



## Pleito

## Violência Sexual na Infância e na Adolescência

**João Tadeu Leite dos Reis** - "Assistant Étanger" pela "Université Paris V - René Descartes", Paris, França - Pós Graduado pelo "Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires", "Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil", Argentina - International Fellowship on Pediatric and Adolescent Gynecology - International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology - Membro da Comissão de Ginecologia e Obstetricia Infanto-Puberal da FEBRASGO

**Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães**

- Mestre pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil - Docente do Curso de Medicina da UNICHRISTUS - International Fellowship on Pediatric and Adolescent Gynecology - International Federation of Pediatric and Adolescent Gynecology - Membro da Comissão de Ginecologia e Obstetricia Infanto-Puberal da FEBRASGO

O primeiro pensamento quando o tema é violência nos leva em direção às agressões à integridade física humana e à criminalidade corriqueira dos centros urbanos, às quais já estamos insensíveis quando nos são apresentadas diariamente, através de matérias jornalísticas sensacionalistas, tanto nas rádios quanto na televisão. Cenas que há algum tempo nos traumatizavam, hoje são vistas por toda a família enquanto jantam, fazendo parte de um dia a dia que nunca desejamos. O conceito de violência não se restringe simplesmente a este aspecto, apresentando uma abrangência muito maior, nos atingindo indiferentemente de espaço geográfico, tempo, raça, classe social e idade. Manifesta-se através de facetas tão diversas como a física, a cultural, a psicológica, a simbólica e a sexual. Não é exclusividade do nosso tempo, estando sempre presente na história das relações sociais do mundo, tendo em vista que ela é parte integrante do ser humano, desde a Era Primitiva, da utilização do osso como uma arma, até a mortalidade infantil, ou ainda, o alfabetismo que as classes sociais sofrem em pleno século XXI.<sup>1</sup>

Magalhães enfatiza a importância do entendimento acerca do nível de gravidade da violência, o qual toma como padrão a cultura de uma determinada sociedade. Essa cultura é refletida em normas, regras que conduzem as atitudes do relacionamento entre indivíduos. As diretrizes, leis, estatutos, convenções, enfim, todas essas regras consolidadas fazem com que nosso comportamento seja regido. Isto acontece, é claro, não somente por suas existências, tendo em vista que a moral nos conduz nas relações sociais, mas são elas que comprovam "concretamente" a existência de normas, tentando impedir o desvio da conduta ética do ser humano em uma determinada cultura.

Apesar de terem seus direitos assegurados nacionalmente e internacionalmente, é visível o aumento da violência contra crianças e adolescentes, fato agravado pelo desconhecimento de sua magnitude e pela dificuldade de diagnosticar, registrar e notificar os casos. A Lei 8.069, sancionada em 1990 no Brasil, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA<sup>2</sup> e tem como doutrina a proteção integral, responsabilizando família, sociedade e Estado na proteção dos seus direitos. A criança e o adolescente ganharam um aliado no combate aos maus-tratos cometidos contra eles. Em seu Art. 4 está a seguinte redação: "É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária."

Ainda segundo o ECA em seu Art. 2, considera-se criança a pessoa menor de 12 anos, e adolescente aquela com idade maior que 12 e menor de 18 anos.<sup>2</sup> A literatura registra que todas as formas de violência contra a criança produzem consequências nefastas ao desenvolvimento infantil e que a adolescência é, tradicionalmente, caracterizada pelo aumento das responsabilidades sociais e familiares, sendo um período de grande aprendizagem de normas, conceitos sociais e morais. Também é uma época de acentuadas transformações biológicas e psicológicas, que proporcionam, muitas vezes, dúvidas, inquietações e mudanças de comportamento em relação aos amigos e à família.<sup>3</sup>

Em nossos dias, as formas de manifestações da violência como um todo, alcançam um amplo leque de comportamentos, relações e práticas, com três dimensões evidentes: a econômica e social, a simbólica e a corporal. Não pode continuar sendo vista pela sociedade como uma questão "dos outros", de responsabilidade policial, uma lastimável fatalidade. A participação da saúde no enfrentamento deste problema é um elo de fundamental importância para que se possa desencadear os mecanismos de proteção e de tratamento.<sup>1</sup>

