preferência de local
Forma	Ulceração ovóide	Fendas longitudinais
Extremidade inferior	Plicoma sentinela	Sem peculiaridades
Extremidade superior	Papila hipertrófica	Sem particularidades
Tonicidade do esfíncter	Hipertonia, espasmo	Hipotonia imediata
Sangramento	Crônico, escasso	Agudo, imediato
Complicações	Abscesso	Nenhuma
Cicatrização	Em geral pós-cirúrgica	Espontânea

Fonte: Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Secretaria de Política para as mulheres

7.4. Exames Laboratoriais

Os exames dividem-se naqueles relacionados à proteção da paciente e exames forenses.

7.4.1. Exames protetivos

Destinam-se à proteção da vítima de violência sexual.

- **Conteúdo vaginal:** exame bacterioscópico; pesquisa de clamídea e gonococo.
- **Sangue:** pesquisa de HIV; Hepatite B (HbsAG e anti Hbs); Hepatite C (anti HCV); Sífilis e β -HCG (para mulheres em idade fértil).

Independentemente da coleta do material para os exames acima citados, a profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis e a proteção para gravidez nas pacientes sem métodos de anticoncepção efetivo, devem ser iniciadas de imediato.

7.4.2. Exames Forenses

Subsidiam a investigação e identificação do agressor assim como a elaboração de laudos periciais.

- *Sangue* - para posterior confronto de DNA com o do possível agressor, coletado em tubo com EDTA, tampa roxa. Havendo a indicação de dosagem alcoólica deve ser coletado sangue em um frasco separado. Para a realização de dosagem de Beta HCG e pesquisa de doenças infecciosas utiliza-se frasco sem anticoagulante, tampa vermelha ou amarela.
- *Urina* - destina-se aos casos em que se requerem exames toxicológicos, em especial para pesquisa de maconha e cocaína, e seus derivados. Os exames toxicológicos realizados em sangue e urina devem ser coletados preferencialmente dentro de 24 horas após a agressão, após esse período a possibilidade de encontrarem-se vestígios de drogas é muito baixa.

- *Swabs esterilizados de haste longa e flexíveis* - para pesquisa de espermatozoides e PSA (antígeno prostático específico). A depender da história clínica o material deve ser coletado em cavidade vaginal, vulva, região anal e perianal, cavidade oral, e outras regiões em que possam ter acumulados resíduos biológicos, citam-se como exemplos a região sub-ungueal, região entre seios, e interglútea. Quando da coleta deve-se inquirir a paciente sobre a possibilidade do agressor ter utilizado condom ou se a paciente tomou banho e realizou higiene íntima após a agressão, situações que dificultariam a pesquisa de espermatozoides. Os *swabs* utilizados devem ser acondicionados em embalagens contendo a identificação da paciente e local de coleta. Os maiores índices de positividade são encontrados nos *swabs* de vulva e cavidade vaginal. A coleta de *swabs* anais deve ser cuidadosa, evitando-se a coleta em áreas que apresentem contaminação com resíduos de fezes. Os *swabs* de cavidade oral devem ser obtidos nos sulcos gengivais, entre dentes inferiores e gengivas. Dificilmente se obtém positividade nos casos de sexo oral com muitas horas decorridas entre o ato e a coleta de material. Nos casos em que houver relato de luta corporal entre vítima e agressor, deve-se coletar material subungueal.
- *Materiais inanimados* - absorventes, fraldas, papel higiênico, vestes íntimas (calcinhas, cuecas, soutiens) e roupas em geral que apresentam manchas ou estejam relacionadas pela paciente como possível de apresentarem material ejaculado, devem ser coletados mediante autorização especial da paciente ou de seu representante legal. Nas manchas encontradas nas vestes são realizados exames com luz fluorescente que identifica áreas em que são pesquisadas a presença de espermatozoides e reação de PSA. Pelos e cabelos com características diversas da vítima devem igualmente ser coletados. O material deve ser acondicionado em envelopes de papel, não devendo ser utilizado saco plástico, devido à retenção de umidade o que dificultaria a posterior realização do exame.
- Na conclusão do exame pericial são considerados como sinais de certeza da conjunção carnal a presença de rotura himenal recente, com elementos indicativos como a presença de sangue e solução de continuidade e ou a identificação de espermatozóides em cavidade vaginal, ou reação de PSA positiva.

- O ato libidinoso com coito anal é de caracterização mais difícil, comprovando-se frente a sinais clínicos como escoriações, equimoses e lacerações anal/retal; com a identificação de espermatozoides, ou reação de PSA positiva, no *swab* anal. Essa identificação torna-se prejudicada pela usual contaminação do material coletado com fezes ou resíduos.

A Portaria nº 82 do Ministério da Justiça, de 16 de julho de 2014, estabelece diretrizes sobre os procedimentos a serem observados no tocante à cadeia de custódia de vestígios.

	ADMISSÃO	2 SEMANAS	6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES
Conteúdo Vaginal	•		•		
Sífilis	•		•	•	•
Anti-HIV	•		•	•	•
Hepatite B (HbsAg)	•			•	•
Hepatite C	•			•	•
Transaminases	Se uso profilático de medicação antirretroviral				
Hemograma					
β HCG	•	Repetir se atraso menstrual (poderá ser realizado nas unidades de atenção primária de saúde)			

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Versão para divulgação; 2015.

7.5. Cuidados médicos posteriores

Após a identificação das lesões e coleta de materiais para os exames, o médico perito *ad hoc* irá detalhar ao médico plantonista da instituição que acolheu a paciente, as lesões decorrentes de agressões físicas e ou sexuais, que possam requerer cuidados. O atendimento passa a integrar a rotina dos serviços de emergência, com o tratamento de eventuais lesões ou fraturas.

Procedimentos como suturas na região genital ou perianal passam a ser de responsabilidade do serviço de emergência do hospital. Nas situações de maior gravidade o médico perito *ad hoc* poderá necessitar retornar ao hospital para acompanhar a evolução da paciente ou realizar exame posterior à alta hospitalar, no Instituto Medico legal.

Com a paciente estabilizada e devidamente orientada quanto aos procedimentos submetidos e a necessidade de realizar sua proteção frente às possíveis consequências da agressão sexual, recomendam-se as seguintes ações:

- **Anticoncepção de emergência** - indicada para todas as mulheres em período reprodutivo que tiveram conjunção carnal ou diante da possibilidade de contato com o sêmen na região genital. As pacientes que apresentam relatos duvidosos ou que tenham dificuldades de caracterizarem a agressão sofrida, devem igualmente receber proteção anticonceptiva.
- **Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis** - é fundamental a ênfase a ser dada pela equipe de saúde para a proteção das doenças de transmissão sexual. A profilaxia deve ser iniciada de imediato com aplicação dos medicamentos e a orientação para continuidade domiciliar. Os exames coletados serão enviados aos laboratórios de referência com o conseqüente agendamento do retorno para a verificação dos resultados junto ao serviço de infectologia. A profilaxia destina-se às doenças mais prevalentes em todos os casos de exposição com risco de transmissão, independentemente da presença de lesões. As doenças a serem prevenidas são: HIV, Hepatite B, Hepatite C, sífilis, gonorréia, infecção por clamídia e tricomonas.

Recomendações de Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual		
Recomendada	Violência sexual ocorrida em menos de 72 horas, sem uso de preservativo, via anal e/ou vaginal, com ejaculação.	A alta de médico infectologista no momento do atendimento emergencial à vítima de abuso sexual não deve protelar o início da quimioprofilaxia.

Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação.	Avaliar presença de lesões em mucosa oral, conhecimento do status sorológico do agressor e desejo da vítima em receber a profilaxia.
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação.	
Não recomendada	Uso de preservativo durante toda agressão sexual.	
Não recomendada	Agressor sabidamente HIV negativo.	
Não recomendada	Abuso sexual sofrido há mais de 72 horas.	
Não recomendada	Abuso crônico pelo mesmo agressor.	Mas é necessário interromper o ciclo de agressão, avaliar o contexto e individualizar a indicação da profilaxia. A investigação sorológica deverá ser feita por seis meses a partir da última exposição.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica, 2012.

7.6. Continuidade do Cuidado

A realização do Boletim de Ocorrência na delegacia que forneceu a solicitação dos exames pode ser postergada para o dia seguinte, ou quando a paciente estiver psicologicamente apta.

Salvo situações de maior gravidade que necessitem internamento hospitalar inexistente necessidade da vítima submeter-se a outro exame pericial. O laudo será confeccionado após a liberação dos resultados dos exames e enviado diretamente para a delegacia. Não compete ao perito fornecer qualquer tipo de laudo preliminar à vítima ou a seus familiares. O seguimento médico, com a verificação dos testes de detecção das doenças de transmissão sexual é realizado posteriormente, por médico infectologista, em consulta agendada quando do atendimento hospitalar.

Em se tratando de atendimento a menores ou incapazes, compete ao serviço social acionar o Conselho Tutelar para que sejam estabelecidas as medidas de proteção à vítima.

Independentemente dos achados serem condizentes ou não com a violência retratada, a equipe de saúde deve sempre ressaltar à vítima a importância da procura pelo serviço especializado.

A procura dos pais para a realização de exames em menores vítimas de abuso sexual, em face às dúvidas que tenham, mesmo na ausência de evidências do fato, deve ser valorizada e incentivada. A vítima deverá ser encaminhada para continuidade do cuidado em uma unidade de atenção primária à saúde. O atendimento deve abranger os atributos de longitudinalidade e integralidade do cuidado, a focalização na família e a orientação comunitária. A participação da comunidade em geral é fundamental para que sejam incentivadas campanhas de conscientização contra a violência sexual, ao mesmo tempo em que mostrem os caminhos para que as vítimas sintam-se encorajadas a procurarem os serviços de atendimento e formularem as denúncias contra os agressores.

7.7. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Decreto Presidencial nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 14 mar. 2013. Seção I, nº 50. p. 1-2.

Brasil. Portaria Ministerial nº 82, de 16 de julho de 2014. Estabelece as Diretrizes sobre os procedimentos a serem observados no tocante à cadeia de custódia de vestígios. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 18 jul. 2014. Seção I, nº 136. p. 42.

Brasil. Portaria Inter- Ministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 26 mar. 2015. Seção I, nº 58. p. 50.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica - Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, 2015.

Paraná. Secretária da Saúde. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Curitiba, 2015.

8 COLETA DE VESTÍGIOS DE CRIMES SEXUAIS

*Thiago Yuiti Castilho Massuda
Luciellen Dávila Giacomel Kobachuk
Eduardo Rodrigues Cabrera
Anna Carolina de Moraes Braga
Camila Castro Teixeira
Jaqueline Andressa Machado Trentin Luz
Josiane Brodzinski
Paula Eidt Fornari*

8.1. Apresentação

O presente protocolo foi produzido com o intuito de divulgar as ações envolvidas na solicitação de perícias aos Laboratórios da Polícia Científica do Paraná, de forma a padronizar os procedimentos referentes ao uso adequado dos kits de coleta, ao preparo e ao armazenamento, ao acondicionamento e transporte das amostras e material a serem periciados, garantindo a qualidade das análises e a preservação da cadeia de custódia.

Convém salientar que os exames dos vestígios coletados e/ou transportados de maneira equivocada dificilmente resultarão em uma perícia confiável, independentemente da qualidade técnica com que o ensaio seja realizado. Cabe salientar que são responsáveis pela coleta desses vestígios os médicos legistas ou nomeados *ad hoc*, peritos criminais, autoridades policiais e judiciárias, devendo julgar, pelas normas de “Boas Práticas”, a melhor forma de proceder em cada perícia a ser realizada.

8.2. Cadeia de custódia

A cadeia de custódia representa o registro documental e cronológico sobre o manuseio de uma evidência ou prova, demonstrando seu percurso desde o local onde é recolhida até o tribunal. Envolve o rastreamento da posse e do manuseio do material a partir do preparo, da coleta, do transporte, do recebimento, do armazenamento e da análise, permitindo saber onde esteve a prova, quem é que a detinha e o que foi feito em cada momento,

garantindo desse modo, a idoneidade de uma evidência envolvida em um processo criminal.

Para implantar uma cadeia de custódia eficiente, faz-se necessária o uso de ferramentas como embalagens para armazenamento de vestígios e formulários onde fiquem documentadas todas as informações (FIG. 1).

Figura 1. Exemplos de embalagens e formulários utilizados para manter a cadeia de custódia



8.3. Toxicologia forense

Na Seção de Toxicologia Forense são empreendidas as perícias toxicológicas em matrizes biológicas, como: sangue, urina, conteúdo gástrico e órgãos. Algumas matrizes podem ser coletadas de pessoas vivas, mortas e também dos locais de crime.

O exame de dosagem alcoólica é uma das perícias toxicológicas mais conhecidas e é muito requisitado em acidentes de trânsito, de trabalho, blitz policiais, dentre outros cenários. Além desse exame, a perícia toxicológica, de forma geral, é empreendida na detecção de substâncias químicas diversas que podem ter influenciado um sistema biológico - como uma pessoa - em casos de suicídio, homicídio, acidentes, violência sexual, dentre outros.

Algumas vezes são solicitadas perícias toxicológicas para identificação de substâncias que não são comuns, dentro do elenco de possibilidades analíticas do laboratório forense. Nesses casos, há necessidade de avaliar as possibilidades científicas da perícia solicitada, estudar e - quando e se possível - desenvolver método que atenda à solicitação.

Os vestígios biológicos que serão encaminhados para perícias toxicológicas devem ser coletados em até 24 horas após a ocorrência, conforme as orientações a seguir.

8.3.1. Dosagem alcoólica



- **COLETA:**
4 ml de sangue venoso, em tubo contendo EDTA, e identificar com o nome completo da vítima.
- **ARMAZENAMENTO:**
em freezer ($\leq -20^{\circ}\text{C}$) até encaminhar ao Laboratório.
- **TRANSPORTE:**
em caixa plástica térmica com gelo reciclável.
- Encaminhar material com “Requisição de Perícia Toxicológica” **em até 15 dias após a coleta.**

8.3.2. Triagem toxicológica



- COLETA:
 - 2 tubos contendo 4 ml de sangue venoso /cada, em tubo com fluoreto de sódio, e identificar com o nome completo da vítima.
 - 1 frasco com urina e identificar com o nome completo da vítima.

- ARMAZENAMENTO:
 - em freezer ($\leq -20^{\circ}\text{C}$) até encaminhar ao Laboratório.



- TRANSPORTE:
 - em caixa plástica térmica com gelo reciclável.
- Encaminhar material com “Requisição de Perícia Toxicológica” **em até 15 dias** após a coleta.

Todas as amostras encaminhadas para perícia toxicológica devem estar acompanhadas da Requisição de Perícia Toxicológica (FIG. 2).

8.4. Bioquímica forense

A Seção de Bioquímica Forense é responsável pelas perícias relacionadas a:

- Crimes sexuais, através da pesquisa de sêmen em material coletado diretamente das vítimas, em vestes, preservativos e outros objetos, além da realização de teste imunológico de gravidez.
- Pesquisa de sangue em manchas e crostas de material diverso, bem como a determinação de sua origem, se humana ou não.
- Pesquisa de pelos.
- Preservação de amostras para confronto genético.

A pesquisa de sangue é realizada principalmente em casos de homicídio, agressão física e violência sexual. Neste caso, cabe à perícia responder as indagações sobre vestígios encontrados em cenas ou material de crimes, quanto à presença de sangue e se o mesmo pertence à espécie humana.

Em relação à pesquisa de sêmen, a perícia pode ser realizada em diversos tipos de material relacionados aos crimes de violência sexual. A presença de sêmen pode indicar a materialidade da violência e fornecer material genético do possível agressor para posterior exame de confronto genético. A pesquisa de sêmen pode ser realizada nos seguintes tipos de material:

Swabs coletados de várias regiões corpóreas, tais como: *swab* vaginal, *swab* anal, *swab* vulvar, *swab* oral ou *swab* coletado de outras regiões;

Amostras de vestes utilizadas pela vítima no momento da agressão, tais como: calcinha, calça, sutiã, blusa, entre outras;

Outro material coletado da cena do crime, tais como: lençol, fronha de travesseiro, preservativos, toalhas, papel higiênico, entre outros.

Os vestígios biológicos para pesquisa de sêmen devem ser coletados conforme as orientações a seguir.

8.4.1. Conteúdo vaginal, vulvar e anal

- **COLETA:** Coletar *swab* do fundo do saco vaginal, da região da vulva e da região anal.
- **IDENTIFICAÇÃO:** nome **completo** da vítima e tipo do material coletado - SV (*swab* vaginal), Svu (*swab* vulvar), SA (*swab* anal) (FIG. 3).
- **ARMAZENAMENTO:** na própria embalagem do *swab* em freezer ($\leq 20^{\circ}\text{C}$) até encaminhar ao Laboratório.
- **TRANSPORTE:** em caixa plástica térmica com gelo reciclável.
- Encaminhar material com “Seção de Bioquímica Forense - Requisição Clínica” (FIG. 7 E 8).

8.4.2. Conteúdo oral

- **COLETA:** Coletar *swab* por fricção na mucosa oral, principalmente nas regiões das bochechas, da gengiva e abaixo da língua.
- **IDENTIFICAÇÃO:** nome **completo** da vítima e tipo do material coletado - SO (*swab* oral) (FIG. 3).
- **ARMAZENAMENTO:** na própria embalagem do *swab* em freezer ($\leq 20^{\circ}\text{C}$) até encaminhar ao Laboratório.
- **TRANSPORTE:** em caixa plástica térmica com gelo reciclável.
- Encaminhar material com “Seção de Bioquímica Forense - Requisição Clínica” (FIG. 7 E 8).

8.4.3. Conteúdo de outras regiões do corpo

- **COLETA:** Umedecer o *swab* em soro fisiológico ou água destilada estéril e colher o material da região suspeita de conter algum vestígio de sêmen.

- IDENTIFICAÇÃO: nome completo da vítima e tipo do material - região do corpo coletada (FIG. 3).
- ARMAZENAMENTO: na própria embalagem do *swab* em freezer ($\leq 20^{\circ}\text{C}$) até encaminhar ao Laboratório.
- TRANSPORTE: em caixa plástica térmica com gelo reciclável.
- Encaminhar material com “Seção de Bioquímica Forense - Requisição Clínica” (FIG. 7 E 8).

Figura 3. Modelo de identificação dos *swabs* coletados da vítima



8.4.4. Vestes

- COLETA: Observar se as vestes estão secas, se estiverem úmidas deve-se deixar secar, em temperatura ambiente, sem utilização de fontes de calor artificial ou exposição ao sol. A umidade propicia um meio para crescimento de fungos e bactérias que podem degradar o material genético contido nas peças de roupa, prejudicando a realização da perícia. A Figura 4 apresenta alguns exemplos de vestes encaminhadas para perícia.
- IDENTIFICAÇÃO: nome completo da vítima e tipo do material - calcinha, calça, blusa, etc.
- ARMAZENAMENTO: individual em envelopes, sacos de papel ou caixas de papelão fechados (FIG. 5). **Nunca se deve utilizar embalagem plástica ou potes de vidro fechado** que possam reter umidade, favo-

recendo o crescimento de microorganismos que degradam o material genético contido nas peças de roupa.

- TRANSPORTE: em temperatura ambiente.
- Encaminhar material com “Seção de Bioquímica Forense - Requisição Clínica” (FIG. 7 E 8) e “Termo de Cessão” assinado pela vítima (FIG. 9)

Figura 4. Exemplos de vestes encaminhadas para perícia



Figura 5. Modelo de embalagem para armazenar vestes



8.4.5. Material de referência da vítima

- COLETA: 4 ml de sangue venoso, em tubo contendo EDTA, e identificar com o nome **completo** da vítima.
- ARMAZENAMENTO: em geladeira (entre 2 e 8°C) se for enviar o material para o laboratório em até 48 horas, em freezer (< -20°C) se for enviar o material após 48 horas.

- TRANSPORTE: em caixa plástica térmica com gelo reciclável.
- Encaminhar material com “Seção de Bioquímica Forense - Requisição Clínica” (FIG. 7 E 8).



As amostras de referência das vítimas são preservadas na forma de manchas de sangue para futuros exames de confronto genético, e armazenadas de maneira ordenada de modo a permitir a rastreabilidade do material preservado, conforme apresenta a FIGURA 6.

Figura 6. Preparo de manchas de sangue em cartão de preservação e armário de preservação

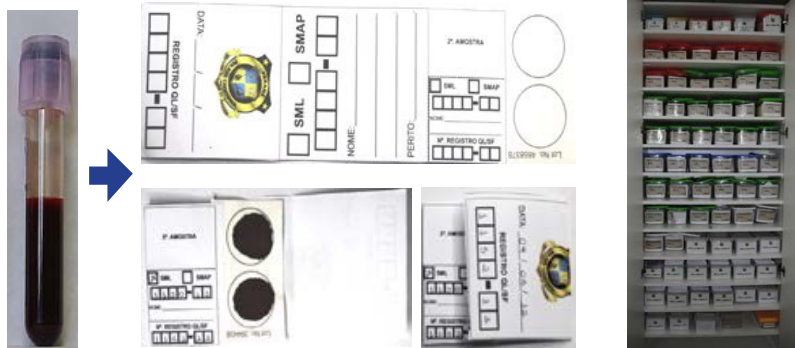


Figura 7. Seção de bioquímica forense. Requisição clínica (frente)



	SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA POLÍCIA CIENTÍFICA DIVISÃO DE LABORATÓRIOS SEÇÃO DE BIOQUÍMICA FORENSE	
REQUISIÇÃO CLÍNICA		
NOME: _____ IDADE: _____ anos SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F ESTADO CIVIL: _____ TEL CONTATO: () _____ - _____ DELEGACIA SOLICITANTE: _____ Tel: () _____ - _____ DATA/HORA OCORRÊNCIA: ____/____/____ - ____:____ h. Réu preso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
CARACTERÍSTICAS DO AGRESSOR: <input type="checkbox"/> Um <input type="checkbox"/> Vários.Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Conhecido.Quem? _____ <input type="checkbox"/> Parente.Qual? _____ TIPO ATO SEXUAL: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Ato libidinoso USO DE PRESERVATIVO: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim PROCEDIMENTOS ANTERIORES AO ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Ducha vaginal <input type="checkbox"/> Troca de roupas RELAÇÃO SEXUAL ANTERIOR: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.Com quem? _____ Data e hora: ____/____/____ ____:____ h		
BREVE HISTÓRICO: _____ _____ _____ _____		
MATERIAL COLETADO LOCAL DE COLETA: _____ DATA E HORA DE COLETA: ____/____/____ ____:____ h <input type="checkbox"/> Swab vaginal <input type="checkbox"/> Sangue (EDTA) – para preservação <input type="checkbox"/> Swab anal <input type="checkbox"/> Sangue (s/anticoagulante) – para B-HCG e doenças infecciosas <input type="checkbox"/> Swab vulvar <input type="checkbox"/> Vestes. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____		
PERÍCIAS SOLICITADAS <input type="checkbox"/> Pesquisa de sêmen <input type="checkbox"/> Pesquisa de sangue humano <input type="checkbox"/> B-HCG <input type="checkbox"/> Preservação de sangue para DNA Doenças infecciosas: () Hepatites B e C () HIV () Sífilis () Outras. Especificar: _____		
Dr.(a) _____ de _____ de _____. <small>Nome legível, assinatura e CRM do médico requisitante (Cidade)</small>		
PARA USO DA SEÇÃO: Transportado por: _____ Recebido por: _____ Entrada da Seção: ____/____/____ - ____:____ Perito QL: _____ PROTOCOLO: _____ REQ.CLINICA: _____ REP: _____ CASO: _____		

Figura 8. Seção de bioquímica forense. Requisição clínica (verso)

KIT β-HCG: Marca: _____ Lote: _____ Val: _____ Resultado: () neg () pos

O SANGUE FOI PRESERVADO? () Sim () Não

KIT PSA: Marca: _____ Lote: _____ Val: _____ Data calibração: ____/____/____

MATERIAL	RESULTADO ESPERMATOZOIDE	RESULTADO PSA	PRESERVAÇÃO () neg () pos Cx ____/____
Swab vaginal	Eosina () neg () raros () moder. () vários CT () neg () raros () moder. () vários	_____ng/ml () neg () pos	Posição ____-____
Swab anal	Eosina () neg () raros () moder. () vários CT () neg () raros () moder. () vários	_____ng/ml () neg () pos	Posição ____-____
Swab vulvar	Eosina () neg () raros () moder. () vários CT () neg () raros () moder. () vários	_____ng/ml () neg () pos	Posição ____-____
Vestes (especificar)	Eosina () neg () raros () moder. () vários CT () neg () raros () moder. () vários	_____ng/ml () neg () pos	Posição ____-____
Vestes (especificar)	Eosina () neg () raros () moder. () vários CT () neg () raros () moder. () vários	_____ng/ml () neg () pos	Posição ____-____
Vestes (especificar)	Eosina () neg () raros () moder. () vários CT () neg () raros () moder. () vários	_____ng/ml () neg () pos	Posição ____-____
Outros (especificar)	Eosina () neg () raros () moder. () vários CT () neg () raros () moder. () vários	_____ng/ml () neg () pos	Posição ____-____

OBSERVAÇÕES:

Figura 9. Termo de cessão que acompanha as vestes

TERMO DE CESSÃO

Aos _____ dias do mês de _____ de 20____, na cidade de _____, no(a) _____, onde se achava presente o médico perito Dr(a) _____, Compareceu _____, R.G. _____, a(o) qual forneceu a(s) peça(s) de vestuário abaixo descrita (s) que serão fotografadas pelo perito responsável pela perícia:

Obs.: a(s) peça(s) de vestuário acima descrita(s) teriam sido utilizadas pela vítima acima citada, quando da ocorrência da violência sexual no dia ____/____/____ e estão sendo entregues para que sejam encaminhadas ao Laboratório de Bioquímica Forense da Polícia Científica.

