

Violência sexual contra a mulher e abordagem da gestação proveniente de estupro

Protocolos Febrasgo

Obstetrícia – nº 60 – 2018



DIRETORIA DA FEBRASGO

2016 / 2019

César Eduardo Fernandes
Presidente

Corintio Mariani Neto
Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade
Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Alex Bortotto Garcia
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina
Vice-Presidente
Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo
Vice-Presidente
Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho
Vice-Presidente
Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender
Vice-Presidente
Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM VIOLÊNCIA SEXUAL E INTERRUPÇÃO GESTACIONAL PREVISTA EM LEI – 2016 / 2019

Presidente

Rosires Pereira Andrade

Vice-Presidente

Osmar Ribeiro Colás

Secretária

Sandra Serapião Schindler

Membros

Anibal Eusebio Faundes Latham
Carlos Reinaldo Carneiro Marques
Carlos Tadayuki Oshikata
Edison Luiz Almeida Tizzot
Fernando Maia Peixoto Filho
Juarez Marques de Medeiros
Maria Flávia F. G. G. Brandão
Maria Laura de Almeida Porto
Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski
Thomaz Rafael Gollop

Violência sexual contra a mulher e abordagem da gestação proveniente de estupro

Rosires Pereira de Andrade¹

Aníbal Faúndes²

Carlos Tadayuki Oshikata³

Osmar Ribeiro Colás⁴

Descritores

Violência sexual; Atendimento de emergência; Aborto legal; Gravidez por estupro; Objeção de consciência

Como citar?

Andrade RP, Faúndes A, Oshikata CT, Colás OR. Violência sexual contra a mulher e abordagem da gestação proveniente de estupro. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetria, no. 60/ Comissão Nacional Especializada em Violência sexual e interrupção gestacional prevista em lei).

Introdução

A violência está presente na vida diária tanto contra os homens quanto contra as mulheres, mas estas são alvo muito mais frequente da violência sexual. No decursados tempos, pode-se notar que a opressão contra as mulheres sempre existiu. Grandes pensadores, a despeito de toda a genialidade e produção intelectual que temido importante para a humanidade, manifestaram-se evidenciando o papel da mulher aceito em cada época. Zaratrusta (século VII a.C.) considerava que a mulher deveria adorar o homem como a um deus e fazer o que ele

¹Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

²Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

³Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

⁴Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Violência sexual e interrupção gestacional prevista em lei e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetria nº 60, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

quisesse. Confúcio (século V a.C.) referia que as mulheres e os escravos eram seres inferiores. Platão (428-347 a.C.) dizia que a natureza da mulher era inferior à do homem. Aristóteles acreditava que a mulher era um homem inferior. A infibulação, mutilação genital feminina, até hoje, é relatada e é feita como uma maneira de controle da liberdade e da sexualidade da mulher. Por sua vez, a lapidação, também existente nos dias atuais, é aprovada por leis em alguns países e trata-se de uma horrenda e inaceitável forma de castigar a mulher, sempre relacionada à sua sexualidade. A violência sexual, tão presente nos dias atuais, precisa ser compreendida, em especial, pelo ginecologista e obstetra no sentido de que se trata de uma grande ofensa à dignidade da mulher e que cabe a tais especialidades promoverem meios para o atendimento adequado dessas mulheres, assim, buscando o tratamento de eventuais lesões físicas e a prevenção de danos emocionais e físicos.⁽¹⁾ Com a Lei nº. 12.015, de 7 de agosto de 2009, praticamente fundiram-se os artigos 213 e 214 do Código Penal. Revogou-se o art. 214 do CP e incluiu-se o seu texto no art. 213 do CP. A redação ficou assim para o conceito de estupro: “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”. Desse modo, tanto a mulher quanto o homem podem ser vítimas de estupro, quando constrangidos, mediante violência (física) ou grave ameaça (psicológica) a praticar conjunção carnal (penetração do pênis na vagina) ou qualquer outro ato libidinoso (penetração anal ou oral, por exemplo).

