

Atenção à vítima de violência sexual

Rosires Pereira de Andrade¹, Edison Luiz Almeida Tizzot¹, Juarez Marques de Medeiros¹, Sandra Lia Leda Bazzo Barwinski¹

Descritores

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

INTRODUÇÃO

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) aprovou resolução na assembleia realizada em Copenhague, em 1997. Conforme Faúndes *et al.*:⁽¹⁾ “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”.

A partir de 1997, o Complexo Hospital de Clínicas (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR)/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) começou a atender essas vítimas, de maneira organizada, procurando realizar protocolos de atendimento, após ampla discussão entre professores, médicos e demais profissionais da saúde e de outras áreas. Em 2002, ocorreu melhora acentuada no atendimento na cidade de Curitiba, devido à maior participação da Secretaria Municipal da Saúde, que criou o Programa Mulher de Verdade – Atenção à Mulher em Situação de Violência.⁽²⁾ Novamente aconteceu uma ampla discussão e, com a participação da Secretaria de Segurança Pública do estado, criou-se o programa O IML Vai ao Hospital, desse modo, propiciando que, em cada atendimento hospitalar dado a uma vítima, também, pudesse haver o acolhimento de profissionais peritos durante esse primeiro atendimento.⁽²⁾ De 2012 em diante, a partir de iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde, foram iniciados cursos de treinamento e capacitação em diversas regionais de saúde na área da saúde da mulher e um dos temas era a violência sexual. O programa Mãe Paranaense, extensão do Mãe Curitibana, começou em 2011. Em 15 de setembro de 2015, foi lançado oficialmente o Protocolo para o Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Sexual, no estado do Paraná, com a participação das Secretarias Estaduais da Saúde e de Segurança Pública. Desde então, têm sido feitos treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento clínico e a coleta de vestígios de crimes sexuais, com a participação ativa de profissionais do Instituto Médico Legal (IML) de Curitiba.⁽²⁾

No CHC, foram realizados treinamento e capacitação dos nossos residentes em tocoginecologia e multiprofissionais, com cursos anuais de cerca de 8 horas, também abertos à comunidade, em especial aos servidores das Secretarias Municipais e Estadual da Saúde. No ano de 2018, realizamos o XIII Curso Anual de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual.⁽²⁾

Este capítulo foi escrito por profissionais que atuam no atendimento nesse CHC, com exceção de uma advogada, que representa voluntariamente a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)-PR para auxiliar nas questões jurídicas referentes à violência sexual e que discorreu sobre o tema ligado ao Direito. Portanto, descreve-se o atendimento como nós fazemos, que é diferente do

Como citar?

Andrade RP, Tizzot EL, Medeiros JM, Barwinski SL. Atenção à vítima de violência sexual. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Ginecologia, nº 44/Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica).

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

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Endoscopia Ginecológica e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Ginecologia nº 44, acesse: <http://www.febrasgo.org.br/protocolos>

que acontece em muitos outros lugares. A diferença é a presença do IML no hospital.

Estamos na segunda edição do livro *Violência Sexual contra Mulheres – Aspectos Médicos, Psicológicos, Sociais e Legais do Atendimento*,⁽²⁾ disponível *on-line* gratuitamente, no qual abordamos toda a nossa experiência no atendimento.

Recomenda-se a leitura, também, para maiores informações, do protocolo do Tratado de Obstetrícia intitulado “Violência sexual contra a mulher e abordagem da gestação proveniente de estupro”, bem como os capítulos que tratam do aborto previsto em lei, como complementação a esta leitura.

O ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Como objetivos gerais do atendimento, encontram-se: humanização do atendimento; garantia da contracepção de emergência; prevenção de infecções sexualmente transmissíveis; atendimento simultâneo pericial e médico; garantia de aborto seguro previsto em lei, ou assistência pré-natal ou adoção; disponibilização de atendimento de enfermagem, psicológico, assistência social e jurídica; melhorar a qualidade, agilizar e evitar a perda das provas periciais; estimular as notificações.^(3,4) O acolhimento deve ocorrer em ambiente reservado, estando a paciente amparada desde o início por um membro de equipe capacitada, um médico, enfermeiro, assistente social ou psicólogo. Após a obtenção de um breve histórico dos fatos que caracterizaram a violência sexual, realiza-se contato com as delegacias de referência para a solicitação dos exames periciais, acionando-se as unidades da Delegacia da Mulher, ou, nos casos de vítimas menores de 14 anos, os Núcleos de Proteção à Criança e ao Adolescente (Nucria). É fundamental que o prazo decorrido entre o momento da violência sexual e o atendimento hospitalar seja o menor possível, não ultrapassando 72 horas. Após esse período, a profilaxia para as infecções sexualmente transmissíveis e a prevenção de gravidez, bem como a coleta de material biológico para a identificação do agressor, tornam-se muito pouco eficazes.⁽⁵⁾