Médico Perito _____

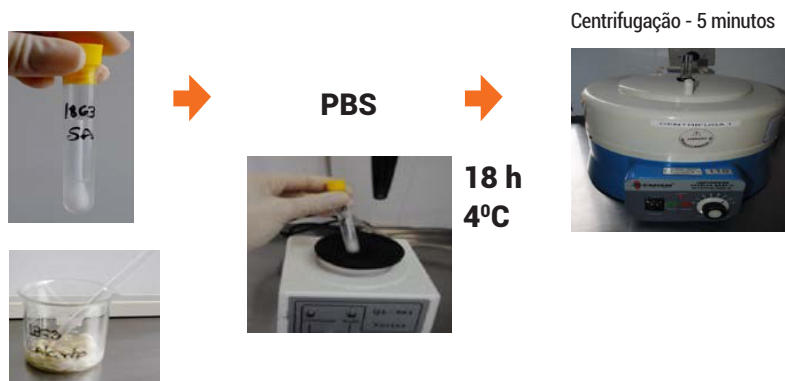
Vítima ou responsável _____

Testemunha _____

8.6. Metodologia de pesquisa de sêmen

A constatação de sêmen em manchas ou secreções é realizada através da verificação da presença de dois marcadores: espermatozoides, Antígeno Prostático Específico (PSA), ou ainda, pela presença de ambos.

A pesquisa de sêmen de material coletado de vítimas de violência sexual inicia-se pela extração do vestígio biológico do suporte onde se encontra (*swabs*, vestes e outros). A extração é realizada com a incubação do material em tampão fosfato salina (PBS) entre 18-24 horas sob-refrigeração (2-8°C), conforme esquema abaixo.



O material extraído é centrifugado para obtenção do sobrenadante onde é pesquisado o PSA, e do sedimento que é utilizado na pesquisa de espermatozoides. A metodologia utilizada, atualmente, para pesquisa de PSA é a técnica quantitativa ELFA (Reação Imunoenzimática com detecção por Fluorescência) e a pesquisa de espermatozoides é realizada por microscopia à fresco com corante eosina e por coloração Christmas Tree (FIG. 10).

Figura 10. Coloração de Christmas Tree (A) e Eosina (B)



B



A

Em se tratando de vestes, as mesmas são primeiramente descritas e foto documentadas para assegurar a cadeia de custódia. Em seguida, a peça é observada quanto à presença de manchas visíveis a olho nu, e posteriormente, com luz forense (470 nm) para observação de manchas fluorescentes. As manchas selecionadas são recortadas em pedaços menores e submetidas à extração, conforme esquema supracitado.

9 ABORTAMENTO LEGAL

Denis José Nascimento

9.1. Aspectos legais

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez destaca-se pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas que determina. A gestação indesejada ou forçada é encarada como uma segunda violência, intolerável para muitas mulheres.

A Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR além de ser referência terciária para a assistência às gestantes de alto risco do SUS, é referência para o atendimento das mulheres vítimas de violência sexual, por uma equipe multiprofissional, que envolve médicos tocoginecologistas, infectologistas, serviços de enfermagem, psicologia e assistência social. As que engravidam após o crime de estupro e desejam interromper a gestação, devem assinar o termo consentimento informado e esclarecido explicando todos os detalhes do procedimento, ou, quando incapaz, de seu representante legal. As vítimas encontram amparo e atenção nesta instituição, em obediência ao Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal (CP), crime tipificado no artigo 123 do Código Penal.

Código Penal, artigo 128, inciso II: não se pune o aborto praticado por médico se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Código Penal, art. 123: constringer a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça.

O Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde da Mulher, estabeleceu em sua Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Plano de Ação 2004-2007, em seus objetivos específicos, promover a atenção humanizada às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, incluindo os procedimentos recomendados para o abortamento legal, auxiliando os profissionais na organização dos Serviços e no desenvolvimento de atuação eficaz e qualificada nos casos de violência. O abortamento sentimental, humanitário ou ético, não é criminoso e constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas

Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

Também faz parte dessa assistência, o aborto necessário, do artigo 128, inciso I, que é a interrupção da gestação, quando não há outro meio de salvar a vida da gestante, avaliado por junta médica especializada do Serviço.

Os casos de abortamento em virtude de mal formação incompatível com a vida extra uterina, como a anencefalia, são também assistidos em nossa Instituição, em obediência à vontade da gestante e da decisão do Supremo Tribunal Federal de 12 de abril de 2012, que não considera crime o aborto de fetos anencefálicos.

9.2. Documentos exigidos/consentimento

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento sentimental, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Devese orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O CP afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à Polícia ou à Justiça.

9.2.1. Consentimento

É imprescindível o consentimento por escrito da mulher para a realização do abortamento em caso de violência sexual, que deve ser anexado ao prontuário médico. Neste documento constam todos os passos do procedimento e suas eventuais complicações e efeitos colaterais. O Código Civil estabelece que, a partir dos 18 anos, a mulher é considerada capaz de consentir sozinha para a realização do abortamento. Entre 16 e 18 anos, a adolescente deve ser assistida pelos pais ou pelo representante legal, que se manifestam com ela.

O consentimento do(a) representante legal também é necessário se a mulher, por qualquer razão, não tiver condição de discernimento e ex-

pressão de sua vontade, a exemplo das deficientes mentais. É desejável que conste no termo de consentimento a informação à mulher ou a seu representante legal da possibilidade de responsabilização criminal, caso as declarações prestadas forem falsas, conforme art. 299 do CP, sem prejuízo para a credibilidade da palavra da mulher. De qualquer forma, sempre que a mulher ou adolescente tiver condições de discernimento e de expressão de sua vontade, deverá também consentir. Também deverá ser respeitada a sua vontade se não consentir com o abortamento, que não deverá ser aplicado, ainda que os seus representantes legais assim o queiram.

A realização do abortamento não se condiciona à decisão judicial que ateste e decida se ocorreu estupro ou violência sexual. Portanto, a lei penal brasileira não exige alvará ou autorização judicial para a realização do abortamento em casos de gravidez decorrente de estupro. O mesmo cabe para o Boletim de Ocorrência Policial e para o laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do IML. Embora esses documentos possam ser desejáveis em algumas circunstâncias, a realização do abortamento não está condicionada à apresentação destes documentos. Não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento, caso a mulher não possa apresentá-los.

9.3. Objeção de consciência

É garantido ao médico a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento em casos de gravidez resultante de violência sexual. No entanto, é dever do médico informar à mulher sobre seus direitos e, no caso de objeção de consciência, deve garantir a assistência ao abortamento por outro profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional e os direitos humanos das mulheres. Cumpre ressaltar que não há direito de objeção de consciência em algumas situações excepcionais: 1) risco de morte para a mulher; 2) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) profissional que não o faça; 3) quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional; 4) no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência. É dever do Estado e dos gestores de saúde

manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei. Caso a mulher venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional.

9.4. Procedimentos de interrupção da gravidez

9.4.1. Determinação da idade gestacional (IG)

A estimativa da IG deve ser feita em semanas, calculadas a partir da DUM conhecida e de certeza, complementada pelo exame ginecológico e ultrassonografia (US), essencial e preciso na confirmação da IG, elemento importante para a escolha do método do abortamento e para estabelecer a concordância entre a IG e o período da violência sexual. Além disso, o exame clínico e a US são necessários para afastar a ocorrência de abortamento retido, gravidez ectópica ou gestação molar.

9.4.2. Condições preexistentes

A história clínica e o exame físico são essenciais para conhecer as condições de saúde da mulher e identificar doenças preexistentes que possam interferir na realização da interrupção da gravidez. Antecedentes de transtornos da coagulação, entre outras doenças, o uso de medicações ou de reações alérgicas a medicamentos devem ser investigados. A determinação do tipo sanguíneo, do fator Rh e hemograma são procedimentos de rotina. Outros exames complementares pré-operatórios podem ser solicitados, quando necessário.

9.4.3. Métodos de interrupção até 12 semanas de IG

Para a interrupção da gravidez até 12 semanas de IG, o método de escolha é a aspiração a vácuo intra-uterina, segundo a OMS e a FIGO. É procedimento seguro, rápido e eficiente. As complicações são excepcionais e, raramente, de gravidade relevante. Incluem infecção, o esvaziamento incompleto, sangramento excessivo, ou perfuração uterina. A Aspiração Ma-

nual Intra-Uterina (AMIU) é procedimento que utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre 4 e 12 mm, acopladas a seringa com vácuo de 60 cc, promovendo a raspagem e aspiração simultânea da cavidade uterina. A técnica pode ser realizada, grande parte das vezes, sem necessidade de dilatação cervical em gestações iniciais. Nas gestações de maior IG, deve-se fazer o preparo prévio com misoprostol, promovendo contrações uterinas e alterações cervicais que podem até evitar o uso de dilatadores de Hegar, que serão usados se necessário. O protocolo de uso do misoprostol, para indução de atividade uterina e modificações cervicais, para o primeiro e segundo trimestres, até a idade gestacional de 20 semanas, conforme diretrizes da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e Protocolo do Serviço de Obstetrícia - UFPR-HC, em casos de abortamento legal, enfatizando que a obediência a este protocolo, minimizará sobremaneira a possibilidade de eventos adversos:

Via de administração: **eminente vaginal (fundos de saco laterais)**

- **Até 7ª/ 8ª Semana** (56 dias de amenorréia):
800 microgramas: dois comprimidos em cada fórnice lateral da vagina, umedecidos os comprimidos com água. Se precisar repetição desta dosagem, será feita com intervalo de 24h.
- **Entre 9 e 10 semanas:** 400 microgramas ou 1 comprimido em cada fórnice lateral da vagina. Se precisar repetição desta dosagem, será feita com intervalo de 12h, durante 2 ou 3 dias.
- **> 12 semanas:** 200 microgramas 1 comprimido a cada 6 h, em fundo do saco vaginal, durante 2 ou 3 dias.

Os estudos farmacodinâmicos tem mostrado que o Misoprostol, quando administrado pela vagina, atinge níveis plasmáticos máximos em torno de uma hora após a sua aplicação, e mantém-se em valores bastante estáveis, por um mínimo de quatro horas.

Assim, quando se usam intervalos menores do que 6 horas, haverá níveis remanescentes da droga que se somarão à nova dose, o que explica a maior frequência de Síndrome da Hiperestimulação Uterina. Portanto, caso necessário, nova dose de misoprostol poderá ser administrada, via vaginal, a cada seis horas, de acordo com a idade gestacional em questão, com mínima incidência de efeitos colaterais.

A FIGO recomenda, em 2017, os seguintes regimes para uso do misoprostol (vsl: via sublingual; vo: via oral; vv: via vaginal; vb: via bucal, entre a bochecha):

< 13 semanas de gestação	13–26 semanas de gestação
<p>Interrupção da gravidez^{a,b,1} 800 µg VSl a cada 3 horas ou VV^c/VB a cada 3–12 horas (2–3 doses)</p>	<p>Interrupção da gravidez^{1,2,6} 13–24 semanas: 400 µg VV^c/VSl/VB a cada 3 horas^{2,6} 25–26 semanas: 200 µg VV^c/VSl/VB a cada 4 horas⁷</p>
<p>Aborto retido^{a,2} 800 µg VV^c a cada 3 horas (x2) ou 600 µg VSl a cada 3 horas (x2)</p>	<p>Morte fetal^{1,6,12,6} 200 µg VV^c/VSl/VB a cada 4–6 horas</p>
<p>Aborto incompleto^{a,2,2,6} 600 µg VO (x1) ou 400 µg VSl (x1) ou 400–800 µg VV^c (x1)</p>	<p>Aborto inevitável^{2,2,2,2,6,7} 200 µg VV^c/VSl/VB a cada 6 horas</p>
<p>Preparação cervical para aborto cirúrgico⁶ 400 µg VSl 1 hora antes do procedimento ou VV^c 3 horas antes do procedimento</p>	<p>Preparação cervical para aborto cirúrgico⁶ 13-19 semanas: 400 µg VV 3–4 horas antes do procedimento > 19 semanas: tem que ser combinado com outras modalidades</p>

9.4.4. Alívio da dor

É fundamental que a equipe de saúde garanta alívio apropriado para a dor em cada tipo de procedimento de interrupção da gravidez. A inadequação do controle da dor provoca sofrimento desnecessário e injustificado, e aumenta o dano emocional e o risco de complicações. Em todos os tipos de abortamento, seja na indução farmacológica, seja no esvaziamento uterino, deve-se proceder com escolha criteriosa do método de alívio da dor. Geralmente são necessárias medidas de maior intervenção, que utilizem procedimentos específicos de anestesia ou analgesia, respeitando-se a escolha da mulher, fragilizada emocionalmente em virtude da violência que sofreu.

Em condições favoráveis, mulheres que apresentem gestações iniciais e com satisfatória interação com a equipe de saúde, podem ser tratadas com

apoio verbal e anestesia paracervical, especialmente nos casos de indicação e disponibilidade da técnica de AMIU. A anestesia local ou bloqueio paracervical é realizada utilizando-se lidocaína 1%, sem vasoconstritor, injetando-se lentamente o anestésico na transição do colo com a mucosa vaginal, às 5 e 7h, com agulha calibre 23 ou de insulina, a uma profundidade de 3 a 5 mm, na quantidade de 5-8 ml em cada ponto, com o cuidado de evitar a injeção intravenosa do anestésico. A associação de drogas tranquilizantes, como o diazepam ou midazolam, é desejável quando há elevada ansiedade.

Nas situações em que a IG é superior a 12 semanas, o uso de analgésicos narcóticos, petidina ou morfina, pode ser necessário durante o período de indução do esvaziamento uterino, para alívio da dor provocada pela contração uterina e dilatação cervical. Melhor será a anestesia geral com propofol durante o esvaziamento uterino com curetas, com a equipe de anesthesiologia.

9.4.5. Profilaxia de infecção

A infecção do trato genital inferior no momento do abortamento deve ser valorizada, na medida em que constitui importante fator de risco para infecções mais severas após o procedimento. Existindo sinais clínicos ou testes complementares sugestivos ou compatíveis com infecção, é necessário o tratamento apropriado antes da interrupção. Na ausência dessas condições, o uso profilático de antibióticos deve ser considerado. A violência sexual associa-se com taxas elevadas de aquisição de DST e há evidências de que a profilaxia reduz expressivamente o risco de infecção pós-procedimento.

9.4.6. Cuidados com coleta e guarda de material

Recomenda-se que amostras do material embrionário ou placentário do abortamento sejam guardadas para eventual investigação de DNA, mediante solicitação do Poder Judiciário, pois constitui prova médico-legal e de grande importância na violência sexual, tanto para comprovação do crime, como para a identificação do agressor. Cerca de 95% dos agressores não são condenados por falta de provas materiais. Material do conteúdo vaginal, anal ou oral deve ser coletado por meio de *swab* ou similar, sendo acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado,

preferentemente em ambiente climatizado. Nos serviços que dispõem de congelamento do material, a medida poderá ser adotada.

O material não deve ser acondicionado em sacos plásticos que, por manterem umidade, facilitam a proliferação bacteriana que destrói células e DNA. Deve-se abolir o uso de fixadores, incluindo-se álcool e formol, pela possibilidade de desnaturar o DNA. O material ficará arquivado no serviço, em condições adequadas, à disposição do Poder Judiciário.

9.4.7. Isoimunização pelo fator Rh

Nas mulheres Rh negativas, deve-se administrar 1 ampola de imunoglobulina anti-Rh, Matergan ou Partogama. Antes da 12ª semana de gravidez: 120 - 150 mg (600 - 750 UI), dentro de 72 horas do evento. Após a 12ª semana de gravidez: 250 - 330 mg (1.250 - 1.650 UI), dentro de 72 horas do evento. Caso a apresentação seja de 250 ou 300 microgramas, esta deverá ser administrada via IM, até 72h da interrupção da gravidez para as mulheres com teste de Coombs indireto negativo.

9.4.8. Alta hospitalar e seguimento

A mulher pode receber alta hospitalar assim que capaz, com sinais vitais estáveis e ao término da recuperação anestésico, se houver. Na ocasião da alta hospitalar, deve ser informada sobre sinais e sintomas comuns ao período de recuperação. Sangramento vaginal de menor ou igual volume ao menstrual pode ocorrer por vários dias. Cólicas abdominais, geralmente de intensidade tolerável, podem estar presentes nos primeiros dias e deverá receber prescrição com analgésicos e antiespasmódicos.

Poderá retornar às atividades cotidianas em poucos dias e o período de afastamento necessário deverá ser avaliado em cada caso. A primeira consulta médica deve ser realizada entre 7 a 10 dias do procedimento. Devem ser orientadas a retornar ao serviço de saúde em qualquer momento se ocorrer febre, dor abdominal ou sangramento vaginal de maior volume. A equipe de saúde deve colocar ênfase na necessidade de retorno da mulher para receber as medidas de atenção, principalmente para completar a investigação de DST/HIV/HEPATITES.

9.5. Anexos

ABORTO PREVISTO EM LEI - CRIME DE ESTUPRO

DOCUMENTOS UTILIZADOS NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS-UFPR, PARA A EFETIVAÇÃO DOS ABORTAMENTOS PREVISTOS NA LEGISLAÇÃO DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, ART. 128, INCISO II.

ANEXO 1. RELATO DO OCORRIDO PELA VÍTIMA E TERMO DE RESPONSABILIDADE (PREVISTO NA PORTARIA 1.508). DESCREVA DE PRÓPRIO PUNHO TUDO QUE ACHAR NECESSÁRIO.

Abaixo, descrevo o que aconteceu por ocasião da violência sexual e o meu pedido de abortamento, por considerar que a gravidez foi resultado da violência sexual. Todas as informações abaixo prestadas correspondem à legítima expressão da verdade e sou totalmente responsável por elas.

ANEXO 2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, INFORMADO E ESCLARECIDO

IMPORTANTE: LEIA ESTE DOCUMENTO COM ATENÇÃO E DEPOIS ELE DEVE SER ASSINADO POR VOCÊ.

A ASSINATURA SERÁ FEITA NA PRESENÇA DE PELO MENOS UM DOS FUNCIONÁRIOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (MÉDICO, ENFERMEIRO, PSICÓLOGO E ASSISTENTE SOCIAL) DO SETOR DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, DENTRO DO HOSPITAL, COM APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE REGISTRO GERAL (RG), QUE SERÁ FOTOCOPIADO E ANEXADO AO SEU PRONTUÁRIO. ESTE DOCUMENTO NÃO PODERÁ SER LEVADO PARA FORA DO HOSPITAL.

Eu, _____, vítima do crime de estupro com gestação subsequente, fui informada e bem esclarecida, em palavras adequadas para a minha compreensão e grau de instrução, a respeito do procedimento de abortamento legal, em obediência ao ARTIGO 128, inciso II do Código Penal Brasileiro, a ser realizado pelo Serviço de Obstetrícia do HC-UFPR.

Declaro também que fui esclarecida e informada a respeito dos riscos, listados abaixo, deste procedimento.

Os riscos inerentes ao procedimento poderão determinar agravos à minha saúde, seja através de substâncias indutoras da atividade contrátil do útero (remédios que provocam dor e causam o aborto como o misoprostol),

seja pelo uso de substâncias anestésicas (para reduzir ou retirar a dor) e pelos procedimentos cirúrgicos de esvaziamento uterino.

RISCOS INERENTES AO PROCEDIMENTO DE ABORTAMENTO LEGAL

1. Náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, hipertonia-taquihipersistolia (aumento da frequência-intensidade da dor), óbito fetal intra-útero, com o uso do misoprostol.
2. Risco de hemorragia uterina, com necessidade de hemotransusão (transusão de sangue).
3. Risco de choque anafilático (reação alérgica) pelo uso de substâncias anestésicas.
4. Risco de infecção hospitalar e septicemia (infecção generalizada).
5. Risco de morte.
6. Defloramento (perda da virgindade) em caso de hímen complacente (aquele que permanece íntegro mesmo após várias relações sexuais).
7. Possibilidade de realização de parto operatório cesariano e retirada do útero, caso haja hemorragia (sangramento) incontrolável, apesar de todos os medicamentos administrados para o controle dela.
8. Risco de mastite puerperal (infecção das mamas), depressão e psicose (doença mental) pós-aborto, esterilidade futura (não poder ter filhos no futuro).

Declaro que estou ciente de que me é garantido o direito ao sigilo das informações prestadas, exceto em caso de requisição judicial.

CONSINTO QUE O PROCEDIMENTO SEJA REALIZADO E MANTENHO O FIRME PROPÓSITO DE ME SUBMETTER AO PROCEDIMENTO DE ABORTAMENTO

LEGAL, APÓS ESCLARECIMENTO DE TODOS OS RISCOS INFORMADOS A MIM PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL. DECLARO TAMBÉM QUE A MIM FOI OFERECIDA A OPÇÃO DE MANTER A GRAVIDEZ E SER ATENDIDA NO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS. DO MESMO MODO, FUI ORIENTADA PARA A POSSIBILIDADE DE, SE A GRAVIDEZ CONTINUASSE, DAR A CRIANÇA PARA ADOÇÃO.

Nome/Assinatura da Vítima de Violência Sexual

RG:

ANEXO 3. COMISSÃO TÉCNICA DE AVALIAÇÃO DE PEDIDO DE ABORTAMENTO LEGAL PELO CRIME DE ESTUPRO

A comissão técnica reuniu-se no dia ___/___/___, na sala de reuniões da maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR, composta pelos representantes do Hospital de Clínicas da UFPR, eventualmente também por outros profissionais especialistas, abaixo assinados, a fim de cumprir o disposto no artigo 128, inciso II do Código Penal Brasileiro. Nesta data foi analisado o pedido de aborto da Sra _____, como consta no prontuário número _____, avaliado por equipe multiprofissional.