A violência contra crianças e adolescentes, denominada por alguns como maus-tratos, pode ser definida de diversas formas. A Organização Mundial de Saúde - OMS<sup>4</sup> a define como o "uso intencional de força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça contra si própria, contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" e o Ministério da Saúde - MS como "atos de ação (físicos, psicológicos e sexuais) ou de omissão (negligência) praticados contra crianças e adolescentes sendo capazes de causar danos físicos, sexuais e/ou emocionais".<sup>5</sup> O fato é que, independentemente da definição, estas ações podem ocorrer de forma isolada, embora frequentemente estejam associadas. São identificadas pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, CID 10, com seus respectivos códigos:<sup>6</sup> T74 negligência e abandono, T74.1 serviços físicos, T74.2 abuso sexual (exploração sexual), T74.3 abuso psicológico, T74.8 Síndromes específicas de maus-tratos (S. de Munchausen).

### De maneira formal são identificados como tipos de violência:<sup>7</sup>

- **violência física:** uso da força física (tapas, espancamento, sacudidas, entre outras). Pode deixar ou não marcas evidentes; em casos extremos, causar a morte.

- **negligência:** omissão dos pais ou responsáveis na busca por saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida segura, comprometendo o desenvolvimento da criança/adolescente.

- **violência psicológica:** atitudes, palavras e ações que provoquem danos ao desenvolvimento emocional da criança/adolescente.

- **violência sexual:** definida como "todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual entre um ou mais adultos ou uma ou mais crianças e ou adolescentes, tendo por finalidade estimular essa criança/adolescente ou utilizá-la para obter estimulação sexual própria ou de outra pessoa".<sup>4</sup> Há duas facetas deste tipo de violência: o abuso sexual e a exploração sexual.<sup>7</sup>

- **abuso sexual:** ato ou jogo sexual em que o adulto submete a criança ou o adolescente para se estimular ou satisfazer-se sexualmente, impondo-se pela força física, pela ameaça ou pela sedução, com palavras ou com ofertas de presentes. Situação frequente é a de abuso intrafamiliar, quando o abusador é uma pessoa conhecida, ocorrendo geralmente em episódios repetitivos e sem o uso da força física, com a família assumindo uma posição de proteção em relação ao agressor. Nos casos em que o abusador não pertence ao círculo familiar, os episódios de abuso são geralmente únicos, com uso de força física, sem que a família adote um comportamento protetor em relação ao agressor.

O abuso sexual pode acontecer sem contato físico por meio de telefonemas e diálogos obscenos, exibicionismo ou voyeurismo. No entanto, pode existir contato físico desde carícias nos órgãos genitais, masturbação e sexo oral até tentativas de relações sexuais, chegando à penetração vaginal e/ou anal.

- **exploração sexual:** compreende o abuso sexual praticado por adultos e a remuneração em espécie ao menino ou menina e a uma terceira pessoa ou várias. Inclui-se aqui a pornografia.

Nem sempre a literatura registra estatísticas precisas, mas há um consenso de que a vítima mais frequente de abuso é do sexo feminino; de que 10% de todas as mulheres já sofreram algum dos tipos de abuso citados anteriormente; de que a média de idade entre as meninas abusadas é de 9,2 anos e entre os meninos é de 9,7 anos; de que os agressores em 94% das vezes são homens heterossexuais, casados e com filhos; de que 75% dos casos entre pai e filha, padrasto ou outros que tenham papel paternal, e de que frequentemente gestações em adolescentes até os 14 anos foram resultantes de incesto, sendo o pai biológico o agressor em 70% dos casos.

Podem ser questionáveis estes números apresentados, mas não há dúvidas em relação ao fato de que os casos de violência sexual, envolvendo crianças e adolescentes, estão sob a redoma de um pacto do silêncio, assim como perpassam todas as classes sociais e de que são subnotificados.