Epidemiologia

As evidências atuais permitem catalogar a violência sexual contra a mulher e a adolescente como um problema de saúde pública tanto

pela sua dimensão como pelas consequências que provoca na saúde da mulher. A violência contra a mulher está presente no mundo todo e em todos os períodos de seu ciclo vital.⁽²⁾ Ocorre principalmente no ambiente doméstico, pelo parceiro,⁽³⁻⁶⁾ começando normalmente por violência psicológica/emocional, seguida por violência física e culminada na violência sexual.⁽⁷⁾ A prevalência da violência sexual descrita em diferentes estudos pode variar muito, influenciada por como se define esse tipo de violência. Estudo realizado no Brasil, em que se perguntou a uma amostra de mais de 2 mil mulheres se alguma vez tiveram relações sexuais contra sua vontade, revelou-se que 7% foram vítimas de violência física e 23% foram violentadas sob ameaça. Justamente as prevalências descritas na literatura variam entre 5% e 30% de mulheres que relatam ter sofrido violência sexual, pelo menos alguma vez na sua vida.⁽⁸⁾ Ocorre em todos os grupos sociais, mas sua frequência parece estar associada a indicadores de nível socioeconômico. Estudo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (n=1319) encontrou diferenças significativas na prevalência de história de violência sexual por seu parceiro segundo classe econômica: Classe E 17,5; Classe D 13,3; Classe C 10,4; Classe A\B 4,3.⁽⁹⁾

Repercussões da violência sexual

Sabe-se que a violência sexual é responsável por diversos tipos de queixas que são motivos de consulta nos serviços de saúde, como problemas ginecológicos em geral, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, insônia, ansiedade, disfunção sexual e desordem alimentar.^(3,7,10) O mais grave é que o resultado da violência sexual pode ser fatal, diretamente, pelo assassinato da vítima ou, indiretamente, por exemplo, quando a violência sexual resulta em gravi-

dez não desejada e abortamento inseguro e, ainda, nos casos em que a gravidez por estupro leva ao suicídio. É evidente, entretanto, que na maior parte dos casos não se chega a esses extremos, mas isso provoca diversos efeitos que podem ser graves para a saúde da mulher afetada. Entre as consequências imediatas, descreve-se o trauma psicológico, o trauma físico, o contágio de doenças de transmissão sexual (DTS), inclusive do HIV, além da gravidez não desejada. Já entre as consequências em longo prazo estão as sequelas de DTS/HIV, o aborto provocado ou filho não desejado, problemas de saúde mental (depressão, insônia, ansiedade) e o que pode definir-se como somatização ginecológica da violência sexual, descrita por Golding et al., em 1998, que consiste em fatores, tais como alterações menstruais, dor pélvica crônica, dor durante o coito e diversas disfunções sexuais.⁽⁸⁾ Em estudo realizado no Brasil, encontrou-se uma prevalência significativamente aumentada desses problemas em mulheres que sofreram violência sexual comparadas com as que não tinham história de violência: irregularidades menstruais: 39,4% vs 28,8%; dor pélvica crônica: 41,1% vs 24,7%; dor no coito: 19,1% vs 8,6%; perda de libido: 14,3% vs 2,9%; ausência de orgasmo: 20,6% vs 4,4%.⁽³⁾

Atendimento imediato e acompanhamento ambulatorial

No Brasil, os serviços médicos não estão preparados para diagnosticar e tratar as mulheres vítimas de violência sexual devido à falta de treinamento e de uma estrutura organizacional. Dados mais recentes indicam que, em 2016, existiam 603 serviços de saúde para atendimento a pessoas em situação de violência sexual no país, 187 ofereciam atendimento 24 horas, sendo que 65