Após a análise da circunstância da ocorrência, bem como dos aspectos psicossociais da paciente, fornecidos pelos Serviços de Psicologia e Assistência Social, da equipe de atendimento à mulher vítima de violência sexual do Hospital de Clínicas - UFPR, os representantes da comissão foram unânimes no entendimento da procedência do pedido realizado pela paciente e na aprovação do mesmo.

Chefe do Departamento de Tocoginecologia da UFPR

Chefe do Serviço de Obstetrícia da UFPR

Chefe do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual

Psicólogo do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual

Assistente Social - Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual

Infectologista do Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual

Outros profissionais (nominar)

ANEXO 4. ENCAMINHAMENTO DA PACIENTE AO PLANTÃO

AO SERVIÇO DE PLANTÃO OBSTÉTRICO DO HC - UFPR.

Prezado Chefe do Plantão:

Estamos encaminhando a Sra _____
_, RG número _____ com gestação oriunda do crime de estupro, para interrupção da gestação, em respeito ao Artigo 128, Inciso II do Código Penal.

Informamos que este procedimento é de responsabilidade institucional, com a participação de uma equipe multiprofissional do HC-UFPR, responsável pelo atendimento às mulheres Vítimas de Violência Sexual (vvs), representada pelo chefe e por professores do departamento de Tocoginecologia e Serviços de Psicologia, Enfermagem, Infectologia e Assistência Social. Este parecer técnico encontra-se anexado ao prontuário médico, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pela vítima do crime de estupro. Lembramos que o Boletim de Ocorrência não é exigido para o atendimento ao abortamento legal, embora sempre recomendamos às vítimas de violência sexual que o façam, por ser a peça processual de comunicação do fato à autoridade policial, que dará ensejo à investigação criminal.

Assim sendo, este ato médico tem total respaldo do HC-UFPR. A responsabilidade do corpo clínico plantonista, aquiescente com este procedimento amparado pela lei, é com a assistência ao trabalho de abortamento e expulsão do produto conceptual e também com a realização de curetagem uterina evacuadora, quando julgada necessária.

Encaminhamos para seu conhecimento o protocolo de uso do misoprostol, para indução de atividade uterina e modificações cervicais, para o

primeiro e segundo trimestres, até a idade gestacional de 22 semanas, conforme diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e Protocolo do Serviço de Obstetrícia - UFPR-HC, em casos de abortamento legal, enfatizando que a obediência a este protocolo minimizará sobremaneira a possibilidade de eventos adversos.

Via de administração: eminentemente vaginal (fundos saco laterais)

- Até 7^a/8^a Semana (56 dias de amenorréia): 800 microgramas: dois comprimidos em cada fórnice lateral da vagina, umedecidos os comprimidos com água. Se precisar repetição desta dosagem, será feita com intervalo de 24h.
- Entre 9 e 10 semanas: 400 microgramas ou 1 comprimido em cada fórnice lateral da vagina. Se precisar repetição desta dosagem, será feita com intervalo de 12h, durante 2 ou 3 dias.
- \geq 12 semanas: 200 microgramas 1 comprimido a cada 6 h, em fundo do saco vaginal, durante 2 ou 3 dias.

Os estudos farmacodinâmicos tem mostrado que o Misoprostol, quando administrado pela vagina, atinge níveis plasmáticos máximos em torno de uma hora após a sua aplicação, e mantém-se em valores bastante estáveis, por um mínimo de quatro horas.

Assim, quando se usam intervalos menores do que 6 horas, haverá níveis remanescentes da droga que se somarão à nova dose, o que explica a maior frequência de Síndrome da Hiperestimulação Uterina. Portanto, caso necessário, nova dose de misoprostol poderá ser administrada, via vaginal, a cada seis horas, de acordo com a idade gestacional em questão, com mínima incidência de efeitos colaterais.

Assinatura do Chefe do Departamento de Tocoginecologia

Assinatura do Chefe do Serviço de Obstetrícia do HC

Assinatura do Chefe do Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual do HC

ANEXO 5: TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Local e Data: _____

Nome, identificação e assinatura.

ANEXO 6: USO DO MISOPROSTOL EM DIFERENTES SITUAÇÕES SEGUNDO A FIGO

 <p>MISOPROSTOL SOZINHO REGIMES RECOMENDADOS 2017</p>	<p>Use pós-parto</p>
<p>< 13 semanas de gestação</p>	<p>> 26 semanas de gestação⁸</p>
<p>Interrupção da gravidez^{1,2,3,4} 800 µg VV^a a cada 3 horas ou 200 µg VV^a/VB a cada 3-12 horas (2-3 doses)</p>	<p>Interrupção da gravidez^{1,2,3,4} 13-24 semanas: 400 µg VV^a/VSI/VB a cada 3 horas^{5,6} 25-26 semanas: 200 µg VV^a/VSI/VB a cada 4 horas⁶</p>
<p>Aborto retido^{2,7} 800 µg VV^a a cada 3 horas (x2) ou 600 µg VSI a cada 3 horas (x2)</p>	<p>Interrupção da gravidez^{1,2,3,4} 27-28 semanas: 200 µg VV^a/VSI/VB a cada 4 horas⁶ > 28 semanas: 100 µg VV^a/VSI/VB a cada 6 horas</p>
<p>Preparação cervical para aborto cirúrgico⁸ 400 µg VSI 1 hora antes do procedimento ou 200 µg VV^a 3 horas antes do procedimento</p>	<p>Morte fetal^{1,2,3,4,5,6,8} 200 µg VV^a/VSI/VB a cada 4-6 horas</p> <p>Aborto inevitável^{2,3,4,5,6,7} 200 µg VV^a/VSI/VB a cada 6 horas</p> <p>Preparação cervical para aborto cirúrgico⁸ 15-19 semanas: 400 µg VV^a 3-4 horas antes do procedimento > 19 semanas: tem que ser combinado com outras modalidades</p>
<p>Aborto incompleto^{2,3,4} 600 µg VO (x1) ou 400 µg VSI (x1) ou 400-800 µg VV^a (x1)</p>	<p>Morte fetal^{1,2} 27-28 semanas: 100 µg VV^a/VSI/VB a cada 4 horas⁶ > 28 semanas: 25 µg VV^a a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas⁸</p> <p>Indução do parto^{2,3,4} 25 µg VV^a a cada 6 horas ou 25 µg VO a cada 2 horas</p>
<p>Preparação da hemorragia pós-parto (HPP)^{1,2,3,4} 600 µg VO (x1) ou prevenção secundária da HPP^{1,2} (perda de sangue aprox. ≥ 350 ml) 800 µg VSI (x1)</p>	<p>Tratamento da HPP^{1,2,3,4} 800 µg VSI (x1)</p>
<p>Referências</p> <ol style="list-style-type: none"> WHO Clinical Practice Guidelines for safe abortion, 2014 WHO Clinical Practice Guidelines for safe abortion, 2014 Gonzalez-Duanyan et al. LUGO, 2007 Sikav et al. Human Reproduction, 2015; Kopp et al. Contraception, 2010 Diabetes of Systemic Infections, 2010 Perist et al. Contraception, 2013 Mare et al. LUGO, 2015 WHO Recommendations for induction of labour, 2011 WHO Recommendations for induction of labour, 2011 Baghban et al. B.MJ, 2015 FIGO Guidelines: Treatment of PPH with misoprostol, 2012 <p>Notas</p> <ol style="list-style-type: none"> Se a misoprostol estiver disponível (preferencial), siga o regime posológico prescrito para mifepristona + misoprostol Se a misoprostol não estiver disponível, siga o regime posológico prescrito para mifepristona + misoprostol No caso de aborto incompleto, inevitável, a mulher deve receber um tratamento baseado em seu tamanho uterino e não na idade gestacional determinada por data da última menstruação (DUM) Se a mulher não tiver recebido a dose adicional, ela deve receber a dose adicional imediatamente após a administração da dose adicional, caso a placenta não tenha sido expulsa 30 minutos após a expulsão fetal Se a mulher não tiver recebido a dose adicional, ela deve receber a dose adicional imediatamente após a administração da dose adicional, caso a placenta não tenha sido expulsa 30 minutos após a expulsão fetal Vitros embriões congelados são armazenados em uma caixa de isopentano resfriado a -196°C. Se a caixa de isopentano não estiver resfriada, os embriões podem sofrer danos e não devem ser utilizados para reprodução humana Inclua o nome da instituição de saúde e o endereço de contato para obter mais informações Se a mulher não estiver recebendo a dose adicional, ela deve receber a dose adicional imediatamente após a administração da dose adicional, caso a placenta não tenha sido expulsa 30 minutos após a expulsão fetal Se a mulher não estiver recebendo a dose adicional, ela deve receber a dose adicional imediatamente após a administração da dose adicional, caso a placenta não tenha sido expulsa 30 minutos após a expulsão fetal Se a mulher não estiver recebendo a dose adicional, ela deve receber a dose adicional imediatamente após a administração da dose adicional, caso a placenta não tenha sido expulsa 30 minutos após a expulsão fetal Se a mulher não estiver recebendo a dose adicional, ela deve receber a dose adicional imediatamente após a administração da dose adicional, caso a placenta não tenha sido expulsa 30 minutos após a expulsão fetal <p>Via de administração VV^a: via vaginal VO: oral VSI: sublingual (por baixo da língua) VB: bucal (entre a bochecha) + Escova/VV^a (via vaginal) ou caso de hemorragia e/ou sinais de infarto</p> <p>A via oral não está incluída como opção de administração devido ao risco de desconforto gastrointestinal e/ou vômito, o que pode afetar a absorção do medicamento.</p>	

9.6. Referências

- 1) Brasil. Ministério da Saúde. Norma técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos - Caderno nº 6, 3ª edição. Brasília - DF, 2012.
- 2) Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos - Caderno nº 6. Brasília - DF, 2005.
- 3) Brasil. Ministério da Saúde. Aspectos Jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos - Caderno nº 7. Brasília - DF, 2005.
- 4) FEBRASGO. Interrupção da Gestação...O papel da FEBRASGO. Ano 6 N° 02 - Jornal da FEBRASGO. Março, 1999.
- 5) FEBRASGO. Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei - Manual de orientação. 2004.

10 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR E O PROCESSAMENTO DAS FICHAS DE VIOLÊNCIA - PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

*Adeli Regina Przybicien de Medeiros
Ana Helena Del Grossi de Paula e Silva
Cristina Garcia Beckert Batista
Fabiana Costa de Senna Ávila Farias
Sabrina Mariana Libonati*

Após a conclusão do atendimento pelo Serviço Social, as fichas de notificação de violência doméstica, sexual ou outras violências do MS são registradas em livro próprio daquele serviço e encaminhadas ao Serviço de Epidemiologia, que recebe as notificações, avalia e digita os casos no Sistema Nacional de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN).

O Serviço preocupa-se com a qualidade das informações e a verificação da consistência entre o relato descrito e o que foi preenchido nos campos da ficha de notificação, visto que a ficha passa por vários profissionais até o encerramento do caso.

Inicialmente, imprime-se o cadastro do paciente e atribui-se um número de notificação. Em seguida, procede-se à avaliação da ficha campo a campo para preenchimento de dados faltantes e correção daqueles considerados inconsistentes.

10.1. Dados Gerais

- **Critério nº 3 (data da notificação):** campo obrigatório.
- **Critério nº 8 (unidade de saúde):** nunca preencher.
- **Critério nº9 (data da ocorrência da violência):** quando não dispor desta data, averiguar dados contidos no relato da história ou adota a data da notificação da ficha. Quanto tratar-se de violência crônica ou de repetição, utilizar a data da última ocorrência.

10.2. Notificação Individual

- Critério nº 10 (nome):** o campo “nome” deve ser preenchido com o que consta da identidade, sem abreviaturas. Quando tratar-se da ficha de um recém-nascido (RN), dar o tratamento de toda a ficha para RN, ou seja, vários campos como escolaridade, situação conjugal, orientação sexual e identidade de gênero serão automaticamente preenchidos pelo sistema como “não se aplica” e deverão ser devidamente observados e corrigidos durante análise de consistência. Não é permitido conferir à ficha do RN um caráter ambíguo, ou seja, nunca se deve preencher os campos com informações da mãe, salvo nos dados do provável autor da agressão (critérios 60, 61, 62, 63 e 64).

NOTIFICAÇÃO DE GESTANTES				
	Nome	Notifica?	DIGITA NO SINAN?	OBS.:
Quando a gestante é vítima de violência	Nome da gestante	SIM	SIM	
Quando a gestante é a violadora de direitos do feto (VIOLÊNCIA FETAL)	Feto de nome da gestante	SIM	NÃO	Será digitado pela SMS

- Critério nº 13 (sexo):** é o que consta no documento de identidade; subsequente haverá campos específicos para as identidades de gênero.
- Critério nº 14 (gestante):** atentar para a idade da vítima: se esta encontrar-se em idade fértil - preconizada pelo Ministério da Saúde de 10 anos até 49 anos de idade - deverá obrigatoriamente ser preenchido se a mesma está ou não grávida. Se a vítima contar com idade incompatível com gravidez ou for do sexo masculino, utilizar a opção “não se aplica” (nº 6).
- Critério nº 15 (raça e cor):** preenchê-lo lembrando de que, segundo a orientação do IBGE, é autodeclarada. Evitar a opção 9 “ignorado”, pois

trata-se de dado estatístico importante, devendo haver diferenciação entre as cores preta e parda. Caso não se disponha da informação, utilizar o dado presente no cadastro institucional.

- **Critério nº 16 (escolaridade):** interrogar na hora do atendimento ou completar com dados disponíveis no SIH (Sistema de Informação Hospitalar). Para pessoas com idade igual ou inferior a 5 anos, o campo dever ser preenchido como “não se aplica” (nº 10).
- **Critério nº 18 (nome da mãe e do pai):** quando a vítima é uma criança que reside com os avós, não preencher, em hipótese alguma, seus nomes no espaço destinado à identificação da mãe e do pai. Nestes campos devem ser preenchidos somente os nomes do pai e da mãe da criança.

10.3. Dados de residência

Em muitos casos, o endereço descrito na ficha não condiz com o endereço do cadastro, neste caso, não deve ser feita a correção, valendo sempre o informado no momento do preenchimento da ficha, pois pode ser uma medida de proteção à vítima;

- **Critério nº 31 (área rural/urbana/periurbana):** sempre proceder ao preenchimento evitando ao máximo deixá-lo como ignorado.

10.4. Dados da pessoa atendida

- **Critério nº 33 (nome social):** preencher com o nome que a pessoa usa no cotidiano (independente da idade). O nome social é utilizado por travestis e transexuais, através do qual se reconhecem e são reconhecidos em seu meio social.
- **Critério nº 34 (ocupação):** durante o atendimento, coletar este dado e atentar para que seja preenchido com a função completa (lembrar que APOSENTADO é condição). Estudantes entre 14 e 16 anos devem ser classificados como menores aprendizes e aqueles acima de 16 anos

como estagiários. Pessoas acima de 18 anos de idade sem nenhuma ocupação devem ser consideradas desempregados crônicos. No caso de vítimas com idade igual ou inferior a 16 anos sendo descritos como tendo qualquer ocupação que não seja a escolar ou de aprendiz (14 a 16 anos), deve-se suspeitar de trabalho infantil e deverá ser relatada a profissão exercida na ficha de notificação, no campo para a descrição da ocorrência e preenchido o campo 56 com esta informação.

- **Critério nº 35 (situação conjugal/estado civil):** sempre que a vítima possuir idade igual ou inferior a 9 anos de idade, o preenchimento deverá ser feito como “não se aplica” (8). Acima desta idade, o campo deverá ser preenchido com uma das demais opções.
- **Crítérios nº 36 e nº 37 (orientação sexual e identidade de gênero):** escolher a opção correspondente à orientação sexual e à identidade de gênero autodeclarada pela vítima quando esta for maior ou igual a 10 anos.
- **Crítérios nº 38 e nº 39 (deficiência/transtorno):** a informação sobre a existência de algum tipo de deficiência/transtorno é complementado pelo campo 39 que especifica o seu tipo, desde que a mesma seja diagnosticada. Quando não se trata de deficiência/ transtorno, o campo deve ser preenchido com o número 2 - “não”. Neste caso, quando da digitação no SINAN, o campo 39 será automaticamente preenchido com 8 - “não se aplica”. Se a vítima for dependente química (usuária de drogas ilícitas) ou etilista, tratar como transtorno mental no momento do preenchimento, utilizando a opção sim (1).

10.5. Dados da ocorrência

- **Crítério nº 52 (local de ocorrência):** este campo possui dez opções: a de número 1 - “Residência” não é específica para a residência da vítima, é para qualquer residência na qual tenha ocorrido a violência. Lembremos que hospitais são classificados como “comércio/serviço” (opção 7).

- **Critério nº 54 (sobre se a lesão foi autoprovocada):** refere-se aos casos em que a vítima provocou agressão contra si mesma, mutilou-se, tentou suicídio ou suicidou-se. Quando este é preenchido com 1 - “sim”, o quadriculo “OUTROS” do campo 56 (Tipo de violência) deve ser completado com 1 - “sim” e especificado se houve tentativa de suicídio ou suicídio;

10.6. Tipologia da violência (Tipos de violência):

Refere-se ao motivo pelo qual a vítima procurou o Hospital de Clínicas. MESMO EM CASOS DUVIDOSOS, deve ser marcada a suspeita principal e NUNCA deve ficar ignorado.

- **Critério nº 55 (motivação da violência):** preencher os quadriculos com o código correspondente à motivação da violência; nos casos de violência sexual e negligência será preenchida a opção “outros” (9).
- **Critério nº 56 (tipos de violência):** Ao preencher deverá ser minuciosamente avaliado todo o contexto da história e optado pelo tipo de violência mais grave ocorrido contra a vítima, mesmo que tenham ocorrido outras concomitantemente à principal. “Violência física” só é assinalada se houve intenção de ferir, lesar, provocar dor ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes; “violência psicológica/moral” inclui a injúria, a difamação e a calúnia”; trabalho infantil” somente para crianças abaixo de 14 anos (lembrando que de 14 a 16 anos somente é permitida atuação como aprendiz); “intervenção legal” quando a vítima sofre violência/abuso de policiais e/ou autoridade. Subcampo E do campo 56 - “se negligência de”: Estrutural - aplica-se para casos de família, diretriz de acompanhamento, política pública;
- **Critério nº 57 (meio de agressão):** Preencher todos os quadriculos e lembrar de que um mesmo caso pode ter mais de um meio de agressão. Quanto ao subcampo “natureza da violência” especificar se trata-se de violência doméstica, extrafamiliar, autoagressão, institucional ou fetal.

10.7. Violência sexual

- **Critério nº 59 (procedimento realizado):** dúvidas podem ocorrer entre as opções “Aborto previsto em lei” e “Contracepção de emergência”, sendo esta última realizada no máximo 72 horas após a relação sexual, assim como as profilaxias de DST’s. Nos casos de violência sexual, no subcampo “G” (natureza da lesão), será utilizada a opção “outros” (11), preenchendo no espaço destinado a sigla “ws” (Vítima de Violência Sexual) e no subcampo “H” (parte do corpo atingida) será utilizada a opção “órgãos sexuais/ânus” (10). Casos de negligência terão esses subcampos preenchidos com a opção “não se aplica” (88).

10.8. Natureza da lesão e parte do corpo atingida

- Se além da lesão principal houver mais que uma lesão, descrever no campo destinado ao relato da ocorrência.

10.9 Dados do provável autor da violência

- **Critérios nº 60 e nº 61 (número de envolvidos e vínculo/relação/grau de parentesco com a pessoa atendida):** nos casos de negligência de RN e crianças, sempre marcar Pai e Mãe como agressores, podendo ser selecionados mais de um agressor e vínculo/grau de parentesco.

10.10. Ciclo do provável autor da violência

- Especificar idade do autor principal, quando tratar-se de mais de um.

10.11. Encaminhamentos

No campo 65 (encaminhamento) preencher o quadrículo “Rede da Saúde” tratando-se de casos internados (tentativa de suicídio e intoxicação exógena) ou ambulatoriais:

- a. Quando for menor de 18 anos é encaminhado para o Conselho Tutelar (criança/adolescente).
- b. Quando a vítima for mulher, é encaminhada para a Delegacia da Mulher.
- c. No caso do HC, o próprio IML desloca-se para o Pronto Atendimento da Maternidade quando o período entre a violência e o atendimento for inferior a 72 horas. Neste caso, deve ser sempre assinalado 1 - “Sim” para o referido serviço e, se possível, citá-lo no “Breve Relato da Ocorrência”. Quando o período for superior a 72 horas ou tratar-se de violência crônica, preencher 2 - “Não”. Neste caso, a vítima fará exame no próprio IML.

10.12 Dados finais

- **Critério nº 66 (violência relacionada ao trabalho):** sempre que a história relatada referir-se à ocorrência da violência durante o trajeto para o trabalho e/ou trabalho-casa ou em ambiente de trabalho, deverá ser preenchida esta opção como (1) até duas horas antes ou após o trabalho.
- **Critério nº 69 (data do encerramento):** deverá ser igual à data de notificação.

10.13. Breve relato da ocorrência

Sem o relato é impossível avaliar a ficha e realizar as possíveis correções. Se este vier em branco, é preciso encaminhar novamente a ficha de notificação para o Serviço Social para seu preenchimento.

Após todo o preenchimento e avaliação, a ficha é conferida e digitada, e, na sequência segue para a Secretaria Municipal de Saúde por meio do Distrito Sanitário Matriz.

Destaca-se que a análise das notificações baseia-se no relato, o qual precisa ser o mais fiel possível, não havendo espaço para julgamentos ou dúvi-

das quanto à história contada pela vítima. Presume-se sempre a veracidade dos registros.

A experiência advinda da análise da ficha de notificação de violência tem contribuído para o aprimoramento da qualidade das informações do SINAN, ferramenta de registro e análise de informações epidemiológicas para a instituição e para o sistema de saúde.

11 O abortamento à luz do direito

Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski

A tolerância é o preço que temos de pagar por nossa aventura de liberdade. Por nosso amor pela liberdade e pela dignidade, estamos comprometidos a viver em comunidades nas quais não se considera que nenhum grupo é inteligente, religioso ou numeroso o bastante para decidir questões essencialmente religiosas que dizem respeito a todos os demais. Se tivermos uma preocupação verdadeira com as vidas que os outros levam, admitiremos também que nenhuma vida é boa quando vivida contra as próprias convicções e que em nada estaremos ajudando a vida de outra pessoa, mas apenas estragando-a, se a forcarmos a aceitar valores que não pode aceitar, mas aos quais só se submete por medo ou por prudência.

Ronald Dworkin (1)

11.1. Introdução

Esta breve abordagem sobre violência sexual contra a mulher está alicerçada no ordenamento jurídico vigente, destinando-se a oferecer ferramentas aos profissionais que se dedicam ao atendimento das vítimas de violência sexual do Hospital de Clínicas, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, um dos serviços de referência de maior respeitabilidade do país. Considerando que: o aborto é uma questão de saúde pública; que o consentimento informado da paciente para a realização do aborto legal é imprescindível, pois é a base de todo o cuidado e tratamento; que essa tomada de decisão requer informação, incluindo os prós e contras de todas as opções, para que a paciente seja capaz de identificar claramente benefícios e riscos; que é dever do médico esclarecer, informar e orientar a paciente; conclui-se que o conhecimento médico e jurídico são fundamentais para tratar do tema específico. Far-se-á, então, uma incursão na normativa internacional e nacional sobre direitos sexuais e reprodutivos, por serem imprescindíveis para escolha pela paciente, com conhecimento de causa. O escopo deste artigo é, portanto, subsidiar minimamente médicos e demais profissionais da saúde com dados e normas (nem sempre acessíveis), tendo como premissa que o direito à informação é uma parte íntegra do cuidado à saúde.

