

Violência contra a mulher e a criança: condutas médicas à paciente agredida sexualmente

Violence against the woman and the child: medical management of the sexually assaulted patient

Ademar Moreira Pires¹, Alessandra Aguiar Mendes Ribeiro¹, Alice Campos Oliveira¹, Aline Xavier Santos¹, Ana Carolina Cunha Garcez¹, Ana Flavia Drumond de Andrade¹, Antônio Adolfo Mendes Gontijo¹, Cícero Augusto Alves Araújo¹, Andrea Moura Rodrigues Maciel da Fonseca²

RESUMO

A assistência a pacientes vítimas de abuso sexual deve ser intersetorial e interdisciplinar, incluindo interface com questões policiais e judiciais. Nesse contexto, o médico tem dever ético e legal de prestar atendimento prioritário a essas pacientes. É necessário que o serviço de saúde realize exame físico, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do agressor. As evidências mostram que a violência contra a mulher tem impacto sobre a saúde física e mental desta. A equipe médica, portanto, deve estar preparada para oferecer apoio psicossocial. Outra preocupação médica é diminuir ao máximo as consequências do ato de violência, seja protegendo a mulher de doenças sexualmente transmissíveis ou de gravidez traumática. A paciente vítima de violência sexual, ocasional e sem uso de preservativo, deve receber no serviço de urgência profilaxia contra HIV, hepatite B, sífilis, gonorreia, clamidiose, cancro mole, tricomoníase e tétano. Além de ter direito a receber anticoncepção de emergência, o aborto nessas pacientes pode ser feito legalmente. Para isso, basta a autorização da paciente e/ou do responsável, dependendo da idade da paciente, sendo incorreta e ilegal a exigência de Boletim de Ocorrência Policial ou laudo do Intituto Médico Legal.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher; Violência Sexual; Saúde da Mulher; Serviços de Saúde da Mulher; Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

The assistance to patients who are victims of sexual abuse should be intersectoral and interdisciplinary, including interface with police and justice affairs. In this context the physician has an ethical and legal obligation to give priority attention to these patients. It is necessary for the health service to perform physical examination, gynecological examination, collection of samples for diagnosis of genital infections and collection of material for the aggressor's identification. Evidences shows that violence against women has an impact on both their mental and physical health. The medical team, therefore, must be prepared to offer psychosocial support. Another medical concern is to minimize as much as possible the consequences of the act of violence, either by protecting the woman from Sexually Transmitted Diseases or from traumatic pregnancy. The patient who was suffered occasional sexual violence without the use of a condom must receive in the emergency service prophylaxis against HIV, type B hepatitis, syphilis, gonorrhoea, chlamydia, chancroid, trichomoniasis and tetanus. Besides having the right to receive emergency contraception, abortion in these patients can be legally done. It is only required the written consent of the patient and/or the person legally responsible for her, depending on the patient's age, and the requirement of the Police or Forensic Medicine reports is considered both incorrect and illegal.

¹ Acadêmicos(a) da FM-UFMG.

² Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM-UFMG)

Instituição
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço para correspondência:
aIdrumondrade@yahoo.com.br

Key words: Violence Against Women; Sexual Violence; Women's Health; Women's Health Services; Emergency Medical Services.

INTRODUÇÃO

A atenção à violência contra a mulher é condição que requer abordagem intersetorial e interdisciplinar, com importante interface com questões policiais e judiciais. A Lei n.º 10.778 de 24 de novembro de 2003¹ estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou confirmação de abuso sexual deve ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente² (ECA), Lei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990.

A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária, deve ser acessível a toda a população, e a recusa infundada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão. Neste caso, segundo o art. 13 § 2º do Código Penal³, o médico pode ser responsabilizado civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer.

O atendimento aos casos requer a sensibilização de todos os funcionários do serviço de saúde. O atendimento deve ser prestado por equipe interdisciplinar, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. A falta de um ou mais profissionais – com exceção do médico – não inviabiliza o atendimento.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E NORMAS GERAIS DE ATENDIMENTO

É necessário que o serviço de saúde realize exame físico, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do agressor. A primeira entrevista deve atentar para o registro de alguns dados específicos, conforme o Quadro 1.

O Boletim de Ocorrência Policial registra a violência para a autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do IML é documento elaborado para fazer prova criminal. A

exigência desses documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal.