### QUANDO SUBNOTIFICAR?

Uma grande dificuldade prática é chegar a um diagnóstico confiável de que a violência sexual está acontecendo, de que forma, desde quando e quem é o agressor. Em sua maioria, os episódios não deixam marcas físicas, mas sim marcam psicologicamente a criança e a adolescente por toda sua vida. Assim, normalmente o diagnóstico é realizado por meios de sinais indiretos da agressão psicológica, somados aos fatos relatados pela vítima ou por um adulto próximo. Devemos estar atentos às múltiplas evidências menores:

- **sinais comportamentais:** medo/pânico de ficar sozinho(a) com alguém ou em algum lugar, medo do escuro, mudança brusca de comportamento e humor, timidez em excesso, vergonha excessiva, tristeza, depressão, comprometimento suicida, autoflagelação, regressão a comportamentos infantis, enurese, mal estar pela transformação do corpo, relutância em trocar de roupa, tendência ao isolamento social, relacionamento entre crianças e adultos com ares de segredo e exclusão dos demais, dificuldade de confiar nas pessoas à sua volta, fuga do contato físico, abandono de comportamento infantil, das fantasias, mudança de hábito alimentar, padrão de sono perturbado por pesadelos, resistência em participar de atividades físicas, frequentes fugas de casa, prática de delitos, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

- **sinais e desempenho escolar:** assiduidade e pontualidade exagerada, queda injustificada na frequência escolar, dificuldade de concentração e aprendizagem resultando em baixo rendimento escolar, não participação ou pouca participação nas atividades escolares.

- **sinais e sexualidade:** interesse ou conhecimentos, súbitos e não usuais, sobre questões sexuais; expressão sexualizada de afeto, inapropriada para uma criança; brincadeiras sexuais persistentes com amigos, animais e brinquedos; masturbar-se compulsivamente; desenhos órgãos genitais com detalhes.

Observando-se o comportamento dos pais ou responsáveis por estas crianças e adolescentes, as famílias incestuosas tendem a se manter quietas; estes pais tendem a ser autoritários e as mães submissas e é comum que membros destas famílias façam uso de substâncias como álcool, outras drogas lícitas e ilícitas.

Por sua vez, o agressor tende a ter um comportamento protetor, zeloso ou possessivo com a criança e/ou adolescente, negando-lhes contatos sociais normais; pode também ser sedutor, insinuante, acreditando que o contato sexual é uma forma de amor familiar; pode acusar a criança de promiscuidade ou sedução; pode contar histórias de abuso referindo-se a outros a fim de proteger a si mesmo e/ou a outro familiar e, frequentemente, ameaça a integridade física, psicológica e econômica da vítima e de sua família.

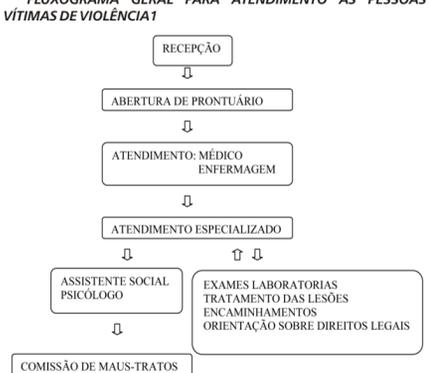
- **sinais físicos, quando há contato:** eritema vulvar, no intróito vaginal e/ou anal; edema de grandes lábios; lesões e escoriações vulvares, no intróito vaginal e hímen; gravidez precoce ou aborto e lesões corporais por uso de violência física.

### ACOLHIMENTO

O hospital é o local para onde se dirigem as crianças e adolescentes com lesões, às vezes graves e em risco de vida; é o espaço em que se pode atuar para romper o círculo deste violência. Este atendimento requer a atenção de uma equipe multiprofissional, em que os papéis e responsabilidades de cada membro da equipe devem estar bem definidos, conforme a estrutura disponível no serviço. O registro e a notificação dos casos também devem estar sistematizados na divisão de tarefas da criança ou o/a adolescente deve ser firme, sincera e, ao mesmo tempo, demonstrar a sensibilidade de que esse tipo de problema requer acolher com carinho e respeito, evitando-se a discriminação de qualquer natureza.<sup>1</sup>

O Ministério da Saúde preconiza que:<sup>8</sup> "O ideal é que esse tipo de atendimento seja prestado por equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um dos profissionais da equipe - com exceção do(a) médico(a) - não inviabiliza o atendimento."