serviços eram credenciados para realizar a interrupção da gestação prevista por lei, porém menos da metade a realizava e 399 realizavam seguimento ambulatorial.⁽¹¹⁾ Desde 2013, com a Lei nº. 12.845, o Sistema Único de Saúde deve prestar atendimento emergencial a todos os casos de violência sexual. Esses serviços devem oferecer atendimento integral envolvendo o diagnóstico e o tratamento da violência sexual, amparo médico, psicológico e social imediatos; encaminhar ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas, prescrever a profilaxia contra gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (IST); coletar sorologias para seguimento das IST; e fornecer informações sobre os direitos legais.⁽¹²⁾ As premissas básicas no atendimento médico devem levar em conta o atendimento respeitoso, humanizado e laico; deve-se preservar a privacidade da mulher, não colocando a veracidade da história em questão, deve-se evitar julgamento de valores, contatos físicos desnecessários (especialmente em crianças), a atitude da equipe deve ser compreensiva e solidária, e não ter postura inquisitiva ou curiosa. O primeiro atendimento não se deve limitar apenas ao atendimento de urgência e sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.^(13,14) O médico e a equipe multidisciplinar devem preocupar-se com vários aspectos na tentativa de se manter o bem-estar físico e mental da mulher. Na primeira consulta, a anamnese deve ser pormenorizada identificando-se as principais características que norteiam a agressão, como a data, o local, a hora, o tipo de penetração, se houve ejaculação, o dia do ciclo menstrual e o tipo de contracepção utilizada, entre outras. Cabe à equipe também avaliar o trauma psicológico sofrido, o grau de desagregação familiar e a possibilidade de contaminação por uma

IST e o risco de gravidez.^(15,16) O atendimento no serviço de saúde deve ser o mais precoce possível, de preferência nas primeiras 72 horas após a violência, pois a maioria da terapia medicamentosa deve ser instituída nesse período para evitar uma gravidez indesejada e garantir uma profilaxia adequada contra as IST virais e não virais.⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ Recomenda-se que a equipe multidisciplinar seja composta por médicos, psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais, e a falta de um desses profissionais na equipe não inviabiliza o atendimento.⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Exame físico

O exame físico deve contemplar tanto o exame clínico como o ginecológico. O exame clínico geral inicia-se com a inspeção estática, que deve ser orientada no sentido craniocaudal; as lesões devem ser caracterizadas de forma mais abrangente possível e outros achados, como corpo estranho e secreções, devem ser coletados e acondicionados em envelopes de papel ou meios próprios como tubo estéril para *swab* e lâminas vítreas.^(15,21) Todo material coletado durante o exame físico é uma prova criminal que pode auxiliar na identificação da autoria e na materialização do crime e deve ser guardada em local apropriado, devendo estar disponível quando solicitado pela justiça. O local ideal, e de direito, para custodiar provas-crimes é o instituto médico legal (IML) ou a cadeia de custódia por serem instituições ligadas à secretaria de segurança pública.^(14,15) Todos os médicos ginecologistas devem estar capacitados a realizar um exame clínico detalhado já no primeiro atendimento e estarem aptos a coletar provas criminais, seja no serviço público ou privado. Somente com esses cuidados evitar-se-ia a peregrinação da mulher pelos serviços, preservaria sua privacidade e impediria

a realização de exames ginecológicos desnecessários.⁽¹⁶⁾ Devido às características peculiares e complexas que cerceiam a violência sexual, a institucionalização da mulher em um serviço de referência é uma forma de garantir um atendimento ágil e especializado. Em serviços privados, nem sempre o atendimento personalizado suprirá as necessidades básicas da mulher naquele momento, como as necessidades sociais, psicológicas e principalmente medicamentosas, visto que a terapia antirretroviral (TARV) contra o vírus HIV não pode ser adquirida nas redes de farmácias e, nos serviços de referência, a sua disponibilização é imediata.

Exames laboratoriais

Mulheres vítimas de violência sexual podem estar grávidas, portanto, o teste de gravidez deve ser oferecido quando necessário. Na primeira consulta, a investigação das IST deve contemplar culturas específicas para *Neisseriagonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e *Trichomonas vaginalis*, além da coleta de sorologias para HIV, hepatite B e sífilis (Quadro 1).^(14,21)

Quadro 1. Exames laboratoriais para diagnóstico e seguimento das IST*

IST	1º atendimento	4-6 semanas	3º mês	6º mês
Sífilis	Sim	Sim		
Gonorreia	Sim	Sim		
Clamídia	Sim	Sim		
Hepatite B	Sim	-	Sim	Sim
HIV	Sim	-	Sim	Sim

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3a ed. atual. e ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.⁽¹⁴⁾; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.⁽²¹⁾

*Podem ocorrer mudanças de acordo com protocolos institucionais.