A violência sexual é uma das mais antigas expressões das relações desiguais de gênero. Quer-se com isso dizer que a mulher permaneceu pra-

ticamente invisível na história da humanidade e era (e, por vezes, ainda é) concebida como objeto de desejo e da propriedade do homem - e não como sujeito, titular de direitos -, legitimando todo o tipo de violência, inclusive o estupro.

A diferença entre os sexos é uma realidade, mas não predestina aos papéis e às funções. A indiferenciação dos papéis não equivale à das identidades. Ao contrário, é condição da multiplicidade delas e de nossa liberdade (2).

O sexo do indivíduo é definido por suas diferenças biológicas a partir da distinção de seus sistemas reprodutores. Todavia, é a construção socio-cultural que imporá diferenciações entre homens e mulheres determinando sua identidade de gênero¹ (3).

A socialização reforça essa diferenciação impondo costumes, padrões comportamentais, modelos do que é ser homem ou ser mulher numa dada sociedade em um determinado contexto histórico. São construções que serão influenciadas pela identificação do indivíduo com a cultura e a socialização. Os padrões comportamentais e sociais são influenciados pela cultura patriarcal, pela educação sexual diferenciada, pela divisão sexual do trabalho, pela definição sexual dos papéis feminino e masculino, pela orientação religiosa, pelas políticas estatais conservadoras.

Nesta esteira, são estabelecidos alguns estereótipos, inclusive e principalmente no campo da sexualidade, sobre homens e mulheres que marcam as representações do senso comum e também o direito, as leis, os trabalhos e pesquisas pretensamente científicas, as políticas públicas, os meios de comunicação. Estes estereótipos restringem direitos e violam a igualdade entre as pessoas ao passo em que vão estabelecer uma visão generalizada sobre as capacidades físicas, emocionais e intelectuais de mulheres e homens, so-

1. Segundo o CREMSP: "Nos animais, a sexualidade se expressa quase exclusivamente como atributos biológicos (anatomia e instinto). Nos seres humanos, a condição biológica é apenas um dos componentes, ao qual somam-se os demais componentes próprios das ciências humanas (psicológico, sociológico, cultural, econômico, moral, ético, filosófico, histórico, político etc.), tornando a sexualidade humana um vasto campo interdisciplinar, que poderia ser definido como o campo de estudo do prazer humano senso latu, e não apenas do prazer sensorial genital". E: "o sexo feminino destina para a mulher a menstruação, a gravidez, o parto e a amamentação. Mas é o gênero feminino que define que a mulher seja a responsável pelas trocas de fraldas e pelos cuidados com a criança. Enquanto o sexo determina condições estritamente biológicas, o gênero constrói comportamentos não biológicos".

bre sua sexualidade, sobre os papéis e comportamentos apropriados a uns e outros, estabelecendo interseções com outros traços, como raça, classe, origem, nacionalidade, orientação sexual ou deficiências.

Segundo Boaventura de Souza Santos:

(...). Não há natureza humana assexuada; há homens e mulheres. Falar de natureza humana sem falar na diferença sexual é ocultar que a “metade” das mulheres vale menos que a dos homens. Sob formas que variam consoante o tempo e o lugar, as mulheres têm sido consideradas como seres cuja humanidade é problemática (mais perigosa ou menos capaz) quando comparada com a dos homens. A dominação sexual que este preconceito gera chamamos patriarcado e ao senso comum que o alimenta e reproduz, cultura patriarcal. A persistência histórica desta cultura é tão forte que mesmo nas regiões do mundo em que ela foi oficialmente superada pela consagração constitucional da igualdade sexual, as práticas quotidianas das instituições e das relações sociais continuam a reproduzir o preconceito e a desigualdade (...) (4).

Homens e mulheres enfrentam a violência, mas ela tem contornos diferentes variando conforme o gênero² (5). Homens geralmente se envolvem em conflitos em relação ao trabalho, ao trânsito ou ao crime em geral, em espaços públicos. Mulheres, por sua vez, estão afetadas à violência doméstica e familiar e à violência sexual, notadamente em espaços privados. Isto ocorre, em grande parte, porque culturalmente estabeleceu-se a desigualdade de tratamento e de poder entre homens e mulheres. É fato que o fenômeno da violência sexual atinge majoritariamente as mulheres e meninas, gerando implicações na sua vida pública e privada.

11.2. Alguns dados sobre estupro no Brasil

Para atribuir a devida importância ao tema, considerando que nem sempre é possível dimensionar a gravidade do problema, convém apresentar alguns dados sobre estupro no Brasil.

2. Observa Alda Facio: “(...) se é certo que os homens têm sofrido discriminações por sua pertença a uma classe, etnia, e/ou preferência sexual, etc., NENHUM homem sofre discriminação por pertencer ao sexo masculino, ao passo que TODAS as mulheres a sofrem por pertencer ao sexo feminino (além da discriminação por classe, etnia, e/ou preferência sexual, etc)”.

Dentre as várias pesquisas realizadas, de salutar importância a publicação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, de março de 2014, fazendo uma análise dos microdados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), gerido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde (DASIS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS)³, intitulada *Estupros no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde* (6).

Segundo o estudo, em 2011 foram notificados no SINAN 12.087 casos de estupro no Brasil, o que equivale a cerca de 23% do total registrado na polícia em 2012, conforme dados do Anuário 2013 do Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP (7). Do total dessas notificações, 88,5% das vítimas eram do sexo feminino, mais da metade tinha menos de 13 anos de idade, 46% não possuía o ensino fundamental completo (entre as vítimas com escolaridade conhecida, esse índice sobe para 67%), 51% dos indivíduos eram de cor preta ou parda e apenas 12% eram ou haviam sido casados anteriormente. Por fim, mais de 70% dos estupros vitimizaram crianças e adolescentes.

Os autores da violência geralmente são homens. As mulheres são autoras em 1,8% dos casos, quando a vítima é criança. 15% dos estupros registrados no SINAN foram cometidos por dois ou mais agressores.

Ainda, 24,1% dos agressores de crianças são os próprios pais ou padrastos e 32,2% são amigos ou conhecidos da vítima. O indivíduo desconhecido passa a configurar paulatinamente como principal autor do estupro à medida que a idade da vítima aumenta. Na fase adulta, este responde por 60,5% dos casos. No geral, 70% dos estupros são cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima, o que indica que o principal inimigo está dentro de casa e que a violência nasce dentro dos lares.

Por fim, convém ressaltar as conclusões do referido estudo do IPEA indicando que maiores são chances de estupros recorrentes se a residência da vítima se localiza em região rural; menor for nível educacional da vítima; e maior a proximidade de relacionamento entre vítima e perpetrador. A pro-

3. Segundo o IPEA: "Este é o primeiro estudo empírico com cobertura nacional que procura analisar o fenômeno do estupro, no que diz respeito à caracterização da vítima e sua relação com o perpetrador, bem como no que diz respeito ao tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde e potenciais consequências do crime".

babilidade de a vítima sofrer estupros recorrentes é positivamente associada à relação de dominação do agressor perante a vítima⁴.

A referida pesquisa do IPEA é um excelente material para estudo e reflexão, e, como concluem Cerqueira & Coelho, “revela uma grave doença coletiva, de uma sociedade em estágio pré-civilizatório” (6). E é neste contexto que se concorda com a propositura de Minayo ao considerar que a “superação da violência é um desafio que exige muito investimento social, político e subjetivo para pensar e repensar a cultura brasileira”⁵ (8).

11.3. O sistema normativo internacional

A partir de 1948, com a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, passou-se a desenvolver o Direito Internacional dos Direitos Humanos, com a elaboração, aprovação e adoção de inúmeros tratados internacionais que visam a proteção dos direitos fundamentais, criando-se um sistema normativo de proteção destes direitos.

Temos, então, um sistema global e sistemas regionais de proteção dos direitos humanos na Europa, África e Continente Americano, que são complementares e interagem em benefício dos indivíduos protegidos que, por sua vez, interagem com o sistema nacional de proteção, proporcionando a maior efetividade possível na tutela e promoção dos direitos fundamentais (9).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos - DUDH estabelece que todo o indivíduo é dotado de direitos naturais, os quais devem ser reconhecidos, respeitados e garantidos, e ressalta inclusive que os direitos humanos das mulheres e das meninas são partes inalienáveis, integrais e indivisíveis dos direitos humanos universais.

Seguem-se à DUDH, diversas normas internacionais que, por força do art. 5º, §§ 2º e 3º⁶ da Constituição Federal (10), ao serem ratificadas pelo

4. Estupros no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde, fls.20/27.

5. Laços perigosos entre machismo e violência, p. 25.

6. Art. 5º *Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:*

(...)

Brasil, passaram a integrar o rol das garantias fundamentais. Assim, no que diz respeito aos direitos sexuais e direitos reprodutivos, é importante destacar os seguintes marcos:

- Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial - 1965 (em vigor para o Brasil desde 04/01/1969; promulgada pelo Decreto nº 65.810, 8/12/1969⁷);
- Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos - 1966 (em vigor para o Brasil desde 24/04/1992; promulgado pelo Decreto nº 592, de 6/7/1992⁸);
- Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - PIDESC - 1966 (em vigor para o Brasil desde 24/04/1992; e promulgado pelo Decreto nº 591, de 6/7/1992⁹ 10);
- Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) - 1979 (em vigor para o Brasil desde 02/03/1984; promulgada pelo Decreto nº 4.377, de 13/9/2002¹¹);
- Declaração e Programa de Ação de Viena - II Conferência Mundial de Direitos Humanos - 14-25/7/1993¹¹:

§ 2º *Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.*

§ 3º *Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.*

7. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=94836>. Acesso em 05/12/2015.

8. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0592.htm. Acesso em 05/12/2015.

9. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm. Acesso em 05/12/2015.

10. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4377.htm. Acesso em 05/12/2015.

11. Disponível em:

<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/viena.htm>. Acesso em 05/12/2015.

- Convenção Internacional contra a Tortura e outros Tratamentos ou Punições Cruéis, Desumanos ou Degradantes - 1984 (em vigor para o Brasil desde 28/10/1989; promulgada pelo Decreto nº 40, de 15/2/1991¹²);
- Convenção sobre os Direitos da Criança - 1989 (em vigor para o Brasil desde 23/10/1990; promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21/11/1990¹³);
- Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)¹⁴ Cairo - 1994;
- Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher, Pequim - 1995¹⁵;
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) - 1994 (em vigor para o Brasil desde 27/12/1995; promulgada pelo Decreto 1.973, de 1º/8/1996^{16,17,18});
- Convenção Americana de Direitos Humanos - “Pacto de San Jose da Costa Rica” - 1969 (em vigor para o Brasil desde 25/09/1992; promulgado pelo Decreto nº 678, de 6/11/1992^{18,19}).

12. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm. Acesso em 05/12/2015.

13. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm. Acesso em 05/12/20015.

14. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>, acesso em 05/12/2015.

15. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf, acesso em 05/12/2015.

16. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1996/decreto-1973-1-agosto-1996-435655-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 05/12/2015.

17. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm, acesso em 05/12/2015.

18. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/anexo/and678-92.pdf, acesso em 05/12/2015.

Estas normas internacionais reconhecem os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. E o Brasil, ao ratificá-las, assumiu o compromisso de promover políticas públicas garantidoras dos direitos reprodutivos com ênfase no direito à saúde sexual e reprodutiva. Por força disso, considera-se a saúde não a mera ausência de enfermidades e doenças, mas a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e de reproduzir-se ou não, quando e com a frequência desejada. O direito à saúde deve ser garantido em todas as situações, inclusive naquelas relativas ao aborto. Independentemente de seu estado civil, todas as mulheres têm direito ao acesso irrestrito aos serviços de saúde, sem necessidade de autorização de outras pessoas. Também, proclamou-se que as mulheres têm o direito individual e a responsabilidade social de decidir sobre o exercício da maternidade.

A CEDAW reconheceu que a discriminação contra as mulheres viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito à dignidade humana, é obstáculo ao bem-estar da sociedade e dificulta o desenvolvimento das potencialidades das mulheres. E, o Comitê CEDAW¹⁹ e o Comitê PIDESC emitiram opiniões específicas recomendando que o Estado brasileiro adote medidas que garantam o pleno exercício dos direitos reprodutivos. Enfatizaram também a necessidade de rever a legislação sobre o aborto para enfocá-lo sobre a perspectiva da saúde pública. E mais. Em 2005, o Comitê de Direitos Humanos da ONU atestou que “negar acesso ao aborto legal é uma violação dos direitos humanos da mulher”.

Necessário ainda esclarecer que ao ratificar tais documentos, tomando como exemplo da Convenção de Belém do Pará, o Brasil se submete à jurisdição da CIDH, o que implica, inclusive, na possibilidade de responsabilização internacional do Estado brasileiro em caso de violação dos direitos ali expressos ou negligência nos compromissos assumidos. E um dos compromissos do Brasil, contidos em acordos internacionais, é o de tomar medidas para reduzir a morte materna e garantir às mulheres o acesso ao aborto seguro nos casos previstos em lei, garantindo a efetivação dos direitos humanos e da cidadania.

19. Dispôs que “é discriminatório para um Estado-parte recusar-se a fornecer legalmente os meios para a realização de determinados serviços de saúde reprodutiva para as mulheres” (CEDAW, 1999).

11.4. O sistema normativo nacional

11.4.1. A Constituição e os direitos fundamentais

A Constituição Federal de 1988, grande marco jurídico-político na defesa dos direitos humanos²⁰ (22), estabelece o valor da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito (artigo 1º, III), como núcleo básico e informador de todo ordenamento jurídico, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação do sistema constitucional. E dignidade da pessoa humana tem como pressuposto fundamental a liberdade e autonomia da vontade²¹.

Ainda, no que pertine ao presente artigo, importa elencar alguns dos direitos e garantias fundamentais assegurados constitucionalmente, como: o direito à vida (artigo 5º), à igualdade entre homens e mulheres em geral (artigo 5º, I) e especificamente no âmbito da família (artigo 226, § 5º) e de não ser discriminado; o direito à legalidade (artigo 5º, II), o direito a não ser submetido à tortura ou tratamento desumano ou degradante (artigo 5º, III), o direito à liberdade (artigo 5º, II, IV, VI, VIII, IX, XIII, XV), inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem (artigo 5º, X), o direito de acesso à informação (artigo 5º, XIV, XXXIII), o direito a não discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais (artigo 5º, XLI); o direito à saúde (artigos 6º, 196); o planejamento familiar (artigo 226, § 7º²²); e o direito a viver livre de violência no âmbito das relações familiares (artigo 226, parágrafo 8º); proteção integral à criança e ao adolescente (artigo 227); dentre outros estabelecidos na Constituição Cidadã, que, por sua vez, a teor

20. Segundo Flávia Piovesan, “introduz a Carta de 1988 um avanço extraordinário na consolidação dos direitos e garantias fundamentais, situando-se como o documento mais avançado, abrangente e pormenorizado sobre a matéria da história constitucional do país”.

21. Dentro desta concepção de liberdade e autonomia e da possibilidade de o ser humano realizar escolhas sem interferências, nota-se que uma das escolhas mais significativas diz respeito às questões da reprodução e da sexualidade, principalmente, em relação à mulher poder decidir sobre ter ou não filhos ou quando tê-los, pois é através dessa escolha que a mulher traça os planos de sua vida futura, haja vista, o significado de ser ou não mãe, e as respectivas responsabilidades que tal demanda requer.

22. Regulamentado pela Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, no âmbito do atendimento global e integral à saúde.

dos parágrafos 2º e 3º, do artigo 5º, “não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”.

A Constituição estabelece o Estado Democrático de Direito e do bem-estar social, onde a dignidade da pessoa humana é o fundamento que norteará todo o sistema legal vigente. Igualdade e cidadania são valores éticos que compõe a dignidade humana, atravessam toda a Constituição e alicerçam a construção de uma sociedade livre, justa, solidária, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (artigo 3º²³).

A Constituição Federal de 1988 prestigiou a personalidade, que pode ser definida como a capacidade para ser sujeito de direitos, a capacidade para ser cidadão/ã, considerando que ninguém pode ser despojado de sua personalidade. O corpo humano integra a personalidade e sobre seu próprio corpo cada qual tem autonomia: é, enquanto pessoa, titular do direito à individualidade, à intimidade, à liberdade de decisão (23).

A saúde é um atributo da personalidade e em relação a ela dispõe o artigo 196 da Constituição Federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Logo, saúde é concebida em sentido amplo, considerando conceitos de cidadania e justiça social²⁴, abrangendo o bem-estar físico, mental e social das pessoas (24).

No artigo 226, § 7º, a Constituição Federal de 1988 assegura às pessoas o direito ao planejamento familiar, como livre decisão do casal:

23. Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

24. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde é um estado de completo bem-estar físico-mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. (...)

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Ou seja, impor-se à mulher a manutenção de gravidez decorrente de estupro é violação ao direito à liberdade, ao planejamento familiar²⁵ (25) e ao seu direito à saúde, sem restrições de qualquer natureza. Por consequência, é uma violação ao direito à vida digna e à integridade física e psíquica das pessoas humanas.

Importante destacar que o direito à vida não é um valor constitucional absoluto²⁶ (26) e a proteção a ele conferida comporta diferentes gradações.

Por fim, o Estado Brasileiro ratificou os principais tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos. Ao fazê-lo, referidos tratados e convenções passaram a integrar a normativa constitucional brasileira e têm aplicação imediata, por força do disposto nos artigos 5º caput e parágrafos

25. Assim entendido como "o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garantam direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal", segundo dispõe o artigo 2º da Lei nº 9.263, de 12/01/1996.

26. "Inexiste hierarquia do direito à vida sobre os demais direitos, o que é inquestionável ante o próprio texto da Constituição da República, cujo artigo 5º, inciso XLVII, admite a pena de morte em caso de guerra declarada na forma do artigo 84, inciso XIX. Corroboram esse entendimento o fato de o Código Penal prever, como causa excludente de ilicitude ou antijuridicidade, o aborto ético ou humanitário - quando o feto, mesmo sadio, seja resultado de estupro. Ao sopesar o direito à vida do feto e os direitos da mulher violentada, o legislador houve por bem priorizar estes em detrimento daquele - e, até aqui, ninguém ousou colocar em dúvida a constitucionalidade da previsão. [...] Além de o direito à vida não ser absoluto, a proteção a ele conferida comporta diferentes gradações consoante enfatizou o Supremo no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.510. Para reforçar essa conclusão, basta observar a pena cominada ao crime de homicídio (de seis a vinte anos) e de aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (de um a três anos), a revelar que o direito à vida ganha contornos mais amplos, atraindo proteção estatal mais intensa, à medida que ocorre o desenvolvimento. [...] Nas palavras da Ministra Cármen Lúcia, "há que se distinguir (...) ser humano de pessoa humana (...) O embrião é (...) ser humano, ser vivo, obviamente (...) Não é, ainda, pessoa, vale dizer, sujeito de direitos e deveres, o que caracteriza o estatuto constitucional da pessoa humana"". Texto extraído do voto do Min. Marco Aurélio na ADPF n. 54 sobre gravidez de feto anencéfalo.

1º, 2º e 3º²⁷, da Constituição Federal de 1988. De sorte que, as normas elencadas no item anterior, ratificadas pelo Brasil, equivalem a emendas constitucionais e têm aplicação imediata.

11.5. Os direitos sexuais e reprodutivos

Feitas estas considerações, é chegado o momento de conceituar direitos sexuais e direitos reprodutivos, o que se faz com base nas premissas definidas por Flavia Piovesan, ao considerar que:

Sob a perspectiva de relações eqüitativas entre os gêneros e na ótica de direitos humanos, o conceito de direitos sexuais e reprodutivos aponta a duas vertentes diversas e complementares: de um lado, aponta a um campo da liberdade e da autodeterminação individual, o que compreende o livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, sem discriminação, coerção e violência. Eis um terreno em que é fundamental o poder de decisão no controle da fecundidade. Consagra-se o direito de mulheres e homens tomar decisões no campo da reprodução (o que compreende o direito de decidir livre e responsabilmente acerca da reprodução, do número de filhos e do intervalo entre seus nascimentos). Trata-se de direito de autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual, em que se clama pela não interferência do Estado, pela não discriminação, pela não coerção e não violência (dimensão típica dos direitos civis). Por outro lado, o efetivo exercício dos direitos reprodutivos demanda políticas públicas, que assegurem a saúde sexual e reprodutiva. Nesta ótica, fundamental é o direito ao acesso a informações, meios e recursos seguros, disponíveis e acessíveis.

27. Art. 5º. *Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:*

(...)

§ 1º *As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.*

§ 2º *Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.*

§ 3º *Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.*

Fundamental também é o direito ao mais elevado padrão de saúde reprodutiva e sexual, tendo em vista a saúde não como mera ausência de enfermidades e doenças, mas como a capacidade de desfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória e reproduzir-se com a liberdade de fazê-lo ou não, quando e com que freqüência. Inclui-se ainda o direito ao acesso ao progresso científico e o direito de receber educação sexual. Portanto, aqui é essencial a interferência do Estado, no sentido de que implemente políticas públicas garantidoras do direito à saúde sexual e reprodutiva (dimensão típica dos direitos sociais)²⁸ (27).

A Declaração da Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, em 1995, enfatiza a diferença entre sexualidade e reprodução. Aponta como direitos sexuais os direitos relacionados ao exercício e à expressão da sexualidade de forma livre e sem discriminações, que envolve o direito de escolha sobre ter ou não relações sexuais, o direito de expressar livremente a orientação sexual, o direito à relação sexual independente da reprodução e o direito ao sexo seguro, com o objetivo de prevenir gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis. Ao passo que o Programa de Ação do Cairo indica que os direitos reprodutivos são direitos humanos que compreendem a decisão de ter ou não filhos, o número de filhos e em que momento ter, de forma autônoma, sem discriminação, violência ou coerção. Diz respeito, ainda, ao acesso a informações, métodos, meios e técnicas conceptivas e contraceptivas.

Desta forma o acesso ao aborto legal é um direito humano sexual e reprodutivo e é dever do Estado brasileiro garanti-lo de forma segura às mulheres engravidam em decorrência de violência sexual.

Antes de discorrer sobre o aborto legal, faz-se necessário, ainda, conceituar violência sexual e estupro. Também é interessante citar que, na maioria dos casos, quando a mulher engravida em decorrência de um estupro, além de não reconhecer o feto, ela o rejeita. Ou seja, não se estabelece uma gestação afetiva, desejada, mas extremamente penosa.

28. Temas de direitos humanos. p. 225.

11.6. A violência sexual²⁹ (28)

Segundo Pimentel, Schritzmeyer e Pandjarian a violência sexual do estupro, enquanto violência de gênero, é fenômeno praticamente universal. Contudo, não é inevitável e muito menos incontrolável. Como demonstram estudos transculturais, as relações entre os sexos e as políticas dos sexos diferem radicalmente de sociedade para sociedade, sendo, em muito, determinadas por complexas configurações de arranjos econômicos, políticos, domésticos e ideológicos. Há sociedades “propensas ao estupro” e outras “livres do estupro” e estas diferenças na agressão sexual masculina relacionam-se com os níveis de violência geral, com os estereótipos de papéis sexuais e com a posição das mulheres dentro da divisão sexual do trabalho em cada sociedade³⁰ (29).