### FLUXOGRAMA GERAL PARA ATENDIMENTO ÀS PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA



O espaço físico hospitalar para atendimento das vítimas deverá refletir a preocupação com a privacidade, sem, no entanto, estigmatizar as crianças e adolescentes ali atendidas, com placas indicativas nas salas para atendimento a vítimas de violência. O espaço ideal deve constar de sala privada para atendimento, onde possam estar a assistente social e a psicóloga, e um consultório médico com sala de exame ginecológico e antecâmara contendo medicamentos para a profilaxia de DST/AIDS e contracepção de emergência. Deve dispor ainda de Centro Cirúrgico, mesmo que pequeno, para os atendimentos que necessitem de correção cirúrgica de urgência (lacerações) e para a realização dos abortos previstos por lei.<sup>8</sup>

Os equipamentos e instrumentais básicos necessários são: mesa ginecológica com perneiras, foco de luz, espêculos, pinças e material para a coleta de lâmina vaginal, espátula de Ayre, papel filtro e envelopes. Importante também o vagnoscópio, máquina fotográfica para a documentação de traumatismos genitais e em qualquer outra parte do corpo. O serviço que estiver capacitado e para a realização de abortos previstos em lei deve ter instrumentos adequados para tal procedimento. Recomendam-se instrumentos para dilatação do colo uterino e curetagem interna, além de "kits" completos para Anestesia Intra-Uterina (seringa de válvula simples e dupla, dilatadores anatômicos de Denniston ou, na falta destes, jogo de velas de Hegar e cânulas de aspiração uterina Karman, com tamanhos variáveis de 4 até 12 mm). Nas pacientes muito traumatizadas pela violência e em adolescentes, procura-se efetuar os procedimentos em centro cirúrgico e com anestesia.<sup>8</sup>

### ATENDIMENTO MÉDICO

Ao ser procurado para atender uma criança ou adolescente vítima de violência sexual, o profissional médico deve agir de forma indiscriminada, tanto em relação ao paciente quanto aos seus familiares, segundo o que preceitua o Código de Ética Médica em seu Art. 1: "A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza."<sup>9</sup>

Quando houver, este atendimento de uma maneira ideal deveria acontecer nos Centros de Referência ao Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, prioritariamente até 72hs do ocorrido, para a correta profilaxia de DST virais e não virais, gravidez indesejada e atendimento multiprofissional. Estes, além das providências legais, fazem um acompanhamento da vítima e seus familiares, atitude extremamente desejável naqueles casos onde se questiona o pai ou padrasto como agente ativo. Só o efetivo acompanhamento poderá evitar recorrências de agressão sexual dentro da família, além de acusar a garantia a segurança física da vítima.<sup>7</sup> Em qualquer situação, a recusa médica ao atendimento é caracterizada como omissão de socorro, de acordo com o Art. 13, § 2º do Código Penal Brasileiro, 10 e a exigência de apresentação de Boletim de Ocorrência (BO) e laudo IML para atendimento é ilegal. 10, 11

O atendimento médico deve ser realizado sem a preocupação de estar prejudicando a avaliação pericial, pois, no ordenamento jurídico brasileiro, consta que o bem maior do indivíduo é a sua própria vida.

Diante de qualquer tipo de violência ou maus-tratos, todos os dados obtidos a respeito da vítima (relatos sobre o episódio, exame físico e exames complementares) devem ser cuidadosamente registrados no prontuário, uma vez que a justiça pode solicitar cópia da documentação da unidade de saúde.

O profissional deve realizar a anamnese e o exame físico de forma cuidadosa. No caso de crianças, o exame deverá ser realizado, se possível, na presença do responsável. As crianças maiores e adolescentes devem ser orientadas previamente sobre todos os procedimentos que serão realizados.

- **anamnese detalhada:** a identificação dos casos pode ser feita através do relato da vítima (no caso de crianças, adolescentes e pessoas com deficiência cognitiva, por familiares ou responsáveis) ou por evidências de lesões genitais durante exame clínico. Nessas circunstâncias, a abordagem profissional é facilitada. No entanto, os relatos espontâneos e os sinais de violência não estão evidentes em um número expressivo de casos.