Anticoncepção de emergência (AE)

Deve ser ingerido o mais precocemente possível, preferencialmente, nas primeiras 24 horas. O levonorgestrel é um progestagênio sintético que age retardando o desenvolvimento folicular e a ovulação. Tem eficácia comprovada quando utilizado antes da ovulação e nas primeiras 72 horas. Após esse período, a eficácia diminui consideravelmente e o risco de gestação é cinco vezes maior se comparado com a administração nas primeiras 24 horas. Não tem eficácia após 120 horas. Utiliza-se em dose única de 1,5 mg por via oral.^(22,23) Outras opções, não disponíveis no Brasil, seriam as drogas bloqueadoras ou moduladoras dos receptores da progesterona, ulipristal e mifepristone, que podem ser utilizadas até 120 horas após a relação e possivelmente têm uma eficácia superior ao levonorgestrel.^(22,23)

Hepatite B

A imunoprofilaxia deve ser administrada preferencialmente nas primeiras 48 horas e no máximo 14 dias após a exposição. A imunoglobulina e a vacina contra hepatite B são recomendadas como profilaxia para pessoas suscetíveis e expostas à violência sexual (Quadros 2, 3, 4, 5).^(14,21)

Quadro 2. Profilaxia da hepatite B

Vacina anti-hepatite B Aplicar IM no deltoide	Repetir em 1 e 6 meses
Imunoglobulina anti-hepatite B Aplicar 0,06 ml/kg em glúteo	Dose única

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3a ed. atual. e ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.⁽¹⁴⁾; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.⁽²¹⁾

Quadro 3. Profilaxia IST não viral

IST	Medicação	Adulto	Crianças
Sífilis	Penicilina G Benzatina	2,4 milhões UI IM	50 mil UI/kg IM
Gonorreia	Ceftriaxona	500 mg IM	125 mg IM
Clamídia	Azitromicina	1,0 g VO	20 mg/kg VO
Tricomoníase	Metronidazol ^a	2,0 g VO	15 mg/kg/dia VO por 7 dias

Fonte: Brasil. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3a ed. atual. e ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.⁽¹⁴⁾ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.⁽²¹⁾

(a) Não deve ser prescrito no 1º trimestre de gestação e deve ser postergado em uso de AE e TARV.

Quadro 4. Profilaxia para HIV não gestantes

Medicamento	Apresentação	Posologia
	Comprimido coformulado (TDF ^a 300 mg + 3TC ^b 300mg)	1 comprimido VO ao dia
TDF ^a + 3 TC ^b	Na indisponibilidade de comprimido coformulado	Na indisponibilidade de comprimido coformulado
	TDF 300 mg + 3 TC 150 mg	1 comprimido VO ao dia 2 comprimidos VO ao dia
DTG ^c	DTG ^c 50 mg	1 comprimido VO ao dia

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3a ed. atual. e ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.⁽¹⁴⁾ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.⁽²¹⁾

(a) Tenofovir (b) Lamivudina (c) Dolutegravir.

Quadro 5. Profilaxia para HIV em gestantes e puérperas: deve-se iniciar após a 14ª semana e suspender a amamentação

Medicamento	Apresentação	Posologia
	Comprimido coformulado (TDF 300 mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO ao dia
TDF ^a + 3 TC ^b	Na indisponibilidade de comprimido coformulado	Na indisponibilidade de comprimido coformulado
	TDF 300 mg + 3TC 150 mg	1 comprimido VO ao dia 2 comprimidos VO ao dia
RAL ^c	RAL ^a 400 50 mg	1 comprimido VO ao dia

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3a ed. atual. e ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.⁽¹⁴⁾ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.⁽²¹⁾

O uso da TARV exige seguimento laboratorial rigoroso com avaliação da função hepática e renal, além de hemograma e de glicemia de jejum seriados.

Seguimento ambulatorial

Em geral, o tempo de seguimento médico e psicológico ambulatorial varia de acordo com as necessidades da paciente, e o tempo mínimo de 6 meses parece ser ideal, com consultas no 15º, 30º, 60º, 90º e 180º dias após a exposição.⁽²²⁾ Esse tempo inclui o período para o restabelecimento psicológico e é o tempo para se avaliar uma possível soroconversão do vírus da hepatite B e HIV, que pode ocorrer em até 6 meses. Na avaliação subsequente ao primeiro atendimento, deve-se checar os resultados dos exames laboratoriais coletados na primeira consulta, analisar o aparecimento de doenças, verificar a adesão ao tratamento antirretroviral, avaliar a melhora psicológica e solicitar novos exames clínicos e sorológicos.⁽²⁴⁻²⁶⁾