A Lei nº 11.340, de 07/08/2006 (30), conhecida como Lei Maria da Penha, estabelece as formas de violência doméstica e familiar contra a mulher e conceitua violência sexual como “qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos”³¹.

29. Para o CREMESP; “As conseqüências bio-psico-sociais são difíceis de mensurar, embora afetem a maioria das vítimas e suas famílias. Na esfera emocional, a violência sexual produz efeitos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. Para a saúde, os danos do abuso sexual são expressivos, com particular impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. A gravidez, decorrente do estupro, se destaca pela complexidade de reações e sentimentos que provoca, tanto para a vítima como para a sociedade. Geralmente é encarada como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres. Os traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, embora verificados na menor parcela dos casos, assumem gravidade alarmante para algumas vítimas, particularmente as crianças. Casos extremos podem terminar em morte, freqüentemente por asfixia mecânica, expressão máxima do exercício do poder masculino. Para completar o preocupante quadro, grande parte das sobreviventes da violência sexual é infectada por DST/Aids, somando-se severas conseqüências físicas e emocionais”.

30. Estupro: direitos humanos, gênero e justiça, p. 63.

31. Art. 7º, inciso III, da Lei n. 11.340/2006.

Também, em seu artigo 9º, a Lei Maria da Penha³² garante assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar que “compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual”.

Se existem dificuldades no acesso à saúde, na Justiça os entraves às mulheres vítimas de estupro são ainda maiores. De forma geral, o Sistema de Justiça, sistematicamente, não tem sido acessível às mulheres, seja no aspecto físico, econômico, social ou cultural. Para enfrentar esta resistência, a Lei Maria da Penha, em seus artigos 27 e 28, da Lei nº 11.340/2006³³, torna obrigatório o acompanhamento de advogado(a) em todos os atos processuais e garante o acesso à Assistência Judiciária Gratuita inclusive às vítimas de estupro cujo fato ocorreu na unidade doméstica ou que tenha sido praticado por indivíduo que é ou se considera aparentado, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa, ou por agressor com quem conviva ou tenha convivido independentemente de coabitação. Esta garantia tem por objetivo evitar a ineficácia das ações e a impunidade nos casos de violência contra as mulheres³⁴, que são os principais obstáculos para acesso à justiça violência (31).

32. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm, acesso em 01 de agosto de 2015

33. Art. 27. *Em todos os atos processuais, cíveis e criminais, a mulher em situação de violência doméstica e familiar deverá estar acompanhada de advogado, ressalvado o previsto no art. 19 desta Lei.*

Art. 28. *É garantido a toda mulher em situação de violência doméstica e familiar o acesso aos serviços de Defensoria Pública ou de Assistência Judiciária Gratuita, nos termos da lei, em sede policial e judicial, mediante atendimento específico e humanizado.*

34. Em janeiro de 2007, CIDH identificou algumas razões para o desuso da justiça pelas mulheres em situação de violência, enumerando, dentre outros: a natureza de tais crimes, o comportamento social em relação a eles, a reação das autoridades frente a eles, o ambiente em que as denúncias são apresentadas, o critério para determinar quais crimes serão processados, o modo de condução das investigações, a ausência de defesa ou suporte para as mulheres vítimas, a vulnerabilidade das mulheres dentro do sistema, a ausência de resposta efetiva à denúncia de violência, a morosidade injustificada do processo.

Irregularidades no manejo das provas, a “fabricação” de culpados, o atraso nas investigações, a desconsideração do contexto de violência contra a mulher, a negligência da obrigação da devida diligência, importam em violação ao direito de acesso à jus-

11.7. O Código Penal e os crimes contra a dignidade sexual

O Código Penal de 1940 originalmente tratava o estupro como crime contra os costumes. Em 2009, sofreu atualização (32) e inseriu-se o estupro no título DOS CRIMES CONTRA A DIGNIDADE SEXUAL (33). Assim, passou-se a proteger a respeitabilidade do ser humano em matéria sexual, garantindo-lhe a liberdade de escolha e opção, sem qualquer forma de exploração ou violência. Agora, o objeto jurídico tutelado pelo Código Penal é a integridade e liberdade sexual, com o fim de garantir a dignidade sexual. No dizer de Damásio de Jesus (34), é a liberdade sexual da pessoa que é protegida, independentemente de sua moralidade³⁵. Cabe unicamente à mulher sopesar valores e sentimentos de ordem estritamente privada, para deliberar pela interrupção, ou não, da gravidez.

11.7.1. Crimes contra a liberdade sexual: o estupro

O artigo 213³⁶ do Código Penal descreve o crime de estupro como:

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.

tiça, a uma proteção judicial efetiva eficaz, e implicam no descumprimento estatal de garantir os direitos à vida, integridade pessoal e liberdade pessoal. São situações que poderiam ser sanadas ou mitigadas pela atuação de um profissional da advocacia diligenciando a defesa dos direitos das mulheres em situação de violência.

35. Segundo Damásio de Jesus, a expressão escolhida, em nosso sentir, foi oportuna e se encontra em sintonia com o Texto Maior. Deveras, o Direito Penal não se volta à proteção de regras puramente morais ou éticas, mas notadamente à defesa de bens jurídicos (concepção dominante). Ao tratar nosso Código de crimes contra a 'dignidade sexual', fica claro que se busca garantir a dignidade da pessoa humana (CF, art. 1º, III), a liberdade de escolha de parceiros e da relação sexual, a salvo de exploração, a intangibilidade ou indenidade sexual, além do pleno e sadio desenvolvimento da personalidade, no que se refere à sexualidade do indivíduo.

36. Com a redação que lhe foi dada pela Lei nº 12.015/2009.

Denomina-se estupro toda a forma de violência sexual para qualquer fim libidinoso, incluindo, por óbvio, a conjunção carnal (35). Qualquer pessoa (mulher ou homem) pode ser vítima do estupro quando constrangida (for forçada ou coagida), com emprego de violência (física) ou grave ameaça (de natureza psicológica, moral; intimidação séria; promessa de prática de mal considerável) a praticar conjunção carnal (introdução do pênis na vagina) ou qualquer outro ato libidinoso (que propicie prazer sexual como por exemplo sexo anal ou oral).

Qualquer pessoa - homem ou mulher - pode ser autor/a do crime.

Ressalte-se não ser exigível a completa introdução do pênis na vagina, e não é necessária a ejaculação ou satisfação efetiva do prazer sexual.

Haverá estupro conjugal se alguém for constrangido/a (mediante violência ou grave ameaça) a ter conjunção carnal ou a praticar outro ato libidinoso com seu cônjuge.

Não importa a condição do/a ofendido/a, se é ou não profissional do sexo. Não se exige resistência sobre-humana por parte da vítima. O grau de resistência deve ser avaliado por critérios sensatos, despidos de preconceitos.

O crime é qualificado pelo resultado, ou seja, eleva-se a pena se, da conduta do agente (constrangimento exercido com violência ou grave ameaça), resultar lesão corporal de natureza grave ou morte³⁷. A pena também é aumentada se a vítima é menor de 18 e maior de 14 anos; se o crime for cometido em concurso de duas ou mais pessoas; se o agente é ascendente, padrasto ou madrasta, tio, irmão, cônjuge, companheiro, tutor, curador, preceptor ou empregador da vítima ou por qualquer outro título tem autoridade sobre ela; e ainda em caso de estupro coletivo – “mediante concurso de 2 (dois) ou mais agentes”; ou de estupro corretivo – para controlar o comportamento social ou sexual da vítima³⁸.

11.7.2. Crimes sexuais contra vulnerável: o estupro de vulnerável

O estupro de vulnerável é crime contra a dignidade sexual da pessoa e o Código Penal, em seu art. 217-A³⁹ assim descreve a conduta:

37. CP, §§ 1º e 2º do artigo 213, conforme nova redação introduzida pela Lei nº 13.718, de 24.9.2018, DOU 25.9.2018 (29).

38 CP, art. 226, incisos I, II e IV (29).

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.

§ 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações 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.

§ 2º (VETADO)

§ 3º Se da conduta resulta lesão corporal de natureza grave:

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

§ 4º Se da conduta resulta morte:

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

§ 5º As penas previstas no caput e nos §§ 1º, 3º e 4º deste artigo aplicam-se independentemente do consentimento da vítima ou do fato de ela ter mantido relações sexuais anteriormente ao crime.

Qualquer pessoa (mulher ou homem) que tiver conjunção carnal (introdução do pênis na vagina) ou praticar outro ato libidinoso (que propicie prazer sexual como por exemplo sexo anal ou oral) com menor de 14 anos, com pessoa com enfermidade (doença) ou deficiência (redução, déficit, atraso, insuficiência) mental, que não possua condições ou capacidade de compreender as circunstâncias e avaliar a prática do ato, ou que, por qualquer outro motivo, não possa oferecer resistência (reação, oposição)⁴⁰ (36).

Tal como no estupro (forma simples), não se exige a completa introdução do pênis na vagina e não é necessária a ejaculação ou satisfação efetiva do prazer sexual. Não se exige resistência (que deve ser avaliada por critérios sensatos, despidos de preconceitos) sobre-humana por parte da vítima. O crime é qualificado pelo resultado, ou seja, eleva-se a pena se, da conduta do agente, resultar lesão corporal de natureza grave ou morte⁴¹. A pena também é aumentada se o crime for cometido em concurso de duas ou mais pessoas; se o agente é ascendente, padrasto ou madrasta, tio, irmão, cônjuge, companheiro, tutor, curador, preceptor ou empregador da vítima ou por qualquer outro título tem autoridade sobre ela; e ainda em caso de estupro

40. Damásio de Jesus conceitua: Vítima vulnerável é a que apresenta uma diminuição física, psíquica ou sensorial, estacionada ou progressiva, configurando causa de dificuldade de aprendizagem, de relacionamento ou de integração laborativa, determinando um processo de desvantagem social ou de marginalização, segundo lei italiana de 5 de fevereiro de 1992.

41. CP, §§ 3º e 4º do artigo 217-A (29).

coletivo – “mediante concurso de 2 (dois) ou mais agentes”; ou de estupro corretivo – para controlar o comportamento social ou sexual da vítima⁴².

Dissipando divergências doutrinárias e jurisprudenciais sobre o critério da vulnerabilidade, a Lei nº 13.718, de 24.9.2018, DOU 25.9.2018, alterou o Código Penal, fazendo constar expressamente que as penas previstas para o estupro de vulnerável “aplicam-se independentemente do consentimento da vítima ou do fato de ela ter mantido relações sexuais anteriormente ao crime”. Nesse sentido já se encaminhava a jurisprudência nacional, conforme Súmula do Superior Tribunal de Justiça, nº 593: O crime de estupro de vulnerável se configura com a conjunção carnal ou prática de ato libidinoso com menor de 14 anos, sendo irrelevante eventual consentimento da vítima para a prática do ato, sua experiência sexual anterior ou existência de relacionamento amoroso com o agente” (DJE 6/11/2017).

11.7.3. Outras disposições

O estupro e o estupro de vulnerável são crimes hediondos, nos termos da Lei nº 8.072/90 (art. 1º, V e VI) (38).

Conforme recente alteração legislativa (Lei nº 13.718, de 24.9.2018, DOU 25.9.2018), no estupro na forma simples ou no estupro de vulnerável, a ação penal é pública incondicionada (art. 225).

Os crimes sexuais, via de regra, são de difícil apuração e punição, pois em sua grande maioria são cometidos às escondidas. Nem sempre haverá evidências, lesões físicas aparentes ou testemunhas. Em caso de violência real é importante a realização do exame de corpo de delito para comprovar a materialidade do estupro.

É importante mencionar que outras condutas descritas na lei penal são consideradas delitos sexuais, porque eventualmente podem resultar em gravidez do sujeito passivo, neste caso, a mulher. Alguns autores argumentam que seria permitido também a realização de aborto, especialmente se o crime for praticado contra pessoa vulnerável.

42. CP, art. 226, incisos I, III e IV. (29).

11.8. O aborto previsto em lei

O médico ANIBAL FAÚNDES⁴³ afirma que o aborto é sempre um acontecimento indesejável. A mulher não o provoca por prazer ou capricho. É uma solução extrema. Ela o faz quando a sociedade a coloca em tal situação, e não vê outra saída. Nesse caso, nenhuma proibição (legal ou religiosa) ou risco mudarão sua conduta (39).

O Código Penal brasileiro, de 1940, é cópia do Código Penal italiano, que, por razões de ordem populacional, criminalizava o aborto.

Assim, o aborto está previsto nos artigos 124 a 128 do Código Penal⁴⁴ como crime contra a vida. Convém anotar que o Código Penal utiliza equi-

43. Para FAÚNDES & BARZELATTO, "o sistema legal funciona melhor quando está baseado em valores que refletem um consenso social, mas as leis que carecem gravemente de apoio social quase nunca são aplicadas, levando ao descrédito do sistema legal. Este é o caso de muitas leis que foram emitidas com a intenção de regular a prática da sexualidade, da reprodução e, particularmente, do aborto. Se as leis restritivas ao aborto, que atualmente prevalecem em um grande número de países em desenvolvimento, fossem realmente aplicadas, não haveria número suficiente de prisões para receber as infratoras".

44. *Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento*

Art. 124. *Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:*

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125. *Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:*

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126. *Provocar aborto com o consentimento da gestante:*

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada

Art. 127. *As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.*

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 incapaz, de seu representante legal.

vocadamente o termo aborto. Tecnicamente, a conduta da interrupção da gravidez (processo de abortar) é o abortamento e, aborto, o produto conceptual expulso.

Para o Direito, o aborto consiste na “interrupção da gravidez com a destruição do produto da concepção” independentemente da idade gestacional e da existência de expulsão fetal (40).

O objeto jurídico tutelado é a vida em potencial ou a vida humana em formação. Como o aborto é a interrupção da gestação, as “condutas praticadas antes da nidificação: tomar ou administrar a pílula de anticoncepção de emergência (pílula do dia seguinte); utilização do DIU; e eliminação de embriões excedentes no processo de fertilização artificial ou *in vitro*. Como se vê, antes do início da gravidez, ou seja, antes da nidificação, não há que se falar em abortamento” (41).

Não haverá crime quando o aborto for natural (espontâneo) ou acidental (em decorrência de causas exteriores e traumáticas). A lei admite (exclui a ilicitude) o aborto terapêutico ou necessário (quando não há outro meio para salvar a vida da gestante) e o sentimental, legal, ético, lícito ou humanitário (se a gravidez resulta de estupro). O Superior Tribunal de Justiça (STJ) incluiu o aborto de feto anencéfalo⁴⁵. Os demais casos configuram crime.

Está-se, pois, diante de um permissivo legal⁴⁶:

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

Aborto necessário

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

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

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

45. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental - ADPF 54 / DF, em 2015, o STF decidiu que a interrupção da gravidez de feto anencéfalo não é conduta típica: ESTADO - LAICIDADE. O Brasil é uma república laica, surgindo absolutamente neutro quanto às religiões. FETO ANENCÉFALO - INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ - MULHER - LIBERDADE SEXUAL E REPRODUTIVA - SAÚDE - DIGNIDADE - AUTODETERMINAÇÃO - DIREITOS FUNDAMENTAIS - CRIME - INEXISTÊNCIA. Mostra-se inconstitucional interpretação de a interrupção da gravidez de feto anencéfalo ser conduta tipificada nos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal. Rel. Min. Marco Aurélio. Julgado em 12/04/12 (26).

46. Quando ocorrem circunstâncias que tornam lícita a prática do fato.

Assim, o Código Penal autoriza, em seu art. 128 o “aborto sentimental (ou ético, ou humanitário), que é aquele que pode ser praticado por ter a gravidez resultado de estupro. (...) Justifica-se a norma permissiva porque a mulher não deve ficar obrigada a cuidar de um filho resultante de coito violento, não desejado” (40). Ou seja, Código Penal “considera lícita e não criminosa a prática do abortamento nessa situação, é direito da mulher interromper a gestação decorrente de estupro” (41). E como já exposto acima, os Tratados e Convenções Internacionais, a Constituição Federal, a Lei Maria da Penha, asseguram à mulher o direito à assistência integral à saúde sexual e reprodutiva, garantindo àquela que optar pela interrupção da gravidez resultante de estupro (aborto sentimental, legal, ético, lícito ou humanitário) condições adequadas e “acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico”.

11.8.1. Condições para o abortamento lícito

No caso de gravidez resultante de estupro, não se pune o aborto praticado por médico, com o consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. Ou seja, é direito da mulher e não há crime quando a gravidez resultar de estupro.

E, como acima detidamente se analisou, a Constituição Federal de 1988 e toda a normativa internacional sobre direitos humanos, em respeito à dignidade e à condição humana, garantem à mulher o direito à integral assistência médica e à saúde sexual e reprodutiva. Consequentemente, não é lícito negar assistência médica à mulher que deseja interromper a gravidez decorrente de estupro. Obrigá-la a suportar uma gravidez nestas condições, além de impor riscos a sua saúde física e psicológica/moral, importa em tratamento desumano e degradante, equivalente à tortura. Pois, no dizer de Conde, o direito exige comportamentos mais ou menos incômodos ou difíceis, mas não impossíveis. O direito não pode, contudo, exigir comportamentos heroicos: toda norma jurídica tem um âmbito de exigência, fora do qual não se pode exigir responsabilidade alguma. Quando a obediência da norma coloca o sujeito fora dos limites da exigibilidade, faltará esse elemento e, com ele, a culpabilidade. (42)

A lei penal exige apenas que o aborto (abortamento) seja realizado por médico e precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz⁴⁷, de seu representante legal (43). Sendo assim, são condições para a interrupção da gravidez decorrente de estupro que: (1) seja realizado por médico; (2) precedido do consentimento por escrito da mulher vítima de violência sexual.

Sempre, em atenção aos princípios constitucionais, deve-se respeitar a manifestação de vontade da mulher que tiver condições de declará-la e de discernir. Se a mulher for incapaz será necessário o consentimento⁴⁸ dos pais ou representantes legais (43). Havendo divergência entre os pais e a mulher incapaz de decidir sobre o abortamento, e somente neste caso, haverá necessidade de autorização judicial.

Destaca-se que é necessário arquivar, junto ao prontuário médico da paciente, uma cópia da declaração de consentimento, que deve ser dado sempre por escrito, antecedendo o abortamento.

A palavra da mulher que afirma ter sofrido violência deve ser recebida com presunção de veracidade. Não há necessidade de boletim de ocorrência, muito menos de autorização judicial⁴⁹ (40). Sabe-se que, na prática,

47. Código Civil:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; IV - os pródigos. Parágrafo único. A capacidade dos indígenas será regulada por legislação especial.

48. Código Civil:

Art. 1690. Compete aos pais, e na falta de um deles ao outro, com exclusividade, representar os filhos menores de dezesseis anos, bem como assisti-los até completarem a maioridade ou serem emancipados.

Parágrafo único. Os pais devem decidir em comum as questões relativas aos filhos e a seus bens; havendo divergência, poderá qualquer deles recorrer ao juiz para a solução necessária.

Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela: I - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; II - Revogado; III - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; IV - Revogado; V - os pródigos.

49. Segundo MIRABETE: Para que o médico pratique o aborto não há necessidade, evidentemente, de existência de sentença condenatória contra o autor do estupro e nem mesmo de autorização judicial. Deve ele submeter-se apenas ao Código de Ética

os serviços de atendimento à mulher em situação de violência costumam exigir que a mulher apresente boletim de ocorrência, fundamentando-se na Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, lançada em 1999 pelo Ministério da Saúde, que deu início à implantação dos serviços de atenção no País. Ressalte-se, todavia, que posteriormente esta Norma Técnica foi reeditada e revista⁵⁰, e a partir de 2005 (44) deixou de exigir qualquer documento além do consentimento da vítima ou seu representante legal:

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça (45).

Nessas condições a pessoa que sofreu violência sexual tem direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva. É neste sentido a Portaria nº 1.508/GM de 1709/2005 (46), dispondo sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da

Médica, admitindo como prova elementos sérios a respeito da ocorrência do estupro (boletim de ocorrência, declarações, atestados, etc.). Se houver erro por parte do médico, induzido ao engano pela gestante ou terceiro, não responderá pelo rime (erro de tipo). 50. O Ministério da Saúde (MS) orienta a organização e funcionamento dos serviços de aborto legal no país a partir dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e por meio das normas técnicas (Brasil, 2011a, 2011b): Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (lançada em 1999, reeditada e revista em 2005 e 2012) e Atenção Humanizada ao Abortamento (lançada em 2005, reeditada e revista em 2011).

Além destas duas normas técnicas, os serviços de aborto legal devem considerar os "Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde", documento também editado pelo Ministério da Saúde, a Portaria MS nº 1.508, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, que se compõe de quatro fases: Termo de Relato Circunstanciado; Parecer Técnico e Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez; Termo de Responsabilidade; e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

11.9. Os profissionais da saúde diante da violência sexual

O acesso à assistência humanizada pós-aborto é garantia legal e constitucional. É um direito humano sexual e reprodutivo e é dever do Estado brasileiro garanti-lo de forma segura às mulheres que engravidam em consequência de violência sexual. Ou seja, o não atendimento da mulher vítima de estupro ou em mau acolhimento daquela em processo de abortamento, constitui violação aos direitos humanos e configura tratamento desumano e degradante.

Os profissionais da saúde têm papel fundamental no destino das vítimas de violência sexual, cumprindo seu mister de assegurar o direito à vida e à saúde da paciente, mas também dever ético do médico que se comprometeu a atuar com imparcialidade a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de nenhuma natureza, e com saber médico para fazer o bem, para promover a saúde e salvar a vida das pacientes.

O atendimento à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritário. Precede e independe de qualquer procedimento policial e judicial, tal qual ocorreria em outros tipos de violência (vítima de acidente de trânsito, por exemplo).

O serviço de saúde tem por objetivo e obrigação garantir o direito a assistência médica integral e segura à mulher em situação de violência sexual. Negar assistência constitui infração ética e legal:

Como se vê, o serviço de saúde deve estar estruturado para acolher a mulher vítima de crime sexual e, mediante os procedimentos adequados (anamnese, exames clínicos e outros, verificação da idade gestacional, entrevistas com psicólogos e assistentes sociais, etc.), formar o seu convencimento sobre a sua ocorrência. Aliás, a palavra da mulher que busca assistência médica afirmando ter sido vítima de um crime sexual há de gozar de credibilidade e, pelo menos para o serviço de assistência, deve ser recebida com presunção de veracidade. Não se deve confundir os objetivos do serviço de assistência à mulher com os objetivos da justiça criminal (41).

O abortamento nestas condições é direito assegurado à mulher. O serviço de saúde não pode se omitir. Compete-lhe o tratamento digno, respeitoso e acolhedor às vítimas, sem prejulgamentos de qualquer ordem (é o agir com imparcialidade), buscando minimizar sua dor e evitar outras consequências. Para tanto, é imprescindível a capacitação dos profissionais para o manejo clínico e psicológico das vítimas de violência sexual, especialmente daquelas em situação de vulnerabilidade, visando evitar a revitimização das/os pacientes.

É dever do médico acolher, atender, examinar, orientar e prescrever medicamentos à vítima de violência sexual⁵¹. A recusa simples e imotivada de atendimento pode caracterizar infração ética e legal, como imperícia e omissão de socorro⁵² (33).

Deve-se avaliar os riscos, conhecer e informar a mulher sobre os direitos, especialmente sobre acesso à contracepção de emergência, profilaxia para a hepatite, prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)⁵³ e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). E, ainda, é importante que as pacientes recebam informações sobre planejamento reprodutivo, deixando o serviço de saúde informadas (e com prescrição) sobre métodos contraceptivos seguros e eficazes e sobre fertilidade pós-aborto⁵⁴.