- **exame físico completo,** com especial atenção para as áreas mais comumente envolvidas em importantes sexuais: boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus. Importante descrever detalhadamente as lesões, inclusive da genitalia e ânus.<sup>5, 8</sup>

- **exame ginecológico:** usar sempre um par de luvas, após o fato de tocar na/o cliente ou no material de coleta de exames com a mão pode deixar DNA do(a) médico(a) no material colhido (luvas sem talco e deixar DNA do(a) médico(a) no material colhido (luvas sem talco e deixar DNA do(a) médico(a) no material colhido (luvas sem talco e descrição minuciosa na ficha de atendimento/prontuário dos

traumatismos encontrados, se possível, com registro fotográfico. Na indisponibilidade desse recurso, representações esquemáticas ou desenhos podem ser utilizados e igualmente incluídos no prontuário.<sup>7</sup> Se o serviço possuir colposcópio, este exame poderá identificar pequenas lesões externas. Não se recomenda o exame de toque bidigital neste momento, à exceção dos casos em que a critério clínico pareça necessário.<sup>10</sup>

### Coleta de material para a identificação do agressor:<sup>5, 8</sup>

- das roupas da cliente: deixar secar em ar ambiente e guardar em saco de papel (dependendo da roupa, inteira ou parte com evidências de sangue ou secreções). As roupas externas devem ser guardadas em separado das roupas íntimas.

- dos pelos pubianos: caso tenha secreção na região dos pelos pubianos, coletar uma amostra e acondicionar em papel, deixar secar ao ar ambiente, e guardar em envelope comum.

- através da coleta de conteúdo vaginal e endocervical, oral ou anal, com swab de algodão. O material deve ser fixado em papel de filtro poroso, estéril, deixado secar em ar ambiente e ser armazenado em envelope comum. Anexar ao prontuário da paciente, que recebe uma via da solicitação realizada depois de identificado com o nome da paciente, data da agressão e à data da coleta. O material não deve ser acondicionado em sacos plásticos, que facilitam a transpiração e a proliferação de bactérias que podem destruir as células e o DNA. O material deve ficar à disposição da justiça.<sup>5, 8</sup>

- caso haja microscópio disponível, deve-se fazer a pesquisa de espermatozóide em lâmina a fresco, com solução salina.

- reparo das lesões: as que forem identificadas deverão ser prontamente reparadas no local do atendimento ou centro cirúrgico, quando necessário. Da mesma maneira, deve-se promover a cobertura com antibióticos e analgésicos. Segundo o Ministério da Saúde, os hematomas e as lacerações genitais são as lesões mais frequentes. Nas lesões vulvo-perineais superficiais e sem sangramento deve-se proceder apenas com assepsia local. Havendo sangramento, indica-se a sutura com fios delicados e absorvíveis, com agulhas não traumáticas. Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis, os hematomas podem necessitar de drenagem cirúrgica. Na ocorrência lesões perfuro-cortantes ou contaminação por terra, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o status vacinal da mulher.<sup>5</sup>

### NOTIFICAÇÃO

Embora todas as pessoas tenham o dever de notificar às autoridades quando ocorre um caso de vitimização de crianças e adolescentes, os profissionais de saúde que interagem com este segmento são os mais responsáveis por esta medida, tornando possível desencadear os mecanismos de proteção. Esses profissionais, o médico tem um papel fundamental na identificação, tratamento e prevenção das crianças vítimas de maus-tratos, por frequentemente atender casos desta natureza.<sup>7</sup> O não cumprimento dessa responsabilidade ocorre em decorrência da falta de conhecimento da lei por alguns profissionais de saúde, ou por estes não estarem convencidos de que devem exercer esse papel.<sup>7</sup>

O Art. 245 do ECA define como infração administrativa a não comunicação de violência e maus-tratos pelos médicos, professores ou responsáveis por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental e pré-escola à autoridade competente, sujeita a multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.<sup>2</sup> O ECA não cobra do profissional ou do gestor das instituições de saúde uma atitude ou uma ação policial, nem deverá haver qualquer equívoco neste sentido.<sup>2</sup> O que nos cabe é fazer chegar às autoridades competentes a necessária informação de que a criança ou adolescente está sendo vítima de maus-tratos (ou há suspeita desta ocorrência) a fim de serem tomadas medidas para mantê-la em condição de segurança e proteção. Esta determinação do ECA foi reforçada em 24 de novembro 2003, com a Lei 10.778, que determina a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher.<sup>5</sup> Vale ressaltar que a notificação não se caracteriza como um ato pessoal, mas uma obrigação legal do ponto de vista profissional e institucional, seja através da Comissão ou da Direção do serviço de saúde. Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou a confirmação de abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude. Na falta destes, comunicar à Vara de Justiça existente no local ou à Delegacia, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme o Art. 13 do ECA.<sup>5</sup> A vítima será encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML) pela Autoridade e não diretamente pelo médico.