Atendimento da mulher com gestação resultante de estupro

Uma vez constatada a gravidez, a primeira providência a ser realizada, caso haja interesse de interrupção, é providenciar uma documentação por escrito onde a gestante ou seu representante legal demonstre a opção pela interrupção. A autorização judicial, o laudo do IML e o boletim de ocorrência policial (BO) não são documentos obrigatórios para se realizar um aborto legal, porém é aconselhável tê-los para melhor documentação.^(14,20)

Deve-se lembrar que a função do serviço de saúde é prestar assistência integral às mulheres vítimas de violência sexual. Não é sua função criminalizar ou elaborar provas contra e muito menos colocar em dúvidas suas alegações. A presunção da veracidade e a convivência com o problema sofrido são fundamentais para mostrar credibilidade e seriedade do serviço e dar confiança para a mulher.⁽¹⁶⁾

Segundo a Portaria nº.1.508, de 1º de setembro de 2005, o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez previsto em lei é composta por quatro fases:⁽²⁷⁾

- Relato circunstanciado do evento, realizado pela própria gestante ou por seu representante legal, perante dois profissionais de saúde do serviço.
- Emissão do parecer técnico do médico assistente que subscreverá o Termo de Aprovação de Procedimento de Interrupção da Gravidez.
- Assinatura da gestante ou do seu representante legal, do Termo de Responsabilidade, que contém advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica caso não tenha sido vítima de violência sexual.

- A quarta fase encerra-se com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.^(14,15)

Recomenda-se interromper a gestação até no máximo 20 semanas, utilizando-se o misoprostol por via vaginal, curetagem uterina ou aspiração manual intrauterina. Após 20 semanas, devido aos riscos de sangramento, infecções e ruptura uterina, deve-se oferecer acompanhamento pré-natal, psicológico e a alternativa de adoção.^(14,18,20)

Recomendações gerais

1. Lembrar que o atendimento à vítima de violência sexual é obrigatório, bem como as prescrições das profilaxias, ficando sob responsabilidade do hospital (diretoria clínica) o encaminhamento oportuno (inclusive, remoção), caso não esteja preparado para o atendimento.
2. A interrupção da gestação é um direito da paciente e os serviços de atendimento deveriam se preparar adequadamente para este procedimento, uma vez que qualquer ginecologista tem conhecimento suficiente para realizá-lo, não necessitando de materiais especiais.
3. A objeção de consciência para a realização da interrupção legal da gestação é um direito individual do médico, e não institucional, sendo que cabe à diretoria do hospital prover um profissional para este atendimento. Lembramos que a prescrição de contracepção de emergência não se justifica como objeção de consciência, ficando o médico responsável pelo atendimento sujeito às possíveis intercorrências eventualmente impostas pela paciente.
4. O registro oficial via Boletim de Ocorrência não é obrigatório nem necessário para a realização da interrupção legal da gesta-

ção. A comunicação de qualquer tipo de violência contra menores de idade é obrigatória, independente da vontade dos pais.

5. A notificação compulsória é obrigatória para todos os casos de violência, inclusive os sexuais. Qualquer membro da equipe pode preencher este comunicado.
6. As pacientes deverão ser orientadas para utilizar preservativo durante o período de possível janela imunológica para o risco de HIV.

Ao receber uma gestante vítima de estupro, deve-se seguir os seguintes passos:^(28,29)

1. Realizar uma história clínica completa na qual se possa configurar o que em direito se chama “Relato circunstanciado”. Nada mais é do que a história clínica bem-elaborada das circunstâncias da agressão.
2. A seguir, através do exame clínico e da ultrassonografia, ajusta-se a idade gestacional deste feto confrontando-a e com a data do estupro para, então, inferir nexos causal entre o ato violento e a gestação. Este tempo é o que os advogados colocam como “Parecer técnico”.
3. Após a realização do atendimento pela equipe multiprofissional, com os resultados dos exames e reunião de equipe para tomar a decisão sobre a realização da interrupção legal da gestação, realiza-se o denominado “Termo de aprovação de procedimento de interrupção”, que nada mais é do que o parecer e a decisão da equipe multiprofissional.
4. Após esta decisão em equipe, a paciente é convocada para preencher os documentos finais compostos pela solicitação formal da interrupção da gestação, solicitado por ela ou, se for menor de idade, pelo seu representante legal. Esses documentos po-

dem estar separados ou juntos a outro “Termo de responsabilidade”, onde a paciente responsabiliza-se criminalmente pelas informações oferecidas.