Sendo o abortamento um direito (e não uma obrigação), a mulher deve ser esclarecida sobre a possibilidade de interromper ou manter a gestação até seu termo, de permanecer com a criança ou entregá-la em adoção. Ao

51. Em seu artigo 13, o Código Penal, prevê que a omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem: a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado; c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado.

52. CP, Art. 135. *Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:*

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

53. A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), passou a ser adotada pelo Ministério da Saúde em 03/2015.

54. Segundo leciona o professor e pesquisador da UNICAMP, Aníbal Faúndes.

serviço de saúde cabe respeitar a decisão da vítima, que deve ser tomada de forma livre, consciente, esclarecida e informada. É neste sentido que orienta o Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (47).

A vontade da mulher deve ser respeitada. Deve-se garantir a sua autonomia e a decisão sobre a interrupção da gravidez, mesmo sendo menor de 18 anos ou pessoa vulnerável, quando se verificar que possui capacidade suficiente para avaliar, determinar-se e conduzir-se por seus próprios meios para solução do problema (artigo 227, da Constituição Federal (10), artigo 14.1 e 14.2, 16 e 24 da Convenção dos Direitos da Criança (17)). Em caso de divergência, deve prevalecer a vontade da mulher, da criança e da adolescente sobre a dos pais ou representantes legais, devendo ser ouvido o Juiz da Vara da Infância e Juventude ou o representante do Ministério Público.

Por fim, cabe aos hospitais adotar normas de conduta e procedimentos para o atendimento da mulher que afirma ter sido vítima de estupro, sempre em consonância com o ordenamento jurídico vigente. Por esta razão, destaca-se a importância do presente protocolo.

11.10. Dever de sigilo. Notificação compulsória. Comunicação de crime. Licença

Além de agir com imparcialidade no atendimento à mulher, o médico deve manter sigilo profissional⁵⁵, excetuando-se o dever de notificar compulsoriamente a violência para fins epidemiológicos, de acordo com a Lei nº 10.778/2003 (48) e artigo 269⁵⁶, do Código Penal (33). Bem como, de comunicar eventual acidente de trabalho Acidente do trabalho, nos termos

55. A Constituição Federal, artigo 5º, assegura à pessoa o direito à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, a honra e a imagem. Por sua vez, está previsto no Código Penal o crime de violação do segredo profissional (art. 154). O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931, de 17/09/2009), dispõe sobre o sigilo profissional no Capítulo IX.

56. *Omissão de notificação de doença*

Art. 269. *Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória:*

Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

da Consolidação das Leis do Trabalho (49), art. 169⁵⁷ e da Lei nº 8.213/1991 (50), art. 21, IV, d, artigo 22⁵⁸, com fins previdenciários.

Em caso de aborto não criminoso, a mulher empregada tem direito à licença maternidade de 2 semanas e ao pagamento de salário-maternidade, se a interrupção ocorrer antes da 23ª semana de gestação. Ultrapassado este período, considera-se como antecipação do parto e será devido o pagamento do benefício de 120 dias⁵⁹. Se a mulher for servidora pública os benefícios podem variar, devendo-se consultar a legislação específica. Todavia, a mulher tem direito de não revelar que sofreu violência sexual e submeteu-se ao procedimento de aborto. O atestado médico de incapacidade laborativa não deverá conter informações, nem a aposição do Código Internacional de Doenças (CID), se esta for a decisão da mulher, que identifiquem o aborto, devendo estabelecer apenas o período de afastamento.

O sigilo profissional⁶⁰ é uma prerrogativa legal dada a todos os profissionais que para o pleno exercício de sua profissão devem tomar conheci-

57. Art. 169 - *Será obrigatória a notificação das doenças profissionais e das produzidas em virtude de condições especiais de trabalho, comprovadas ou objeto de suspeita, de conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério de Trabalho.*

58. Art. 21. *Equiparam-se também ao acidente do trabalho, para efeitos desta Lei:*

(...)

IV - *o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:*

d) *no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o*

meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Art. 22. *A empresa ou o empregador doméstico deverão comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário de contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social.*

(...)

§ 2º *Na falta de comunicação por parte da empresa, podem formalizá-la o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical competente, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública, não prevalecendo nestes casos o prazo previsto neste artigo.*

59. CLT, arts. 392 e 395, IN INSS/PRES nº 45/2010, Lei nº 10.710/2003.

60. *Código de Ética Médica Capítulo I - Princípios Fundamentais:*

(...)

XI - *O médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções, com exceção dos casos previstos em lei.*

mento de fatos íntimos da vida de seus clientes, como os advogados, médicos, enfermeiros, dentre outros. O médico não pode comunicar um aborto à autoridade policial ou judicial, em razão de estar diante de uma situação típica de segredo médico. O segredo médico pertence ao paciente. O médico é apenas seu depositário e só poderá revelá-lo em situações especiais: dever legal, justa causa ou autorização expressa do paciente.

Em caso de estupro (artigo 213, do Código Penal), o médico não pode, sob pena de infringir o artigo 73⁶¹, do Código de Ética Médica e incorrer na prática do delito previsto no art. 154⁶², do Código Penal, revelar, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Ou seja, as normas vigentes vedam a revelação de segredo que exponha o paciente a procedimento penal. O médico está desobrigado a atender (sem o consentimento da paciente) ordens ou pedidos que visem obter informações e documentos da paciente, como prontuários. Também estão proibidas a depor sobre fatos que tiveram conhecimento no exercício profissional⁶³ (51).

Certamente é importante que a vítima do estupro (pessoa com mais de 18 anos e não vulnerável) seja orientada a noticiar o crime à autoridade policial, mas nenhuma providência policial e/ou judicial pode ser exigida pelo serviço de saúde. Destaca-se que, como se trata de crime de ação penal

61. Código de Ética Médica:

SIGILO PROFISSIONAL - É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal (52).

62. Violação do segredo profissional

Art. 154. Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem: Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa. Parágrafo único. Somente se procede mediante representação.

63. Código de Processo Penal:

Art. 207. São proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar o seu testemunho.

pública condicionada à representação, convém informar à vítima de estupro (pessoa com mais de 18 anos e não vulnerável) que perderá o direito de representar, se não o fizer no prazo de seis meses contados da data em que souber quem é o autor do crime.

A violação de sigilo profissional além de configurar-se crime contra a liberdade individual, disposto no Código Penal, constitui uma violência institucional, cabendo à vítima, a reparação pelos danos morais e materiais causados pela revelação.

Em se tratando de estupro de vulnerável (artigo 217-A, do Código Penal, ou estupro de menor de 18 anos), a ação penal será pública incondicionada, ou seja, será promovida pelo Ministério Público e independe da manifestação de vontade da vítima. Mas, mesmo no estupro de vulnerável não se pode exigir que a vítima denuncie a violência. Porém, qualquer pessoa que tiver conhecimento do fato, pode registrar a ocorrência do crime.

Neste aspecto, em relação aos médicos, a regra geral é a seguinte: é dever do médico comunicar aos pais da vítima de estupro⁶⁴ (52) e à autoridade competente (Conselho Tutelar⁶⁵ (53), autoridade policial, promotor de Justiça ou juiz da Infância e Juventude⁶⁶) (54), a ocorrência de uma violên-

64. *Código de Ética Médica:*

Art. 74. *Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.*

65. *Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990):*

Artigo 13: *Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.*

E, a falta de comunicação configura infração administrativa:

Artigo 245. *Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:*

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

66. *Lei das Contravenções Penais (Decreto-lei nº 3.688, de 3/10/1941):*

Art. 66. *Deixar de comunicar à autoridade competente:*

- *crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício de função pública, desde que a ação penal não dependa de representação;*

- *crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de*

cia sexual contra crianças e adolescentes, da qual tomou conhecimento no exercício de sua atividade profissional. A comunicação ao Conselho Tutelar independe da vontade dos pais ou representantes legais da pessoa vulnerável e cabe ao médico e ao responsável pelo serviço de saúde.

A exceção à regra diz com a aplicação do princípio da proteção de crianças e adolescentes. Se porventura, o médico verificar que a paciente tem capacidade de avaliar o problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, e constatar que a comunicação do crime aos pais da vítima ou à autoridade competente puder causar danos à criança ou adolescente, poderá manter o sigilo, mediante decisão fundamentada e registrada no prontuário da paciente. É recomendável que esta decisão seja precedida de pareceres da equipe de saúde (medicina, assistência social, psicologia). Esta é uma situação excepcional, diante da necessidade de preservação da saúde e integridade física, moral e psicológica, escudada no princípio da proteção do melhor interesse da criança e do adolescente.

11.11. Abortamento sentimental putativo

O médico deve avaliar e certificar-se da veracidade do alegado pela mulher, firmando seu convencimento sobre a ocorrência da violência sexual mediante procedimentos adequados. Em determinadas oportunidades a violência física é aparente, outras não. Por vezes, o estupro é praticado mediante ameaça e não haverá sequer vestígios de violência física. Estas situações demandam um trabalho mais acurado da equipe de saúde. Ressalte-se, todavia, que a palavra da mulher tem presunção de veracidade.

Lembre-se de que o objetivo do serviço médico não é condenar ninguém pela prática do crime sexual, mas, sim, garantir à mulher o exercício de seu direito à assistência médica integral e segura. Caberá à justiça criminal, no processo penal respectivo, garantir ao eventual acusado os direitos cabíveis, como o contraditório e a ampla defesa. Ao serviço médico, no âmbito exclusivo e específico do atendimento à vítima, cabe analisar a palavra

*outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal:
Pena - multa, de trezentos mil réis a três contos de réis.*

da mulher no contexto dos demais elementos colhidos durante o procedimento assistencial e, se não houver elementos hábeis para afastar aquela presunção, há de prevalecer a palavra da mulher, sem que isso represente qualquer prejuízo para os direitos do eventual acusado pelo crime sexual no âmbito da justiça criminal (41).

Mesmo tendo o médico tomado todas as providências e cautelas, poderá, eventualmente, ser induzido a erro. Ou seja, a mulher pode mentir sobre a ocorrência da violência sexual. Nessa hipótese, caso o médico tenha adotado as cautelas necessárias e vier a realizar o abortamento acreditando que a mulher foi realmente vítima de estupro, não responderá ele por crime. O Código Penal (33), em seu artigo 20, § 1º, prevê as discriminantes putativas:

Erro sobre elementos do tipo

Art. 20. O erro sobre elemento constitutivo do tipo legal de crime exclui o dolo, mas permite a punição por crime culposo, se previsto em lei. Discriminantes putativas

§ 1º - É isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima. Não há isenção de pena quando o erro deriva de culpa e o fato é punível como crime culposos.

Se todas as circunstâncias levaram o médico a formar o seu convencimento de que estava diante de uma gravidez decorrente de estupro e, posteriormente, vem a saber que a gestante burlou as cautelas procedimentais do serviço, o médico e demais profissionais não serão punidos criminalmente. A gestante, por sua vez, poderá responder pelo abortamento (artigo 124 do Código Penal).

Mesmo assim, reitera-se que a palavra da mulher merece credibilidade conforme já exaustivamente exposto.

11.12. Objeção de consciência. Direitos e deveres.

A objeção de consciência é o direito do indivíduo de se escusar do cumprimento da lei aduzindo suas convicções de ordem pessoal (moral, política, religiosa, filosófica), desde que cumpra uma prestação alternativa fixada em lei⁶⁷ (10). Para o direito constitucional a objeção de consciência

67. Constituição Federal, artigo 5º [...] VIII - ninguém será privado de direitos por mo-

seria uma expressão da democracia, que assegura ao cidadão eximir-se de obrigação legal (a exemplo: recusa ao serviço militar), com fundamento no respeito às convicções pessoais.

Segundo Diniz, “a objeção de consciência é um dispositivo normativo de códigos profissionais e de políticas públicas que visa proteger a integridade de pessoas envolvidas em uma situação de conflito moral. Em um conflito entre deveres públicos e direitos individuais, esse dispositivo é acionado para proteger a moral privada do indivíduo, como no caso do médico que declara objeção de consciência para não atender uma mulher que deseja abortar legalmente. Em nome de convicções individuais, esse dispositivo protegeria o sentimento de integridade moral do médico, ao autorizá-lo a não participar de um procedimento que acredita ser moralmente errado, embora legal” (55).

O Código de Ética Médica (52) assegura ao médico autonomia no exercício da profissão, estabelecendo o Capítulo I, entre os Princípios Fundamentais que:

vii - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em casos de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Também, dentre os Direitos dos Médicos (Capítulo II), elenca:

ii - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitadas legislação vigente.

(...)

ix - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência.

No Capítulo III, trata da Responsabilidade Profissional, vedando ao médico:

Artigo 15 - Descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgão ou tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação genética ou terapia genética.

tivo de crença religiosa ou de convicção religiosa ou política, salvo se as invocar para eximir-se de obrigação legal a todos imposta e recusar-se a cumprir prestação alternativa, fixada em lei.

E no Capítulo IV (Direitos Humanos), veda ainda:

Art. 22 - Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal, após esclarecê-lo sobre o procedimento médico a ser realizado, salvo em risco iminente de morte.

Art. 24 - deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

No Capítulo V, ao referir-se à relação com pacientes e familiares, veda ao médico:

Art. 31 - desprezar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em eminente risco de morte.

Art. 34 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

A Resolução do CFM nº 1.931/2009 estabelece que, em princípio, o médico não é obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência, desde que por razões de sua moral privada⁶⁸. Ou seja, o médico solicita a recusa em cumprir com seu dever. Porém, conforme a própria Resolução do CFM, a objeção de consciência não é absoluta. As exceções estão elencadas no próprio dispositivo (Capítulo I, VII): excetuadas as situações de ausência de outro médico, em casos de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente (56).

68. Segundo Débora Diniz: "Há quem sustente que médicos não poderiam ser objetos. A recusa de assistência seria uma medida moral incompatível com a natureza da profissão médica. Essa me parece uma compreensão que se baseia antes em tipos profissionais ideais que mesmo em sujeitos concretos, cuja vida moral é, ao mesmo tempo, uma escolha e uma herança. Melhor que confrontar médicos em suas crenças e fragilidades, a saída é organizar o tenso encontro entre dogmas, sentimentos e necessidades de saúde. Os sujeitos são livres para transformarem-se em médicos. O aborto é um ato exclusivo de médicos, sendo vedado a enfermeiras ou parteiras realizá-lo mesmo em regiões longínquas do país. Os médicos são livres para professar suas crenças morais, sejam elas religiosas ou não. As mulheres são livres para decidir se querem abortar quando vítimas de um estupro. Esse é o cenário que tensiona reclames por sofrimentos e direitos: as mulheres têm o direito ao aborto e não querem ser atendidas por médicos em sofrimento".

A objeção de consciência, todavia, não pode significar omissão de socorro, que poderá acarretar danos físicos, psicológicos e até levar a mulher à óbito. Neste caso, o/a médico/a poderá responder civil e criminalmente⁶⁹.

Em caso de aborto lícito, o médico não pode sobrepor seus direitos e convicções pessoais às suas responsabilidades profissionais (ser objetor de consciência) para eximir-se de cumprir seu dever legal, quando: - há riscos de morte, danos ou agravos à saúde para a mulher; - na ausência de outro profissional que o faça; - no atendimento a complicações decorrentes do abortamento inseguro, por se tratarem de urgências.

Se o aborto legal não for realizado nestas situações, o médico poderá ser responsabilizado civil e criminalmente pelos danos causados à mulher em razão de sua omissão.

De qualquer forma, o médico objetor deve justificar a solicitação de recusa de assistência (41). O ônus da justificação cabe ao médico com objeção seletiva de consciência, e é dever da unidade de saúde avaliar sua relevância, tornando públicos os seus valores e os submetendo à avaliação de relevância pelo serviço de saúde (55).

Ao invocar objeção de consciência o médico deve realizar os seguintes procedimentos: 1 - fornecer à mulher todas as orientações relativas ao exercício de seu direito ao “aborto legal”; 2 - esclarecer à mulher que ela tem esse direito e que o Estado tem o dever de dar assistência a ela para a interrupção da gestação de forma segura; 3 - praticar todas as condutas médicas necessárias para garantir a saúde da mulher; 4 - realizar todos os procedimentos

69. Código Penal - Relação de causalidade

Art. 13. O resultado, de que depende a existência do crime, somente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

Superveniência de causa independente

§ 1º A superveniência de causa relativamente independente exclui a imputação quando, por si só, produziu o resultado; os fatos anteriores, entretanto, imputam-se a quem os praticou.

Relevância da omissão

§ 2º A omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem:

tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância;

de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado;

com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado.

de emergência necessários; e, 5 - sem adotar nenhum procedimento procrastinatório, encaminhar a mulher ao médico ou a um serviço que estiver habilitado e capacitado para a realização do “aborto legal” em tempo hábil e com segurança” (41).

A objeção de consciência é invocável apenas pelo médico, não pela instituição. Os estabelecimentos/instituições integrantes do sistema de saúde tem a obrigação de garantir a assistência às pessoas vítimas de violência sexual, mantendo em seus quadros médicos não objetores, vez que o aborto é direito legalmente assegurado. Lembre-se que negar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde, ou prestar estes serviços com baixa qualidade, ou abusar da autoridade em virtude das relações desiguais de poder entre profissionais e usuários(as), caracteriza violência institucional, que pode ser exercida pelo próprio serviço público ou por seus concessionários, ensejando a responsabilização civil e criminal pela violação dos direitos expressos na Constituição e nos Tratados e Convenções Internacionais, acima já abordados.

11.13. Prontuário médico

O prontuário médico é documento valioso. O seu preenchimento pelo médico, de forma clara e legível, com riqueza de detalhes é peça fundamental, inclusive para sua própria defesa.

O médico deve zelar pelo registro e descrição criteriosa dos dados sobre a violência sofrida pela paciente e suas circunstâncias, os achados do exame físico e as terapêuticas instituídas. O prontuário pode servir como prova indireta ou Laudo Indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.

Ao prontuário, deve o médico arquivar cópia do termo de consentimento, livre e esclarecido, para interrupção da gestação, ou da autorização dos pais ou responsáveis (quando a vítima for menor de 18 anos ou vulnerável e não puder consentir) ou da autorização judicial (quando houver divergência entre os pais ou responsáveis); do parecer da equipe de saúde pela realização do abortamento; de outros documentos, como do Boletim de Ocorrência Policial; e da decisão fundamentada sobre a comunicação aos pais e autoridades (quando a vítima for menor de 18 anos ou vulnerável). Todos os documentos devem ser legíveis, datados e assinados, elaborados em duas vias, sendo uma entregue para a gestante e outra arquivada no prontuário médico.

Sem o consentimento da mulher, o médico não poderá revelar o conteúdo de prontuário ou ficha médica (Art. 102 do Código de Ética Médica (52)), salvo por justa causa, isto é, quando diante de um estado extrema de necessidade. Haverá justa causa quando a revelação for o único meio de conjurar perigo atual ou iminente e injusto para si e para outro.

Se a revelação dos fatos for feita para preservar o paciente de danos e consequências maiores, está afastado o crime de revelação de segredo profissional. Entretanto, a revelação do ocorrido também pode lhe acarretar danos, em algumas circunstâncias. Nesse caso, a decisão do profissional de saúde deve estar justificada no prontuário da criança ou do adolescente (57).

11.14. Considerações finais

Não se trata de impor uma ou outra decisão à mulher, mas de respeitar e fazer valer o seu direito de escolha, de agir de acordo com suas crenças e seus valores. A mulher, e somente ela, pode dimensionar o seu sofrimento, e de acordo com suas convicções pessoais, decidir pela realização do abortamento decorrente de estupro, determinando qual o destino que quer dar ao seu corpo e a sua vida⁷⁰ (58). Pois, segundo DWORKIN, “a um estado não compete prescrever o que as pessoas deveriam pensar sobre o significado e o valor último da vida humana, sobre por que a vida tem importância intrínseca, e sobre como esse valor é respeitado ou desonrado em diferentes circunstâncias” (59).

Ademais, o ônus de uma gestação recai apenas sobre as mulheres, pois somente elas ficam grávidas. No entanto, destaca Sarmento, “a legislação não requer, em nenhum caso, sacrifício comparável do homem” (58).

Ao serviço médico compete apenas o dever de acolher, bem orientar e prestar toda a assistência e apoio médico e psicológico à mulher em situação de violência sexual, antes, durante e depois da sua decisão.

Conclui-se, assim, com uma mensagem que pretende abranger todo o conteúdo ora tratado e também aqueles conflitos mais intrínsecos dos pro-

70. Sarmento reconhece no princípio da dignidade da pessoa humana o pressuposto para o respeito à “esfera de autodeterminação de cada mulher ou homem, que devem ter o poder de tomar as decisões fundamentais sobre suas próprias vidas e de se comportarem de acordo com elas, sem interferências do Estado ou de terceiros”.

fissionais que no dia-a-dia de sua profissão se deparam com as mazelas do ser humano e com toda a sorte de dilemas existenciais, citando Luiz Pérez Aguirre, para quem:

Se de todo sofrimento devemos falar com respeito e com vergonha de não fazer todo o possível para superá-lo, com maior razão devemos respeitar a angústia, a agonia e o sentimento de culpa induzidos pela criminalização do aborto em milhões de mulheres. O caminho sábio nunca é o mero castigo, a penalização, mas o acompanhamento sincero, compassivo e redentor do ser que sofre. [...] A tragédia se instala quando, na polêmica, faltam a honestidade mínima e o realismo vital, passando-se diretamente da defesa da vida e preocupação com os seres humanos à defesa de princípios abstratos e posições tomadas. Isso sempre redundando em agressões, manipulações sentimentais e meias verdades ideologizadas que escamoteiam o problema e impedem de resolvê-lo. [...] Por trás do problema de penalizar ou não o aborto, entram em jogo também outras realidades humanas muito graves: a dignidade da mulher, a injustiça social, o machismo, a ignorância quanto à sexualidade, diferentes atitudes culturais e morais quanto à vida, o uso de anticoncepcionais, a moral, o papel das autoridades civis e eclesiásticas, etc. Isso complica e de modo geral desvia o debate, levando-o a becos sem saída (60).

Cidadania e justiça social englobam o direito à saúde. O acesso universal e igualitário à saúde é norma constitucional e o aborto é uma questão de saúde pública. Negar acesso ao aborto legal é recusar a intervenção necessária a uma violência vivida, invisibilizando uma dor que tem nome (61), importa em violação dos direitos humanos da mulher e em tratamento cruel, desumano e degradante.

11.15. Referências

- 1) Dworkin R. Domínio da Vida São Paulo: Martins Fontes; 2009.
- 2) Badinter E. Rumo Equivocado Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.
- 3) CREMESP. [Manual de ética em ginecologia e obstetrícia. Direitos Sexuais e Reprodutivos [cited 2015. Available from: http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&codcapitulo=58.
- 4) Santos BdS. As mulheres não são homens [http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Mulheres%20n%C3%A3o%20s%C3%A3o%20Homens_large_10Mar11.pdf].; 2011 [cited 2015. Available from: <http://www.boaventuradesousasantos.pt/pages/pt/opinioao/2011.php>.
- 5) Facio A. Cuando el genero suena cambios trae San José da Costa Rica: ILANUD; 1992.
- 6) Cerqueira D, Coelho DdSC. Nota Técnica - Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar) Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA; março de 2014.
- 7) Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública.; 2013. Available from: http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario_2013-corrigido.pdf.
- 8) Minayo MCdS. Laços perigosos entre machismo e violência. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;; p. 10(1):18-34.
- 9) Ventura M, Ikawa D, Piovesan F, Bartesd LL. Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do direito Rio de Janeiro: ADVOCACI; 2003.
- 10) Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
- 11) Piovesan F, Vieira RS. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos no brasil: desafios e perspectivas. Revista Iberoamericana de Filosofia, Política y Humanidades. 2007; Ano 8, Nº 15.
- 12) Kyriakos N, Fiorini E. A dimensão legal do aborto no Brasil. In Pereira Iea. Aborto legal: implicações éticas e religiosas. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2002.
- 13) World Health Organization. CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION.
- 14) Brasil. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. DOU de 15.1.1996.
- 15) Supremo Tribunal Federal. ADPF n. 54. 2012 Apr 12.
- 16) Piovesan F. Temas de direitos humanos São Paulo: Max Limonad; 2003.