O médico diante de uma vítima de violência sexual precisa seguir alguns caminhos constituídos, por vezes conflitantes frente à sua realidade, entre os preceitos legais e éticos, principalmente no que tange ao segredo médico. A garantia do sigilo, resguardando o paciente de desdobramentos morais adversos é uma conquista da sociedade organizada, mas, as matérias previstas em lei, podem configurar o "dever legal".<sup>11</sup> O Código Penal Brasileiro informa que, nestas situações, a ação penal é de iniciativa privada (queixa-crime), ou seja, a representação policial é realizada por iniciativa da própria vítima e seus familiares. Na categoria médica é consensual a comunicação às autoridades, sempre, quando tratar-se de menores de dezesseis anos e em alguns casos de adolescentes, na dependência da conduta de seus familiares e do nível de amadurecimento dos mesmos.<sup>7</sup> Com efeito, não é raro que o agressor esteja "escondido" no seio da própria família, e isso precisa ser bem esclarecido para se evitar situações recorrentes. O médico não pode abrir mão dessa possibilidade legal de esclarecimento dos fatos.

Várias são as causas, entre os profissionais médicos, que fazem com que não ocorra a notificação: falta de conhecimento para suspeitar de violência ou fazer o diagnóstico; temor de estar enganado, notificação uma suspeita infundada; sentimento de ausência de suporte institucional para respaldar seu ato; descrença na retaguarda ou no poder público para dar solução aos casos encaminhados quando é feita a notificação; desconhecimento das obrigações legais; medo de represálias, de se envolver e de ter problemas com o agressor ou com a justiça; interesses pessoais, entre outros.<sup>7</sup>

Do ponto de vista legal, o crime de estupro sofreu significativas alterações com a edição da Lei nº 12.015/2009, que ampliou o sujeito passivo do tipo, abrangendo, a partir de então, homens e mulheres, bem como absorveu o crime de atentado violento ao pudor.<sup>12</sup> Houve a fusão dos anteriores Art. 213 - Estupro e Art. 214 - Atentado Violento ao Pudor e a substituição do Art. 224 - Violência Presumida pelo novo Art. 217 - Estupro de Vulnerável: "Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (atorze) anos", Pena - reclusão de 8 (oito) a 15 (quinze) anos. Fica evidente que a intenção do legislador com estas alterações foi punir com mais vigor os que cometem crimes contra a liberdade sexual, principalmente quando há o envolvimento de menores de idade. O crime de estupro de vulnerável, que substituiu o antigo estupro mediante violência presumida, ocorre qualquer que seja o meio de execução e ainda que haja o consentimento da vítima.<sup>11, 12</sup>

### ATESTADOS E RELATÓRIOS<sup>7</sup>

Sua emissão após uma consulta médica é um direito do paciente, mas devemos nos cercar de alguns cuidados quando há suspeita de violência sexual:

- não utilizar termos jurídicos como estupro, atentado violento ao pudor, ou outros. É aconselhável um histórico sucinto (paciente informa ter sido vítima de agressão sexual às tantas horas de tal dia) e descrição do exame clínico, com atenção ao exame da membrana hímeneal (verificar se há lesões recentes), mucosa vaginal (surpreender lacerações) e presença de conteúdo na cavidade vaginal. Só informar vestígios de conjunção carnal se realmente estiver certo disso.

- solicitar que a paciente e um representante legal autorizem a emissão desse atestado no verso do mesmo, pois, uma tolerância ética e legal de quebra do sigilo profissional e a autorização expressa da paciente.