5. Por fim, o “Termo de consentimento livre e esclarecido”, pelo qual a paciente é informada de maneira esclarecedora sobre os tipos de procedimentos que serão realizados, como datas, tempo de internação, entre outros.
6. Ao final do procedimento, junto com a descrição minuciosa da cirurgia, deve o cirurgião mencionar o envio do material para o devido exame anatomopatológico, bem como enviar parte deste material para a devida guarda, conforme orientação local, uma vez que se trata de importante material biológico para identificação do agressor através do exame de DNA. Idealmente, este material deve ser informado ao delegado e, possivelmente, ao IML para as devidas orientações.
7. No resumo de alta hospitalar para a paciente deverá constar todos os procedimentos, as complicações e as orientações para a paciente, pois se trata de um documento importante para possíveis ações tanto no âmbito social como criminal.

Todos os passos formais solicitados oficialmente pelos protocolos jurídicos fazem parte do Prontuário Médico que deve ser adequadamente elaborado.

Referências

1. Andrade RP. Violência sexual contra mulheres – Aspectos médicos, psicológicos, sociais e legais do atendimento. 2a Curitiba: Imprensa da UFPR; 2016. 220 p.
2. Faúndes A, Hardy E, Osis MJD, Duarte GA. Risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000;22(3):153–7.
3. Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. Cad Saúde Pública. 2006;22(2):425–37.

4. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):256-64.
5. García-Moreno C, Jansen HAFM, Elsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9.
6. Heise L, Pitanguy J, German A. Violence against women: the hidden health burden. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank; 1994.
7. Heise L. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(Suppl 1):135-45.
8. Golding JM, Wilsnack SC, Learman LA. Prevalence of sexual assault history among women with common gynecologic symptoms. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(4):1013-9.
9. Mathias AK, Bedone A, Osís MJ, Fernandes AM. Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in São Paulo state, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;121(3):214-7.
10. Schraiber LB, d'Oliveira AF. Violence against women and Brazilian health care policies: a proposal for integrated care in primary care services. *Int J Gynaecol Obstet*. 2002;78 (Suppl 1):S21-5.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Informe 3: Serviços de atenção a pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [citado 2018 Jan 10]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/07/Informe-3-21.03.16.pdf>.
12. Brasil. Leis e Decretos. Lei no 12.845, de 1º. de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Brasília (DF); 2013. [citado 2018 Jan 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm
13. Boyacıyan K, coordenador. Ética em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2011.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica. 3a ed. atual. e ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: Norma Técnica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
16. Oshikata CT, Bedone AJ, Faundes 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):192-9.
17. Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion no. 592: Sexual assault. *Obstet Gynecol*. 2014;123(4):905-9.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Normas sobre a prevenção e

tratamento dos agravos resultantes da violência sexuals contra mulheres e adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

19. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2010;64 RR-3:59.
20. Faúndes A, Bedone AJ, Pinto e Silva JL, Osís MJ, Hardy E, Duarte GA, et al. Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto por lei – relatório final. *Femina*. 1997;25(1):1-8.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
22. Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception*. 2011;84(1):35–9.
23. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Emergency contraceptive pills. Medical and service delivery guidelines. 3th ed. London: FIGO; 2012.
24. World Health Organization (WHO). Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva: WHO; 2003.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
26. Drezett J, Baldacin I, Nisida IVV, Nassif VC, Napoli PC. Estudo da adesão a quimioprofilaxia anti-retroviral por infecção por HIV e mulheres sexualmente vitimadas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1999;21(9):539-44.
27. Brasil. Portaria no.1.508, de 1º. de setembro de 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. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Aspectos Jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
29. Brasil. Leis e Decretos. Decreto nº. 7958, 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 [Internet]. [citado 2014 Out 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-14/2013/Decreto/D7958.htm