- 17) CREMESP. Manual de ética em ginecologia e obstetrícia. [cited 2015. Available from: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes capitulos&cod capitulo=58>.
- 18) Pimentel S, Schritzmeyer ALP, Pandjarian V. Estupro: direitos humanos, gênero e justiça. Revista USP. Março/maio 1998; (37): 58-69.
- 19) Brasil. Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006. DOU de 8.8.2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.
- 20) Barwinski SLLB. Reflexões: à guisa de conclusão. In Barwinski SLLB, Joppert DMR, Rodrigues ZAL. Violência contra a mulher: desafios e avanços. Curitiba: OABPR; 2015. p. 308.
- 21) Brasil. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. DOU de 10.8.2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei 2.848, de 7.12.1940 - CP, e o art. 1º da Lei 8.072/1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da CF/1988e revoga a Lei 2.252/1954, que trata de corrupção de menores.
- 22) Brasil. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. DOU de 31.12.1940. Código Penal.
- 23) Jesus Dd. Direito Penal Parte Especial. Dos crimes contra a propriedade imaterial a dos crimes contra a paz pública São Paulo: 19 ed. Saraiva; 2010.
- 24) Nucci GdS. Crimes contra a Dignidade sexual ; comentários à Lei 12.015 de 7 de agosto de 2009. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2009.
- 25) Jesus Dd. Vítima vulnerável do crime estupro. Carta Forense. Colunas Penal. 2010 Aug 01.
- 26) Nucci GdS. Manual de direito penal / parte geral / parte especial Rio de Janeiro: Editora Forense; 2014.
- 27) Brasil. Lei n. 8.072, de 25 de julho de 1990. DOU de 26.7.1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências.
- 28) Faúndes A, Barzelatto J. O drama do aborto em busca de um consenso Campinas: Editora Komedi; 2004.
- 29) Mirabete JF. Manual de direito penal São Paulo: Atlas; 1987.
- 30) Brasil. Ministério da Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual : perguntas e respostas para profissionais de saúde.. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011 [cited 2015 2015 15/12 [Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf.
- 31) Conde MF. Teoría General del Delito Valência: Tirant Lo Blanch; 1991.
- 32) Brasil. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. DOU de 11.1.2002. Institui o Código Civil.

- 33) Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2005. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.
- 34) Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica. 2012. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- 35) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.508, de 1º de setembro de 2005. 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.
- 36) FIGO, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Ethica Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Hyman Reproduction and Women's Health. London: FIGO House; 2015.
- 37) Brasil. Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990. DOU de 22.11.1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança.
- 38) Brasil. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. DOU de 25.11.2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.
- 39) Brasil. Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943. DOU de 9.8.1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho.
- 40) Brasil. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. DOU de 25.7.1991, republicado 11.4.1996 e republicado em 14.8.1998. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.
- 41) Brasil. Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941. DOU de 13.10.1941 e retificado em 24.10.1941. Código de Processo Penal.
- 42) CFM. Resolução CFM n. 1931. DOU de 24.09.2009, retificada em 13/10/2009. Código de Ética Médica.
- 43) Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16.7.1990 e retificado em 27.9.1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
- 44) Brasil. Decreto-Lei n. 3.688, de 3 de outubro de 1941. DOU de 3.10.1941. Lei da Contravenções Penais.
- 45) Diniz D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. Revista de Saúde Pública. 2011;; p. 45:981-985.

- 46) Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. Cadernos Saúde Pública. 2013 setembro; vol.29.
- 47) CFM. Resolução CFM n. 1.605. DOU 29.09.2000, Seção I, p.30. O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.
- 48) Sarmento D. Legalização do aborto e Constituição. In Cavalcanti A, Xavier D, Org. Em defesa da vida: aborto e direitos humanos. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2006.
- 49) Dworkin R. Domínio da Vida São Paulo: Martins Fontes; 2009.
- 50) Aguirre LPS. Aspectos religiosos do aborto induzido São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2006.
- 51) Schraiber Lea. Violência vivida: a dor que não tem nome. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2003; v.7, n.12: p. p.41-54.
- 52) ONU. Declaração e Programa de Ação. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. 1993.
- 53) UNFPA. Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População em Desenvolvimento.
- 54) UNFPA. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial. 1995.
- 55) Brasil. Decreto n. 65.810, de 8 de dezembro de 1969. 1969. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial.
- 56) Brasil. Decreto n. 678, de 6 de novembro de 1992. DOU de 9.11.1992.
- 57) Brasil. Decreto n. 4.377, de 13 de setembro de 2002. DOU de 16.9.2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto no 89.460, de 20 de março de 1984.
- 58) Brasil. Decreto n. 40, de 15 de fevereiro de 1991. DOU de 18.2.1991. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes.
- 59) Brasil. Decreto n. 1.973, de 1º de agosto de 1996. DOU de 1º.8.1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.
- 60) Brasil. Decreto n. 591, de 6 de julho de 1992. DOU de 7.7.1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação.
- 61) Brasil. Decreto n. 592, de 6 de julho de 1992. DOU de 7.7.1992. Atos internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos. Promulgação.

12 A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO PARANÁ

*Márcia Cecília Huçulak
Maria Cristina Fernandes Ferreira*

Há três formas de adoecer: das agressões da natureza, das doenças hereditárias e das relações entre os homens, sendo esta a mais perversa.

Sigmund Freud, 1929

12.1. Introdução

A violência é um fenômeno social complexo, pluridimensional e historicamente produzido que afeta os indivíduos, as famílias, as comunidades e a sociedade, exigindo vários olhares e diferentes formas de intervenções. Por sua natureza complexa, envolve as pessoas em sua totalidade biopsíquica e social; e, como fenômeno social e pluridimensional, solicita atenção Inter setorial das várias políticas públicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou uma ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulta ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

Os problemas relativos a esse fenômeno vêm ganhando cada vez mais visibilidade no mundo, tendo se tornado uma questão importante para o setor público. A OMS, em sua 49ª assembleia, reafirmou o tema como uma de suas prioridades de atuação. A Organização Pan-Americana da Saúde analisa que “[...] a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas físicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países [...]”.

No ano de 2002 foi publicado o “Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde”, que representou uma importante reflexão sobre o papel do setor saúde para superação do problema, revelando que todos os anos mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões fatais por causas violentas.

O Brasil é um dos países onde a violência se tornou significativa pelo seu impacto na saúde. No Paraná, esse impacto também é evidenciado na análise dos dados epidemiológicos realizada pela Secretaria de Estado da Saúde. As violências e acidentes (causas externas) se constituem na terceira causa de óbito na população do Estado e são as principais causas de morte nas faixas etárias mais jovens — infância, adolescência e jovens adultos, havendo mais vítimas entre os homens, desde o segundo ano de vida até os 49 anos. Em 2015, as causas externas constituem a segunda causa de morte nos homens e a quinta entre as mulheres; porém, nestas, são a principal causa de morte dos 5 aos 39 anos.

De 2011 a 2014, ao se analisar as notificações ocorridas, segundo sexo, observa-se que o maior número de casos notificados diz respeito ao sexo feminino (em quase todas as faixas etárias), constituindo 65% das notificações de violência interpessoal e autoprovocada.

Em relação ao tipo e natureza da violência notificada e sexo, observa-se que a violência física, a violência psicológica/moral e a violência sexual têm maior ocorrência no sexo feminino, enquanto a negligência/abandono ocorre mais com o sexo masculino e é predominante na infância e na adolescência.

Quanto à violência sexual, no período de 2011 a 2014, segundo dados de notificação do SINAN/PR, ocorreram 8587 notificações de violência sexual no Paraná, sendo que a grande maioria das notificações corresponde ao sexo feminino (74,9%) e, destas, a maior ocorrência refere-se ao estupro (4090 notificações). A faixa etária de maior ocorrência de estupros é de 10 a 19 anos, seguida da faixa etária de 0 a 9 anos, ou seja, são mais atingidas as faixas que correspondem à infância e à juventude das mulheres. As mulheres e meninas também sofrem com maior intensidade a violência que acontece no seio das famílias, dentro dos domicílios.

Os dados permitem aferir que a violência não atinge a população de forma homogênea. Variações quantitativas e qualitativas acontecem dependendo do sexo, da idade, da cor, do local de moradia, do tipo de ocupação, das condições sociais e econômicas, entre outros fatores.

Em 2001 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 737/2001, que instituiu a Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências e insere o tema da violência no marco da Promoção da Saúde, entendendo a necessidade de atuar proativamente diante dos problemas que tornam a sociedade e os grupos específicos mais vulneráveis. Conforme o documento, “Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferen-

tes tipos de violência com consequências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde”.

A violência tem origens históricas e sociais, apresentando múltiplos fatores causais. Portanto, só poderá ser enfrentada através da articulação de diversos setores e instituições do poder público e da sociedade. Por afetar profundamente a área de saúde, causando mortes, lesões, incapacidades, alterações emocionais, reduzindo a qualidade de vida e aumentando as demandas não só para as áreas de urgência e emergência e reabilitação, mas em todas as áreas de atenção, vigilância e promoção da saúde, mostra-se como um importante problema para o setor, exigindo que a violência seja também encarada como uma questão de Saúde Pública.

Os serviços de saúde têm pouca interferência direta nas causas objetivas da violência, não têm alcance sobre a sua determinação e acabam contemplando a generalização da epidemia, atendendo vítimas cuja recuperação é muitas vezes incerta e insatisfatória. Contudo, não há talvez outro setor de atividade tão bem organizado e presente na vida das pessoas, cuja principal característica é cuidar do indivíduo e da coletividade. Essa é a melhor resposta para uma sociedade que sofre com a violência endêmica. É por meio do cuidado que se identifica o sujeito que reside em cada um dos seres humanos.

Por isso, a violência exige um trabalho Inter setorial que envolve a saúde, a educação, a assistência social, a justiça, a segurança pública, os conselhos de direitos e os movimentos sociais, para fortalecer e implementar o cuidado e a proteção social às pessoas e às famílias.

12.2. A organização da atenção às pessoas em situação de violência no Paraná

A organização da atenção às pessoas em situação de violência sexual tem seus primeiros registros na Secretaria de Estado da Saúde (SESA) em 1999. Foi nesse ano que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná publicou a Resolução nº 10/99, que aprovou a prática do abortamento legal e definiu os critérios e fluxos para o atendimento desses casos nos hospitais de referên-

cia, e que foi realizada a 4ª Conferência Estadual de Saúde, onde foi aprovada a proposta de que a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) “implantasse projetos de atendimento às mulheres que sofrem violência e sua família”.

Em 2001, foi elaborado pela Comissão de Saúde da Mulher, do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, o Plano Estratégico para a Organização de Serviços de Atendimento às Mulheres que sofrem Violência, no Estado do Paraná. A partir desse plano foram publicadas duas resoluções do Conselho Estadual de Saúde: a Resolução nº 14/2001 estabeleceu a política estadual e os critérios para o atendimento à mulher que sofre violência. Definiu que os serviços de assistência à mulher que sofre violência seriam estruturados na forma de redes integradas, observadas as regiões administrativas, com o envolvimento das áreas de saúde, segurança, bem-estar social e demais poderes constituídos. Essa resolução ainda estabelecia a organização dos serviços por meio de parcerias públicas e da sociedade civil; os fluxos de atendimento às mulheres, às crianças e aos adolescentes; a capacitação técnica com ênfase na humanização do atendimento prestado; e a adoção de protocolos de atendimento a vítimas de violência. Já a Resolução nº 15/2001 criou o Comitê Gestor Estadual Interinstitucional da Rede, com a participação das Secretarias de Estado da Saúde, da Justiça, da Criança e Assuntos da Família, e da Segurança Pública, incluindo entidades como a OAB, CRP, CRM, Conselho Estadual da Mulher, Fórum Popular de Mulheres, União Brasileira de Mulheres, entre outras.

Em 2002, a partir das discussões suscitadas pelo referido comitê e pela Comissão de Saúde da Mulher do Conselho Estadual de Saúde, foi estabelecido o Protocolo de Atendimento da Rede de Atenção às Mulheres, às Crianças e aos Adolescentes Vítimas de Violência. Esse protocolo foi indutor da parceria estabelecida entre a Secretaria do Estado da Saúde - SESA e a Secretaria do Estado da Segurança Pública - SESP, por meio das Resoluções SESA/SESP nº 02/2002 e SEAP/SESA/SESP nº 03/2002.

A partir dessa parceria ocorreu uma mudança fundamental na atenção às vítimas de violência sexual: em vez de peregrinar entre o serviço de saúde, IML e delegacia de polícia, os profissionais desses serviços é que se dirigem ao hospital para a realização da coleta de vestígios, elaboração dos laudos forenses e adoção de procedimentos para as possíveis ações que a situação demanda. O fluxo de atendimento às vítimas de violência sexual para a região metropolitana de Curitiba foi organizado no Hospital de Clínicas/UFPR, no Hospital Evangélico de Curitiba e no Hospital Pequeno Príncipe, ou seja, em três serviços hospitalares. A SESA disponibilizou mé-

dicos que permanecem de plantão 24 horas no IML e, em qualquer necessidade de atendimento, as equipes de tais hospitais acionam esse plantão do IML e o médico se desloca ao hospital. Cabe ao IML o acolhimento, capacitação, supervisão, definição das escalas de plantão móveis, fornecimento de insumos necessários à coleta de vestígios e elaboração de laudos forenses. Além da coleta de vestígios são realizadas as medidas profiláticas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da contracepção de emergência, assim como as orientações do acompanhamento nos serviços de saúde e nas instituições da rede de proteção social. Esse atendimento permanece até os dias atuais.

Em 2010, por demanda do movimento de mulheres e da Comissão de Saúde da Mulher do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, instituiu-se um grupo de trabalho denominado Rede Intersetorial de Atenção à Mulher em Situação de Violência no Paraná - RIAMULHER Paraná, que reúne representantes de órgãos públicos estaduais e municipais, de instituições da sociedade civil e de entidades de classe, do movimento social e de organizações feministas e de mulheres. Essa rede intersetorial objetivava articular as informações relativas à violência, em especial contra a mulher, e os serviços de saúde, e recomendar ações e propostas para a atenção à mulher em situação de violência.

Em 2011, estruturou-se na SESA a coordenação de saúde da mulher, que entre as suas atribuições estabelece um trabalho integrado e articulado para o cuidado das mulheres em situação de violência. Em 2012, dentre os trabalhos desenvolvidos - e que há muito tempo vinham sendo demandados pelo movimento de mulheres e pela comissão de saúde da mulher do CES - foi elaborada e submetida a consulta pública a linha guia de atenção à mulher em situação de violência.

Em 2013, após as contribuições da consulta pública, a SESA elaborou a linha de cuidado para a atenção à saúde das pessoas em situação de violência. Essa linha de cuidado apresenta todas as diretrizes para a organização do cuidado às pessoas em situação de violência no contexto das redes de atenção à saúde implantadas desde 2012 no Paraná. Seu objetivo foi definir as diretrizes e estabelecer as atribuições dos diversos pontos de atenção no cuidado às pessoas em situação de violência, garantindo o cuidado desde a atenção primária até os pontos de atenção secundária e terciária, solicitando a interação entre os mesmos nas redes de atenção à saúde, ou seja, a integralidade da atenção.

A atenção integral às pessoas em situação de violência compreende as seguintes dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de atenção à saúde e de proteção social. Foi nesse contexto que a SESA elaborou a linha de cuidado para as pessoas em situação de violência e estabeleceu as competências e ações a serem desenvolvidas nos serviços de saúde e da rede de proteção social, que descrevemos a seguir.

12.3. Saúde e a Rede Intersetorial de Proteção Social

A violência torna-se tema da saúde pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas, merecendo, portanto, a utilização de estratégias de promoção da saúde e da paz, e ações de prevenção, vigilância, assistência e reabilitação.

É imprescindível a realização de ações integradas e intersetoriais entre a saúde e as demais políticas públicas e a efetiva participação da sociedade. As formas de intervenção podem ser definidas conforme a realidade de cada município ou região.

No âmbito da saúde, é fundamental estabelecer um diálogo entre os pontos de atenção das redes de atenção à saúde, buscando qualificar o atendimento às pessoas. Essa focalização é necessária para o monitoramento das ocorrências, a sistematização das ações, a ampliação e qualificação do acesso na atenção primária à saúde, na atenção domiciliar, na atenção especializada e no atendimento pré-hospitalar e hospitalar.

Segundo Mendes (2009): “As redes de atenção à saúde são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde”. Para a integralidade da atenção é essencial a articulação entre os pontos de atenção das redes de saúde, assim como a descrição das competências dos mesmos.

12.3.1. O papel das equipes da Atenção Primária à Saúde na atenção às pessoas em situação de violência

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação e a coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde. São atributos da APS: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Focalização na Família; Orientação Comunitária; e Competência Cultural.

É nesse nível de atenção do sistema de saúde que se realizam os cuidados essenciais de promoção, proteção, reabilitação, diagnóstico e tratamento dos problemas da saúde, assim como a prevenção de agravos.

Os profissionais da atenção primária, por estarem próximo das famílias, têm maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violências, realizar o acolhimento e o atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidado), notificar os casos e encaminhar para a rede de cuidados e de proteção social.

As equipes possuem espaço privilegiado para a identificação dos casos de violência pela abrangência de ações na UAPS/USF, no domicílio e na comunidade, ou seja, pelo envolvimento dos profissionais com as ações de saúde individual e coletiva desenvolvidas no território.

Cabe à equipe da UAPS/USF:

- Organizar e garantir o atendimento às pessoas em situação de violência, sendo esse atendimento responsabilidade de todos os profissionais da equipe.
- Realizar o acolhimento, a notificação de todos os casos suspeitos ou confirmados de violência e acidente, e o acompanhamento desses casos.
- Utilizar tecnologias e estratégias relacionadas à cultura da paz e prevenção da violência.
- Estimular na área de abrangência das UAPS/USF a criação de espaços para o trabalho Intersetorial.
- Divulgar a Linha de Cuidado para Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Violência a todos os profissionais da unidade.

- Desenvolver grupos educativos voltados especificamente ao tema.
- Divulgar em local de fácil visibilidade na unidade o atendimento às pessoas em situação de violência.
- Encaminhar os casos necessários para as redes de atenção à saúde e de proteção social.
- Trabalhar em ação integrada com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Realizar e garantir a participação dos profissionais nos processos de educação permanente.
- Discutir os casos em equipe.

12.3.2. Pontos de Atenção Secundária e Terciária: UPA/24 Horas, CAPS, Centro de Especialidade, Centros de Aconselhamento e Testagem - CTA, Hospital

Os pontos de atenção secundária e terciária à saúde são conhecidos como os serviços de atenção especializada e são constituídos por unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares. Em geral, os serviços de atenção especializada para o atendimento à criança, adolescente, jovem, mulher e idoso em situação de violência estão vinculados a uma unidade de atenção primária.

No Paraná há 24 centros de especialidades localizados nas regiões de saúde, e nesses centros estão disponíveis uma gama de especialidades médicas e equipes multiprofissionais que são referência para os municípios da região de saúde. A Atenção Especializada é parte de um sistema de cuidados integrais no qual se deve garantir a comunicação em rede com os outros níveis de atenção. Em situações em que esses serviços se constituem como porta de entrada ou primeiro contato, é de sua responsabilidade prestar a atenção integral às pessoas em situação de violência conforme protocolos e fluxos estabelecidos, em linha de cuidado, nas dimensões de acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação e segmento na rede de cuidados e de proteção social constituída no território.

As Unidades de Pronto Atendimento - UPAs e 24 horas são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades de Atenção Primária à Saúde e as portas de urgência hospitalares com as quais compõem a rede de Atenção às Urgências. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência - SAMU 192, o qual, por meio da central de regulação, organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

Esses serviços integram a Rede de Atenção Paraná Urgência para os casos de violência de maior gravidade, a exemplo de tentativas de suicídio, agressão física, acidentes e violência sexual.

Cabe às equipes das UPAs/24 horas:

- Trabalhar com acolhimento e classificação de risco.
- Identificar as situações de violência.
- Atender os casos de violência de acordo com a característica e complexidade do serviço.
- Encaminhar para outros pontos de atenção à saúde conforme a necessidade do usuário e para acompanhamento na unidade de Atenção Primária à Saúde.
- Notificar os casos atendidos — suspeitos ou confirmados.
- Registrar as informações com ênfase no relato do fato.
- Garantir a participação dos profissionais nos processos de educação permanente.

As Unidades Hospitalares devem responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas conforme linha de cuidado e protocolos clínicos estabelecidos. Na organização da atenção do estado há referências estabelecidas para todas as regiões de saúde para os casos mais graves, em especial para os casos de traumas e emergência, violência física e sexual.

Cabe às equipes dos Hospitais:

- Trabalhar com acolhimento e classificação de risco.
- Identificar as situações de violência.
- Atender os casos de violência de acordo com a característica e complexidade do serviço.
- Encaminhar os casos de violência para outros pontos de atenção à saúde conforme a necessidade do usuário e para acompanhamento na unidade de atenção primária.
- Notificar os casos atendidos - suspeitos ou confirmados.
- Registrar as informações dando ênfase ao relato do fato.
- Quando se tratar de criança ou adolescente, em casos de suspeita de violência familiar, realizar o internamento hospitalar até a chegada do Conselho Tutelar ou de outra autoridade competente.
- Quando se tratar de idoso, em casos de suspeita de violência familiar, realizar o internamento hospitalar até a chegada do Conselho do Idoso ou de outra autoridade competente.
- Realizar e garantir a participação dos profissionais nos processos de educação permanente.

Os Serviços de Saúde Mental - CAPS são serviços da rede de saúde mental, de atenção diária, de base comunitária, que possuem equipe multiprofissional e têm papel estratégico na regulação da porta de entrada da Rede de Atenção Psicossocial. São unidades de saúde de referência e tratamento para transtornos mentais, uso abusivo de álcool e outras drogas, e acompanhamento de possíveis sequelas psíquicas e emocionais resultantes de situações de violência.

Além de realizar o atendimento às vítimas e suas famílias para os casos de violência que necessitem de intervenções de maior complexidade, essas

unidades de saúde desenvolvem ações educativas em parceria com as escolas, visando a transformar a cultura de violência e promover a cultura da paz.

O trabalho junto à atenção primária ocorre de duas maneiras: apoio matricial às equipes de saúde da família (ESF)/equipes de atenção primária por intermédio de uma equipe mínima de Saúde Mental, ou apoio pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A rede de atenção psicossocial é constituída por diversas unidades assistenciais que possibilitam a atenção psicossocial para crianças e adolescentes, jovens, mulheres, homens, idosos e suas famílias em situação de violência.

12.3.3. Serviços de Apoio à Gestão do SUS

Os Núcleos de Apoio Saúde da Família - NASF são criados com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção primária, na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização. As equipes dos NASF têm também realizado o papel matricial às equipes de saúde da família/equipes de atenção primária, dando apoio técnico e garantindo suporte aos profissionais de saúde. Destaca-se o papel do psicólogo e do assistente social dentro da equipe do NASF, no cuidado integral às pessoas e famílias em situação de violências.