O ideal é que se apresente à paciente a possibilidade de um exame pericial no IML, que é o órgão destinado a esse fim, não como uma forma de esquivar do problema em si, mas pela possibilidade de uma avaliação pericial mais criteriosa. Entretanto, se a vítima e seus familiares insistirem em receber o relatório, se houver impossibilidade física de locomoção da vítima (internada em hospital) ou nas cidades do interior do Estado onde não haja perito oficial, o médico deve obedecer ao preceito ético e fornecer o atestado. Pode ser que a justiça intime o profissional a depor posteriormente. Ele o fará mediante as anotações no prontuário hospitalar ou ficha de consultório, não devendo ter a emissão de relatórios bem sustentados.<sup>11</sup>

### EXAMES LABORATORIAIS E PROFILAXIAS,<sup>8</sup>

Para maior praticidade, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetricia - FEBRASGO divide o atendimento às vítimas de violência sexual em três etapas: atendimento imediato (até 72 horas) quando o atendimento e as profilaxias de gravidez e DST são impositivos, se houver indicação; atendimento imediato ou ambulatorial (após 72 horas), onde o acompanhamento da paciente e das medicações prescritas deve ser realizado; interrupção da gestação quando houver indicação.

FEBRASGO e Ministério da Saúde concordam em relação aos exames e profilaxia a serem adotados, quanto ao atendimento:

- no atendimento inicial, solicitar hemograma, plaquetas, TGO, TGP e sorologia para sífilis, hepatites B e C, anti - HIV e teste de gravidez, exames necessários para avaliação do estado anterior ao episódio de violência. A sorologia anti - HIV deve ser feita após o compromisso verbal no momento do atendimento de emergência.5 Todos esses procedimentos devem ser registrados detalhadamente no prontuário.<sup>1</sup>

- profilaxia de DSTs não virais - sífilis, hepatites, gonococcia e clamídia: iniciar até 72 horas.

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

- crianças e adolescentes com menos de 45 kg: ceftriaxona 125 mg ou penicilina benzatina 600.000 UI (IM) + azitromicina 20 mg por kg (máximo 1,0g) VO, dose única. O metronidazol e outros derivados imidazólicos (ex: secnidazol, tinidazol) podem apresentar interações medicamentosas importantes com ritonavir, daí o uso concomitante ser evitado. Esquema alternativo com quinolonas: ofloxacina, ceftriaxona - 1,0 g IM, ciprofloxacino, 400 mg 12x12 hs - 3 dias.

- contracepção de emergência: até 5 dias, deve ser realizada em todas as pacientes expostas à gravidez por contato certo ou duvidoso com sêmen. Detalhada no próximo item deste artigo.

- prevenção de hepatite B: indicada em casos de violência com exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor; pode ser realizada até 14 dias; contraíndica em mulheres e crianças imunizadas corretamente ou em situações de abuso crônico. Dose única da Imunoglobulina humana anti-hepatite B, IM, 0,06ml/kg.

- prevenção de infecção pelo HIV: acomete 0,8 a 2,7 % das pacientes, se houve variação de acordo com número e perfil dos agressores, se houve ejaculação ou não, e local das lesões: sexo anal 0,1 a 3%, vaginal 0,08 a 0,2% e oral 0 a 0,04%. Indica nos casos de penetração anal/vaginal com ou sem coito oral; iniciada até 72 horas após o crime sexual e mantida por 4 semanas; contraíndica se for usado preservativo masculino ou feminino durante o crime sexual ou se for feito o teste rápido anti-HIV no agressor com resultado negativo. O acompanhamento ambulatorial deve ser semanal nas quatro primeiras semanas, controlada com hemograma, provas de função hepática e sorologia. Devido ao dinamismo da indicação das drogas antiretrovirais, sempre que houver indicação, deve-se reavaliar qual o melhor esquema a ser utilizado.

- quanto ao seguimento laboratorial, o acompanhamento sorológico deverá estar completo num espaço de 6 meses, quando as possibilidades de viragem sorológica serão mínimas. Os exames de rotina solicitados no atendimento são: em 2 semanas, repetir hemograma, plaquetas, TGO e TGP; em 6 semanas e novamente em 3 meses repetir HIV e VDRL; e em 6 meses repetir sorologia anti - HIV e provas de hepatites B e C. Fica a critério de cada serviço incluir, em sua rotina, colposcopia, viroscopia e a citologia, no sentido de rastreamento de DSTs não virais e às virais do tipo HPV em casos de penetração anal/vaginal com ou sem coito oral.

### CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Deve ser prescrita a todas as adolescentes expostas à gravidez, através do contato certo ou incerto com o sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual que se encontram e que já tenham tido a primeira menstruação, mesmo levando-se em conta que o risco de gestação advinda de estupro à base de 4% a 7% deverão receber contracepção de emergência após o contato. O acompanhamento de DSTs não virais e às virais do tipo HPV em casos de penetração anal/vaginal com ou sem coito oral.