Quadro 1 - Registro de Encaminhamento

História da violência
Registrar em prontuário:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Local, dia e hora aproximada da violência sexual; 2. Tipo de violência sexual sofrida; 3. Forma de constrangimento utilizada; 4. Tipificação e número de agressores; 5. Órgão que realizou o encaminhamento.
Providências instituídas
Verificar eventuais medidas prévias:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas de proteção realizadas; 2. Realização do Boletim de Ocorrência Policial; 3. Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal; 4. Comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes); 5. Outras medidas legais cabíveis.
Acesso à rede de apoio
Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se abrigos de proteção.

Apoio psicossocial

As evidências mostram que a violência contra a mulher tem impacto sobre a saúde física e mental e também sobre o bem-estar da pessoa atingida, assim como o de seus filhos e demais membros da família.

O atendimento visa, além do bem-estar físico da vítima, seu bem-estar emocional, é de suma importância e deve ser praticado em todos os locais que fazem o atendimento das pessoas que sofreram violência sexual. É importante compreender e acreditar no depoimento da pessoa em situação de violência, pois vários quadros psiquiátricos podem ser associados a ele: síndrome da Desordem Pós-traumática (SDPT), transtornos do humor, abuso de substâncias e transtornos sexuais e alimentares são os principais exemplos.⁴

Considerações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez resultante de abuso

Uma preocupação médica é diminuir ao máximo as consequências do ato de violência, seja protegendo

do a mulher de uma DST, seja protegendo-a de uma gravidez traumática. A seguir são feitas considerações sobre possíveis consequências:

HIV

O risco de infecção pelo HIV é comparável ou mesmo superior ao observado em outras formas de exposição heterossexual única. Ainda não existem estudos definitivos que determinem a eficácia da profilaxia contra HIV, entretanto, ela é realizada. No Brasil, a profilaxia antirretroviral faz parte do manual de atendimento a vítimas de violência sexual e o Ministério da Saúde e deverá acontecer nos casos de penetração vaginal e/ou anal. Em caso de sexo oral, a indicação deve ser individualizada, enquanto em casos de abuso crônico ela está contraindicada.

A profilaxia com antirretrovirais deve ser iniciada o mais rapidamente dentro do prazo máximo de 72 horas, com duração de quatro semanas consecutivas. O Ministério da Saúde preconiza a combinação de três drogas como primeira escolha para mulheres adultas, adolescentes e gestantes: zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + nelfinavir (NFV) ou indinavir (IDV). Para crianças, deve ser administrada a associação de AZT + 3TC + NFV OU RTV (todos em solução oral). A adesão à profilaxia está intimamente relacionada ao adequado acompanhamento das pacientes.

Hepatites virais

Está indicada a imunoprofilaxia para hepatite B sempre que houver exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. Quando o *status* vacinal da vítima for desconhecido ou duvidoso, a imunoprofilaxia deve ser administrada e o esquema vacinal completado até inteirar as três doses. A primeira vacina é administrada no primeiro atendimento, e as demais após 1 e 6 meses, conferindo imunidade em 90 a 95% dos casos. A imunoglobulina humana anti-hepatite B deve ser aplicada em dose única em local diferente da vacina em, no máximo, 14 dias após o ato de violência sexual, embora se recomende que a aplicação ocorra nas primeiras 48 horas. A vítima deve ser acompanhada, e exames devem ser realizados no 3º e 6º meses para confirmar se houve transmissão da hepatite viral.

Um estudo analisou o atendimento de emergência a 166 pacientes vítimas de violência sexual, das quais 95% foram submetidas à profilaxia para hepatite B. Após seis meses, apenas 2,6% das pacientes que continuaram o acompanhamento foram diagnosticadas com hepatite B.⁵

As gestantes podem ser submetidas ao mesmo esquema de profilaxia da hepatite. A vacinação da mãe evita a transmissão vertical em 90% dos casos. O aleitamento pode ser liberado, desde que seja aplicada a primeira dose da vacina no bebê.

Não existem medidas profiláticas específicas para se evitar a transmissão vertical da hepatite C.

DSTs não virais

Estudos tem mostrado que 16% a 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por pelo menos uma DST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico.⁶

A profilaxia das DSTs não virais em mulheres que sofrem violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Não deverão receber profilaxia de DSTs não virais casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

Diferente do que ocorre com o HIV, postergar o tratamento das DSTs não virais não acarreta, necessariamente, danos. De toda forma, recomenda-se que seja realizada precocemente, sempre que possível.

A profilaxia das DSTs não virais é feita em dose única. Segue o esquema para pacientes com mais de 45 kg:

- Penicilina G benzatina (proteção para sífilis): 2,4 milhões UI, IM, dose única
- Ofloxacina (profilaxia da gonorreia): 400mg, VO, dose única
- Azitromicina (profilaxia da clamidiose e do cancro mole): 1g, VO, dose única
- Metronidazol (profilaxia da tricomoníase): 2g, VO, dose única

Profilaxia do tétano

Deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, que deverá ser feita até 72 horas após o ocorrido, avaliando-se o *status* vacinal da mulher.