Os exames periciais solicitados podem ser de conjunção carnal, ato libidinoso, lesões corporais e exame toxicológico. A conjunção carnal refere-se à penetração do pênis na cavidade vaginal, e o ato libidinoso relaciona-se a qualquer outro ato de natureza sexual, incluindo-se coito anal, sexo oral, manipulação genital e masturbação. O exame ginecológico compreende exame de mamas, vulva, períneo, região anal e, em especial, do hímen. São descritas as características do hímen, se íntegro ou roto, se elástico (complacente) ou inelástico. O hímen complacente apresenta orla estreita e elástica e óstio amplo. Existindo rotura, deve-se caracterizar como recente ou antiga. Na rotura recente, encontram-se bordas avermelhadas e intumescidas, com a presença de crosta sanguínea úmida, equimose ou lesões irregula-

res. Os achados decorrentes do coito anal caracterizam-se como escoriações, equimoses, edema e laceração da mucosa com sangramento ou tecido de granulação.

Coleta-se sangue para posterior confronto de DNA com o do possível agressor. A coleta de urina permite a realização de exames toxicológicos, como pesquisa de maconha e cocaína e seus derivados. Para a pesquisa de espermatozoides e antígeno prostático específico (PSA), são utilizados swabs esterilizados de haste longa e flexíveis. A depender da história clínica, o material deve ser coletado em cavidade vaginal, vulva, regiões anal, perianal, cavidade oral e outras em que possam ter se acumulado resíduos biológicos, como a região subungueal e a região entre seios e interglútea. Recolhem-se materiais inanimados como absorventes, fraldas, papel higiênico, vestes íntimas (calcinhas, *soutiens*) e roupas em geral que possam apresentar material ejaculado. Nas manchas encontradas nas vestes, realizam-se exames com luz fluorescente identificando áreas em que é pesquisada a presença de espermatozoides. Pelos e cabelos com características diversas da vítima são coletados. Esses materiais devem ser acondicionados em envelopes de papel.⁽⁶⁾

O médico perito irá detalhar ao médico plantonista as lesões decorrentes de agressões físicas e/ou sexuais que possam requerer cuidados. O atendimento passa a integrar a rotina dos serviços de emergência. Iniciam-se, de imediato, medidas de proteção, incluindo-se a anti-concepção de emergência e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. A realização do boletim de ocorrência pode ser postergada para quando a paciente estiver psicologicamente apta. Salvo em situações de maior gravidade que necessitem de internamento hospitalar, inexistente necessidade de a vítima submeter-se a novo exame pericial. 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. A verificação dos testes de detecção das infecções de transmissão sexual é realizada posteriormente, por médico infectologista ou ginecologista, em consulta agendada na instituição hospitalar que a acolheu.

ASPECTOS EMOCIONAIS/PSICOLÓGICOS – TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Vítimas de violência sexual exigem amplo suporte emocional, por isso serviços multidisciplinares devem ser oferecidos a todos os atores envolvidos nessa situação (por exemplo: companheiro, pai, mãe, filhos etc.). A avaliação precisa ser muito cuidadosa, porque o processo em si pode ser “traumatizante”, caracterizando um caráter de “revitimização”, que pode agravar os sentimentos da vítima, tais como vergonha e culpa, entre outros. Assim, entendemos que essa avaliação deve contemplar o tripé:

1. Avaliação do estado mental;
2. Avaliação do suporte social;

3. Diagnóstico da reação aguda de estresse e do estresse pós-traumático.

A avaliação ou tratamento não deve ser “forçado” e tem de permitir que a vítima tenha o seu tempo para construir uma relação de confiança e segurança com os profissionais. Isso é fundamental, pois observamos que as pacientes vivem um paradoxo: ao mesmo tempo em que se sentem precisando do atendimento, também, mantêm sentimentos que dificultam sua adesão ao acompanhamento. O hospital acaba tornando-se um “evento estressor” que a remete constantemente à violência que sofreu. E esse dualismo pode causar uma angústia que leve ao abandono do atendimento.