12.3.4. Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

A SESA instituiu o repasse de recursos financeiros anuais, objetivando apoiar os municípios na implantação e implementação dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. Estes repasses estão regulamentados pelas Resoluções 177/2012, 230/2013, 790/2014 e 618/2015. Ainda, foi publicado o Decreto Estadual nº 11.042, de 14 de maio de 2014, que dispõe sobre a criação do Núcleo Estadual Intersetorial de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz, sendo esse Núcleo coordenado pela SESA.

Atualmente 124 municípios foram contemplados com recursos financeiros para a estruturação dos núcleos de prevenção da violência.

Os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde têm como objetivos principais:

- Articular a gestão e as ações de prevenção de violências e promoção da saúde e cultura da paz, definindo estratégias e intervenções inter-setoriais.
- Implantar e implementar o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), e implantar e/ou implementar a notificação doméstica, sexual e outras nos serviços de saúde através do SINAN e do SIM, aperfeiçoando as informações para o planejamento de ações que visam ao enfrentamento das violências com as demais áreas do setor saúde e com setores e instituições de promoção de direitos, proteção e defesa.
- Qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas que vivem situações de violência, e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para as populações mais vulneráveis.
- Capacitar os profissionais, movimentos sociais e conselhos de direito para o trabalho de prevenção das violências, buscando parceria com as instituições de ensino do Estado do Paraná.

12.3.5. Estruturação da Rede Intersetorial de Proteção Social

A garantia do caráter interinstitucional de atenção às pessoas em situação de violência resulta da priorização de uma metodologia de trabalho e de organização que dê conta dessa perspectiva. Dessa forma, entende-se como fundamental a organização, no nível regional, de uma articulação permanente entre os diversos organismos institucionais do poder público e dos movimentos organizados.

A estruturação da atenção integral à saúde das pessoas em rede é uma ação importante para assegurar o cuidado e a proteção social das mesmas. Além dos serviços de saúde, existem outros serviços no município que fazem parte das políticas de assistência social, justiça, segurança pública, educação, entre outras, destinadas à atenção de crianças, adolescentes, jovens, mulheres, homens e idosos que necessitam de medidas preventivas e protetivas.

Essa rede é uma ação integrada de instituições governamentais e não governamentais que busca reduzir todas as formas de violência contra as pessoas. Para isso, promove a articulação dessas organizações, visando a prevenir a violência e proteger as pessoas em situação de vulnerabilidade para as violências. As principais características da rede são o dinamismo, a participação e a horizontalidade.

No Estado do Paraná integram a rede de proteção social serviços do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS); o Sistema de Justiça com as Delegacias de Polícia Civil, Delegacias Especializadas, Varas da Infância e da Juventude, Varas Criminais Especializadas, Tribunais de Justiça, Defensoria Pública, Ministério Público, Conselho Tutelar (CT), Conselho do Idoso, Conselho Municipal da Mulher, Ouvidorias e Centros de Defesa; o Sistema de Ensino com os Centros de Educação Infantil, as Escolas de Ensino Fundamental e Médio e as Instituições de Ensino Superior; e a Sociedade Civil Organizada, que participa através dos Conselhos presentes nos municípios e no Estado.

Nas regiões de saúde há um intenso trabalho de integração da saúde com as demais políticas sociais que compõem a rede de proteção social, aumentando o acesso das pessoas aos serviços públicos, ou seja, aos direitos de cidadania.

A seguir demonstramos a integração dos serviços de saúde e das instituições da rede de proteção social no Paraná.

12.4. A proposta de mudança

Em 2013, após debates e contribuições de várias entidades, foi elaborada a linha de cuidado às pessoas em situação de violência. Em razão da magnitude do problema da violência sexual, em especial contra mulheres, crianças e adolescentes, a equipe do Departamento de Promoção da Saúde iniciou a interlocução com as demais Secretarias de Estado para a elaboração da resolução conjunta e do termo de cooperação técnica, a fim de que, no seu âmbito, essas secretarias se organizassem de modo a garantir o atendimento às mulheres, crianças e adolescentes vítimas da violência sexual. Considerando que o atendimento às vítimas de violência sexual estava estruturado apenas para os 29 municípios da região metropolitana de

Curitiba, foi necessário planejar, em conjunto com a Polícia Científica e o Instituto Médico Legal, uma nova organização dos pontos de atenção para o atendimento às vítimas de violência sexual em todo o Estado.

Ao avaliar o modelo implantado em 2002 com médicos cedidos pela SESA ao IML, verificou-se a impossibilidade de expandir o mesmo para todas as regiões. As seções do IML estão localizadas em 18 regiões do estado e têm inúmeras atribuições que muitas vezes não permitem um atendimento imediato às vítimas de violência sexual. O evento violência sexual tornou-se frequente e diante da necessidade de acolher as vítimas e assegurar, além do atendimento de saúde, a garantia dos seus direitos, a SESA propôs à Polícia Científica e ao IML que se implantasse de forma integrada o atendimento em hospitais de referência da Rede Paraná Urgência, garantindo assim o acolhimento das vítimas, o atendimento clínico, a notificação dos casos, a coleta dos exames e vestígios, a anticoncepção de emergência, a profilaxia das ISTs e HIV, e a continuidade do cuidado nos demais serviços, sejam de saúde ou da rede de proteção social.

O Paraná estabeleceu, dessa forma, um modelo para a legislação federal de 2013, a qual definiu que os hospitais públicos são obrigados a atender as pessoas em situação de violência sexual por equipes multiprofissionais. Contudo, a legislação Federal não especifica a maneira que esse atendimento pode ser feito, de forma a manter a cadeia de custódia dos vestígios e provas coletadas na perícia e, por consequência, a garantia de direitos.

A partir de tal proposta a SESA iniciou as tratativas com a equipe da Polícia Científica e do IML para a elaboração da Resolução Conjunta que define o modelo de atendimento nos hospitais de referência de urgência e emergência. Assim, em 2014 foi instituída a Resolução Conjunta SESA/SESP nº 03, de 18 de agosto de 2014, que estabelece parceria entre as Secretarias para o atendimento integral e a coleta de vestígios às pessoas em situação de violência sexual; foi instituído, também, o Termo de Cooperação Técnica entre as Secretarias da Saúde; Segurança Pública; Justiça, Cidadania e Direitos Humanos; Trabalho e Desenvolvimento Social, termo esse que trata da realização de ações por parte das Secretarias para a viabilização da Resolução Conjunta.

No âmbito da SESA foi elaborado o Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, publicado em setembro de 2015, o qual definiu as ações e procedimentos para o trabalho das equipes da atenção primária à saúde, secundária e terciária. Esse protocolo orienta a atenção integral às pessoas em situação de violência, a solicitação dos exa-

mes, a anticoncepção de emergência, a profilaxia das IST e HIV, e a abordagem terapêutica das IST, hepatites virais, HIV, além das orientações para a continuidade do cuidado.

A grande mudança implantada com a Resolução Conjunta nº 03/2014 foi a nomeação dos profissionais médicos dos hospitais como peritos ad hoc. Foram realizadas inúmeras discussões junto à Polícia Científica e à Direção Geral da Polícia Civil do Paraná, com o objetivo de nomear o profissional médico pelo delegado de polícia da cidade onde se localiza o hospital que está atendendo vítima de violência. A forma encontrada para viabilizar essa nomeação foi estabelecer um termo de adesão do profissional médico à proposta de atendimento às vítimas de violência sexual.

A SESA e o IML realizaram várias capacitações para preparar tanto as equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos) dos hospitais de referência como as equipes constituídas por médicos, para a realização dos exames, coleta dos vestígios e elaboração dos laudos periciais, e a profilaxia das ISTs.

Essas capacitações foram realizadas com o apoio dos profissionais peritos do IML e de profissionais de saúde do Hospital de Clínicas/Departamento de Tocoginecologia da UFPR. Foi elaborado também o descritivo de insumos forenses e equipamentos necessários à coleta, preservação e transporte de vestígios de crimes sexuais, em conjunto com o IML de Curitiba, e o fluxo para atenção às pessoas vítimas de violência sexual, destinado à orientação dos profissionais dos hospitais de referência para a conduta de profilaxias e para coleta, preservação e transporte de vestígios de crimes sexuais.

A SESA realizou a aquisição de equipamento de refrigeração e adaptador para veículo da Polícia Científica/Instituto Médico Legal (IML). Esse veículo faz o transporte de vestígios biológicos dos hospitais de referência ao laboratório forense do IML.

A primeira capacitação foi realizada em setembro de 2015, junto com o lançamento do Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Nessa etapa participaram os representantes das regionais de Paranaguá, Curitiba, Ponta Grossa e Guarapuava, e as equipes dos hospitais de Ponta Grossa (Hospital Regional de Ponta Grossa, Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira, Hospital Municipal Amadeu Puppi);

Paranaguá (Hospital Regional do Litoral); Curitiba (Hospital do Trabalhador, Hospital de Clínicas, Hospital Evangélico e Hospital Pequeno Príncipe); e Guarapuava (Hospital São Vicente de Paulo).

Em outubro de 2015 foi realizada a segunda etapa da capacitação, a qual teve a participação de representantes das regionais de Maringá, Londrina e Jacarezinho, e das equipes dos seguintes hospitais: Maringá - Hospital Universitário Regional de Maringá e Hospital e Maternidade Maria Auxiliadora; Londrina - Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Hospital Dr. Eulalino Ignácio de Andrade (Zona Sul), Hospital Dr. Anísio Figueiredo (Zona Norte) e Maternidade Municipal Lucilla Ballalai; Jacarezinho - Hospital Regional Norte Pioneiro de Santo Antonio da Platina e Santa Casa de Misericórdia.

As aulas teóricas dessas capacitações foram realizadas por profissionais da SESA e do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, e por peritos do Instituto Médico Legal - IML. Participaram das aulas teóricas 120 profissionais. As aulas práticas foram propiciadas apenas aos profissionais médicos e acontecem de forma descentralizada, nas regiões de saúde do estado, para oportunizar a participação dos peritos oficiais das seções do IML do interior, a fim de que os mesmos sejam referência aos médicos dos hospitais. Os profissionais médicos, após concluírem as aulas práticas, poderão ser nomeados peritos ad hoc, para que durante o atendimento possam realizar também a coleta de vestígios e elaboração de laudos forenses.

Os exames de interesse da área da saúde são realizados nos hospitais de referência e os exames de interesse médico legal são coletados nos hospitais e processados no laboratório de bioquímica forense do IML de Curitiba. É importante ressaltar que a cadeia de custódia está garantida desde a coleta do material biológico até a conclusão dos laudos forenses.

O cuidado à pessoa que sofre violência ocorre no contexto das Redes de Atenção à Saúde estruturadas no Estado do Paraná (Rede Paraná Urgência, Rede Mãe Paranaense, Rede de Saúde Bucal e Rede de Saúde Mental), por meio das referências e contrarreferências, conforme os níveis de complexidade e a necessidade dos usuários.

A organização do atendimento nas 22 regiões de saúde, em hospitais de referência, está planejada para acontecer até o ano de 2019, conforme metas do Plano Estadual de Saúde de 2016 a 2019.

12.5. O atendimento nos casos de aborto previsto em Lei

No seu art. 128, o Código Penal Brasileiro prevê que “não é crime e não se pune abortamento praticado por médico (a): I - Se não há outro meio de

salvar a vida da gestante; II - Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal”. E o Supremo Tribunal Federal estabeleceu Jurisprudência em abril de 2012, nos casos de anencefalia.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 485, de 2014, definiu o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. No artigo sexto dessa portaria define que “o serviço de referência para a interrupção de gravidez nos casos previstos em Lei terá suas ações desenvolvidas em conformidade com norma técnica de atenção Humanizada ao Abortamento do MS”.

De forma a garantir os direitos das mulheres de acordo com a legislação, a SESA estabeleceu as referências hospitalares para os casos de aborto previsto em Lei, por meio da Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná - CIB/PR nº 27, de 10 de março de 2015. A referida deliberação aprova os hospitais de referência para realização da interrupção de gravidez nos casos previstos em lei distribuídos nas quatro macrorregiões de saúde do estado. Na Macrorregião Leste: Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná - HC, no município de Curitiba; na Macrorregião Oeste: Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HU, no município de Cascavel; na Macrorregião Norte: Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná - HU, no município de Londrina; na Macrorregião Noroeste: Hospital Universitário Regional de Maringá - HU, no município de Maringá.

A mensagem mais importante que se pode dar a partir do setor saúde é que, na sua maioria, os eventos violentos e os traumatismos não são acidentais, não são fatalidades, não são falta de sorte: eles podem ser enfrentados, prevenidos e evitados.

Maria Cecília de S. Minayo

12.3. Referências

Brasil. Portaria Ministerial nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências.

Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.

Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. il.

Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS, 2002.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha Guia: atenção à mulher em situação de violência para área de saúde. Paraná, 2011.

Paraná. Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Pública. Resolução Conjunta SESA/SESP nº 03, de 13 de agosto de 2014. Define parceria entre as Secretarias de Saúde e Segurança para atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual.

Diário Oficial Executivo (Poder Executivo Estadual). Curitiba, PR, 18 ago. 2014. Ed. 9271. P. 132-133.

Paraná Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual. Paraná, 2015.

13 PROGRAMA CONTE CONOSCO: ENFRENTANDO A DISCRIMINAÇÃO E A VIOLÊNCIA

Rogério Andrade Mulinari

13.1. O princípio

As reações de discriminação e de violência são características que permitiram evolução das espécies animais, fundamentadas na defesa e preservação do território de alimentação, da prole, da coletividade e, no limite, da própria sobrevivência da espécie. Estas características são mais evidentes nos predadores na cadeia alimentar, e ainda mais nos mamíferos, em especial nos de vida gregária. Estes últimos formam tropas, manadas, matilhas, cambadas, bandos e, nos humanos, famílias.

A defesa e a preservação como finalidade da discriminação e da reação violenta se distinguem das que se observam em grupos humanos desde tempos imemoriais e que tem os fracos, os diferentes, os divergentes, as minorias como alvo. Evidente que se trata de aplicação distorcida de uma característica evolutiva, pois os grupos alvo não representam uma ameaça física. Reflexões de cunho teológico, filosófico, étnico ou comportamental costumam embasar os atos irracionais entre pessoas e grupos.

A discriminação e a violência patrocinaram agressões, extermínios, guerras, entre outras atrocidades na história da evolução humana. Apesar de todo o avanço da civilização e da tecnologia, a intolerância entre povos permanece ainda hoje como uma marca da passagem do tempo. A violência não só se expressa entre povos, mas mesmo dentro de um mesmo povo a intolerância com a diversidade de etnia, gênero ou orientação sexual continuam a fomentar atos de discriminação ou violência, independentemente de concepção democrática ou autocrática da sociedade.

A liberdade de expressão tem à disposição incontáveis canais e uma variedade de suportes para divulgar ideias. Na atualidade, as tecnologias de informação e comunicação constituem as vias mais utilizadas para disseminação de ideias fóbicas, dispersão de ameaças, divulgação de atos perpetrados ou constrangimento. Os canais de manifestação têm alcance ampliado pelas chamadas redes sociais e pela percepção, mesmo equivocada, de anonimato e impunidade pela rede mundial de internet.

A sociedade vivendo em liberdade dispõe de mecanismos inibitórios ou de dissuasão de violência. As leis, o aparato policial e o sistema judicial operam para proteger a cidadania da irresponsabilidade no gozo da liberdade. Contudo, a investigação dos episódios de discriminação e violência expõe a pessoa em situação de violência, ou seja a vítima, a novos momentos de constrangimento e de exposição, fato que contribui para um limitado registro de ocorrências. Outro fator limitante é a percepção de inação do poder público, resultando em impunidade dos operadores do ato.

As comunidades universitárias, como extensão da sociedade, não estão a salvo de manifestações de intolerância, em que pese serem compostas pela elite intelectual e constituírem um espaço de liberdade de pensamento criativo, via de regra patrocinador de avanços não só científicos e educacionais, mas igualmente filosóficos e sociais. São notórios os registros da ocorrência de estupros, violências sexuais, episódios de atos de violentos repetidos (*bullying*) e de atos discriminatórios em universidades de diferentes nações.

13.2. A Indignação na UFPR

Era maio de 2015 e um coletivo feminino expressou ideias feministas em cartazes em um dos campi da UFPR. Esta manifestação do pensamento foi combatida com um cartaz profundamente agressivo, de cunho discriminatório para gênero, com ameaças de violência sexual e lesbofobia, exposto no mesmo campus e sem indicação de autoria. Seguiu-se uma oficina de cartazes por estudantes de um dos cursos daquele campus, que quando expostos foram novamente combatidos por atores inominados. Continuou um recrudescimento de manifestações, inclusive com a participação inoportuna e desfocada de um docente de um curso.

Esta não foi a primeira ocasião de atos discriminatórios de gênero ou de orientação sexual na UFPR, mas certamente foi decisiva em motivar uma agregação de esforços da administração central da Universidade com diferentes coletivos de feministas, de lésbicas, de *gays*, de pessoas trans e de afro-brasileiros e com núcleos de pesquisa dos direitos humanos e da violência contra a mulher, contra LGBT e contra os negros.

Foram duas reuniões ampliadas com participação expressiva, entre 60 e 70 pessoas em cada ocasião. Expuseram-se casos de discriminação e violência ocorridos no passado, nas cercanias dos campi da UFPR e em ambientes

festivos onde estudantes participaram, mas que não tiveram registro nos sistemas existentes, seja no policial-judicial, seja na Universidade, pelos motivos já conhecidos e supramencionados. Casos pessoais foram relatados, manifestos de coletivos registrados, desafios e percalços identificados. Houve consenso em três eixos de ação: a criação de estratégia de apoio às vítimas, a intensificação da comunicação e o ajuste da legislação punitiva interna à UFPR.

Foram constituídos dois grupos de debates, um composto pelos coletivos estudantis, coordenado pela Profa. Dra. Maria Virginia Cremasco (Departamento de Psicologia e Coordenadora da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura) em parceria com integrantes do Diretório Central dos Estudantes (DCE) Gestão 2014-15, e outro agregando pesquisadoras representantes dos diferentes núcleos de pesquisa de gênero, LGBT, afro-brasileiros e em direitos humanos da UFPR, coordenados pelo Prof. Dr. Rogerio Andrade Mulinari (Departamento de Clínica Médica e Vice-Reitor).

13.3. UFPR para Todas as Gentes

Os grupos trabalharam ao longo do mês de junho de 2015 em paralelo e propuseram estratégia que foi denominada “UFPR para Todas as Gentes” e que aglutinaria um conjunto de ações no Programa Conte Conosco.

O Programa Conte Conosco incluiu quatro ações distintas relacionadas ao enfrentamento da discriminação e violência: o desenvolvimento de um canal virtual para recepcionar e tratar com sigilo queixas e denúncias, a constituição de um grupo de acolhimento multiprofissional para apoio das pessoas em situação de violência, a manutenção de um canal de divulgação de informações e de eventos e um conjunto de ações diagnósticas relacionadas à violência na UFPR. O canal virtual foi desenvolvido em parceria com o Centro de Computação Eletrônica - CCE (analista Patricia Custódio) e a Assessoria de Comunicação Social - ACS (jornalista Jaqueline Carrara e Professor Carlos Alberto Martins da Rocha), permitindo o acesso a integrantes da comunidade pelo Portal da UFPR para relato de denúncias de episódios de discriminação ou violência de gênero, LGBT, étnico-racial, entre outras formas, com garantia de sigilo. O denunciante deve dispor apenas um e-mail válido para permitir um retorno por contato virtual pela equipe de teleregulação. A equipe de profissionais envolvidos na teleregu-

lação recebe a denúncia e por contatos virtuais sucessivos estabelece informações relevantes para auxiliar no enfrentamento. Quando o vínculo é estabelecido e a situação fática justifica, é oferecida a possibilidade de atendimento por um grupo de apoio multiprofissional. O canal é uma plataforma denominada ConteConosco (“<http://www.conteconosco.ufpr.br>” www.conteconosco.ufpr.br, acesso pelo “<http://www.ufpr.br>” www.ufpr.br) e oferece além do formulário para denúncia e do sistema de comunicação sigilosa entre denunciante e equipe de teleregulação, informações sobre as diferentes modalidades de agressão e um conjunto de outras instituições que podem apoiar a pessoa em situação de violência.

O grupo de apoio do Conte Conosco é composto por servidores da UFPR que de modo voluntário disponibilizaram um número variável de horas semanais para a eventualidade de demanda por visita presencial com a vítima. Inicialmente, se envolveram dois profissionais do direito, com atuação na área de violência de gênero, duas de psicologia e três de serviço social. Este grupo responde a uma solicitação da equipe de teleregulação quando a vítima aceita. O grupo agendará o primeiro atendimento presencial em um dos locais descentralizados de acolhimento da escolha da pessoa a ser acolhida. O canal de divulgação de informações e de eventos internos ou externos à UFPR relativos ao enfrentamento de discriminação e violência foi estabelecido na plataforma Facebook (@UFPR.conteconosco). Ações diagnósticas foram apoiadas dentro do Conte Conosco para prospecção de informações relativas ao clima dos relacionamentos interpessoais na UFPR (Projeto Clima UFPR), do uso adequado das tecnologias de informação e comunicação (Projeto e-UFPR) e de elementos para tratar da diversidade na Universidade, em especial para recepção de novos estudantes e servidores (Projeto Diversidade).

13.4. Episódios de Violência Sexual

Os casos de violência sexual relatados por meio do canal virtual do Conte Conosco são referidos para a unidade de atendimento a pessoas em situação de violência sexual no Hospital de Clínicas da UFPR. Os casos identificados como agudos recebem a recomendação de procura imediata, para acolhimento por equipe multiprofissional, coleta de material para investigação e prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e gestação indesejada. Os casos com período indeterminado são recomendados para atenção ambulatorial pela equipe de acolhimento do Hospital de Clínicas da UFPR.

13.5. Eventualidade de Envolvimento de Adolescentes

Adolescentes participam da vida universitária em vários setores acadêmicos, em especial nos anos iniciais e nos cursos técnicos. Um diálogo com o Programa de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente - DEDICA, sediado no Hospital de Clínicas da UFPR, possibilita o acolhimento de casos de violência grave.

13.6. Implantação

O início da operação do canal virtual e dos grupos de apoio ocorreu em 12 de agosto de 2015, coincidindo com a recepção de novos estudantes no segundo semestre e o retorno às aulas dos demais. O Programa Conte Conosco recebeu cerca de 200 relatos pelo canal virtual nos primeiros 10 meses de atividade, devendo receber uma análise de estatística de ocorrências ao concluir o primeiro ano de funcionamento.

Paralelamente, as reuniões com os coletivos e os representantes do Diretório tem ocorrido sob a coordenação da Profa. Maria Virginia Cremasco inicialmente e, mais recentemente, com a contribuição do Prof. Leandro Franklin Gorsdorf (Núcleo de Prática Jurídica, Coordenador de Ações Institucionais de Extensão da PROEC-UFPR).

13.7. Conclusão

As pessoas em situação de discriminação e de violência devem dispor da opção de denúncia das agressões a que foram vitimadas sem que ocorra exposição ou constrangimento adicionais. A disponibilidade de um canal virtual com sigilo assegurado e complementado por acolhimento com grupos de apoio multiprofissional representa um poderoso aliado às vítimas, mas ainda opera como agente com potencial de desestimular a ocorrência de episódios, em virtude da possibilidade de exposição do agressor e da proteção à pessoa submetida à violência.



Esta publicação foi impressa na
Imprensa da Universidade Federal do Paraná,
em Piraquara, no mês de março de 2019.