Anticoncepção de emergência

Anticoncepção de emergência (AE) é o método contraceptivo que previne a gravidez após a violência sexual, utilizando compostos hormonais concentrados por um curto período de tempo, e consiste em ação das mais importantes na atenção a esses casos.

Segundo o Ministério da Saúde⁶, mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher, resultando em taxas de gravidez de 1 a 5%. A gravidez representa uma segunda forma de violência contra a mulher e pode ser evitada, na maioria dos casos, usando-se a AE. A contracepção de emergência deve ser prescrita para todas as mulheres expostas à gravidez, por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação e que não estejam na menopausa. É desnecessária se a mulher ou adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual.

Tem-se preconizado o uso exclusivo de um progestágeno sintético (levonorgestrel), em detrimento da administração combinada de um estrogênio e um progestágeno sintético de uso rotineiro em planejamento familiar (método de Yuzpe), pelo fato de o primeiro apresentar maior eficácia e provocar menos efeitos colaterais,^{7,8,9} além de não apresentar interações farmacocinéticas com os antirretrovirais utilizados para a profilaxia do HIV.⁶

Um amplo estudo comparativo da OMS⁷ encontrou uma taxa de gravidez de 1,1% (11/976) para o levonorgestrel usado isoladamente e de 3,2% (31/979) para o método de Yuzpe. A eficácia do tratamento cai à medida que passa o tempo desde a relação sexual até a administração da AE.⁵ Considerando-se a idade, o peso, o índice de massa corporal, a paridade, a duração do ciclo, o dia do ciclo no qual ocorreu a relação sexual e o uso prévio de AE, foi estimado que houve um aumento de quase 50% do risco de gravidez a cada 12 horas de atraso para tomar o primeiro comprimido

O abortamento na vítima de violência sexual

O Código Penal³ não prevê punição para aborto praticado por médico quando a gravidez é resultado de estupro. Não há dever legal de se noticiar o evento

à polícia, nem de se exigir qualquer documento para a prática do abortamento, a não ser o consentimento por escrito da paciente.

A equipe que realiza o atendimento da vítima de violência deve informar à paciente das outras opções quanto ao destino da gestação decorrente desse crime, inclusive com a possibilidade de adoção após o nascimento. Isso é importante principalmente quando se considera que o abortamento pode trazer mais danos psicológicos que a própria gestação.

A partir dos 18 anos, a mulher é capaz de decidir se quer realizar o aborto ou não. Entre os 16 e 18 anos, a adolescente deve tomar a decisão junto com os pais; e no caso de menores de 16 anos são os pais ou representantes que se manifestam pela paciente. De qualquer forma, sempre que a mulher ou adolescente tiver condições de expressar sua opinião, sua vontade deve ser respeitada.

Deve-se tomar o cuidado de guardar amostras do material embrionário ou placentário do aborto induzido para avaliação de DNA com fins judiciais. Além disso, mesmo nas pacientes que não engravidaram após o estupro, deve-se realizar coleta de *swab* vaginal, anal e oral para posterior análise, já que 95% dos agressores não são condenados por falta de provas materiais muitas vezes exigidas pela Justiça.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Senado Federal. Lei n.º 10.778 de 24 Nov. 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. [Citado em 2009 out. 15]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=237891>
2. Brasil. Senado Federal. Lei n.º 8.069 de 13 jul. 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [Citado em 2009 out. 15]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm>
3. Brasil. Senado Federal. Decreto-Lei n.º 2.848 de 07 dez. 1940. Código Penal. [Citado em 2009 out. 15]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/16/1940/2848.htm>
4. Pfeiffer L, Salvagni EP. Abuso sexual, violência sexual, incesto, infância e adolescência. J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S197-S204.
5. Oshikata CJ, 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 Jan-Fev; 21(1):192-9.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção E Tratamento Dos Agravos Resultantes Da Violência Sexual Contra Mulheres E Adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
 7. World Health Organization. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet*. 1998 Aug 8; 352(9126):428-33.
 8. Faúndes A, Brache V, Alvarez F Emergency contraception: Clinical and ethical aspects. *Int J Gynecol.Obstet*. 2003; 82 (3):297-305.
 9. Mein JK, Palmer CM, Shand MC, Templeton DJ, Parekh V, Mobbs M, et al. Management of acute adult sexual assault. *Med J Aust*. 2003;178:226-30.
-