Em contracepção de emergência, a opção pelo uso de contraceptivos hormonais orais combinados (CHOC) não mais se justifica devido à eficiência e segurança do uso do progestagênio isolado. Além de poderem promover efeitos adversos pela presença do etinilestradiol em sua composição (náuseas, vômitos, mastalgia, cefaléia e retenção hídrica), pode ocorrer interação medicamentosa entre o mesmo etinilestradiol e alguns agentes antiretrovirais como o ritonavir. CHOC quando utilizados corretamente evitam a gestação em 76% dos casos, enquanto a opção pelo progestagênio isolado é eficiente em 89% dos casos.<sup>5</sup>

A contracepção de emergência deve ser utilizada preferencialmente nas primeiras 24 horas, mas pode-se administrar com uma segurança contraceptiva menor até o 5º dia após o ato de violência sexual.<sup>5, 8</sup>

### CONCLUSÃO

A assistência às vítimas de violência, requer do profissional preparo emocional, pois o tema da violência vem carregado de necessidades ser trabalhadas. Por outro lado, é importante resguardar nossas crianças e adolescentes respeitando e garantindo seus direitos.

Podemos concluir que o setor Saúde, além de ser um dos espaços privilegiados para a identificação das crianças e adolescentes em situação de violência, tem o papel fundamental na definição e articulação dos serviços e organizações que, direta ou indiretamente, atendem situações de violência. Os gestores municipais e estaduais têm papel decisivo na organização de redes integradas de atendimento, na capacitação de recursos humanos, na provisão de insumos e na divulgação para o público em geral.<sup>7</sup>

Finalmente, vale destacar mais uma vez que a intervenção nos casos de violência é multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. A equipe de saúde deve buscar identificar organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias Especializadas, Instituto Médico-Legal, Ministério Público, Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Instituições como Casas Abrigo, Creches, dentre outros. O fluxo e os problemas de acesso e de manejo dos casos em cada nível desta rede devem ser debatidos e planejados periodicamente, visando à criação de uma cultura que inclua a construção de instrumento de avaliação. É imprescindível a sensibilização de gestores e gerentes de saúde, no sentido de proporcionar condições para que os profissionais de saúde possam oferecer atenção integral às vítimas e às suas famílias, como também aos agressores.

### REFERÊNCIAS

- Magalhães MLC, Gadelha MFR, Rolim LSD, Rocha VD, Queiroz RMF. Violência na Infância e na Adolescência - Assistência Médica e Psicossocial. In: Magalhães MLC, Reis JTL. *Ginecologia Infanto-Juvenil. Diagnóstico e Tratamento*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2007. p. 415-426.
- Brasil. Lei no. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm) (acessado em 25/10/2014).
- LesourdS. *A Construção Adolescente no Laço Social*. Tradução: Magalhães L. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- World Health Organization. Women's Health and Development. *Violence against women. A priority health issue*. Geneva: WHO; 1997. Disponível em [http://www.who.int/geneva\\_injury\\_prevention/media/en/154.pdf](http://www.who.int/geneva_injury_prevention/media/en/154.pdf) (acessado em 25/10/2014).
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - 3. ed. atual. ampl., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*: CID-10 Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
- Magalhães MLC, Reis JTL, Furtado FM, Moreira AMP, Filho FNCF. O Profissional de Saúde e a Violência na Infância e Adolescência. *Femina* 2009; 37(10):547-51.
- Manual de Orientação Violência sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei: Manual de Orientação - FEBRASGO. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetricia, 2010. Disponível em <http://www.febasgo.org.br/manuais> (acessado em 25/10/2014).
- Código de Ética Médica. Disponível em [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm) (acessado em 25/10/2014).
- Código Penal Brasileiro. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm) (acessado em 25/10/2014).
- Ministério da Saúde. Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual. Perguntas e Respostas para Profissionais de Violência Sexual. Brasília - DF, 2011. Disponível em <http://abenfoa.redesindical.com.br/arqs/manuais/129.pdf> (acessado em 25/10/2014).
- Brasil. Lei no. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Diponível em