A avaliação psicológica é uma atividade que se constitui na busca sistemática de conhecimento a respeito do funcionamento psicológico das pessoas, do seu estado mental, entendendo-se o antes e depois da violência, de tal forma a poder orientar ações e decisões futuras.⁽⁷⁾

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é definido como um transtorno de ansiedade que se desenvolve após exposição a um evento traumático. É importante considerar o quadro de reação aguda de estresse, que apresenta um conjunto de sintomas muito semelhantes ao TEPT. O aspecto diferencial é o tempo de duração, com o mínimo de dois dias e um máximo de quatro semanas, ocorrendo sempre dentro dessas quatro semanas após o evento traumático. Para os indivíduos com o diagnóstico da reação aguda de estresse, cujos sintomas persistirem por mais de um mês, o diagnóstico de TEPT deve ser considerado.⁽⁸⁾ 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 e, em nossa experiência, temos usado a escala *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C)*.⁽⁹⁾

Quanto à avaliação do suporte social, segundo Siqueira,⁽¹⁰⁾ o suporte social define-se como um fator capaz de proteger e promover a saúde, gerando efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, guardando estreita relação com bem-estar. Assim, como já citado, entendemos ser fundamental a avaliação do grupo social no qual está inserida a paciente. Entre os instrumentos encontrados no Brasil, optamos pelo uso da Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS), que 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 pontos.⁽¹¹⁾

ASPECTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E DO ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI

As pessoas que sofrem violência sexual têm direito à integral assistência médica e à plena garantia da sua saúde sexual e reprodutiva. Tais direitos decorrem das nor-

mativas nacionais e internacionais, em estrita atenção aos direitos humanos e fundamentais, que asseguram a todas as pessoas o direito à igualdade, à dignidade, à liberdade, à saúde, à autodeterminação, à privacidade e à não discriminação.⁽¹²⁾

O crime de aborto: o Código Penal (CP) brasileiro, como regra geral, criminaliza o aborto (arts. 124 a 127).

Exceções: 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.⁽¹³⁾

Estupro: haverá estupro quando alguém for constrangido, *mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso* (art. 213). O CP descreve como estupro de vulnerável, dispensando a existência de violência ou grave ameaça, se a vítima for menor de 14 anos ou, *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*.

Abortamento previsto em lei: o acesso ao aborto decorrente de gravidez resultante de estupro, como um direito humano sexual e reprodutivo, é uma questão de saúde pública.

Exigências para a prática: o CP exige: (a) a realização por médico e (b) o prévio consentimento da gestante ou, quando incapaz (Código Civil, arts. 3º e 4º), de seu representante legal. Quando incapaz, será necessário o consentimento dos pais (Código Civil, art. 1.690) ou representantes legais (Código Civil, art. 1.767). Mesmo sendo menor de 18 anos ou pessoa vulnerável, quando verificada a capacidade necessária para avaliar, determinar-se e conduzir-se por seus próprios meios para a solução do problema, prevalecerá sua liberdade de decisão.

A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes (2012, p. 69), do Ministério da Saúde,⁽¹³⁾ estabelece o atendimento à saúde da pessoa vítima de violência sexual como prioritário e independe de qualquer procedimento policial e/ou judicial.

Abortamento é um direito: a decisão cabe à mulher, que 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. Optando pelo abortamento, tem direito às condições para sua prática de forma segura (adequada e acessível, ao tratamento humano e à devida orientação – ver Portaria nº 1.508/GM, de 1º/09/2005), conforme recomendações do Comitê para Assuntos Éticos da Reprodução Humana e Saúde da Mulher da FIGO.⁽¹⁴⁾

Privacidade e confidencialidade: o serviço de saúde não pode se omitir e é obrigação do médico examinar, orientar e prescrever medicamentos à vítima de violência sexual, bem como agir com imparcialidade e manter sigilo profissional, excetuando-se o dever de notificar

compulsoriamente a violência para fins epidemiológicos (Lei nº 10.778/2003 e CP, art. 269) e de comunicar eventual acidente de trabalho com fins previdenciários (CLT, art. 169, e Lei nº 8.213/1991, art. 21, IV, e art. 22, § 2º). A recusa simples e imotivada de atendimento pode ensejar a responsabilização ética, civil e criminal.

Violência sexual contra crianças e adolescentes: é dever do médico comunicar aos pais da vítima de estupro (Código de Ética Médica, art. 74) e à autoridade competente (Lei nº 8.069/1990, arts. 13 e 245, Decreto-lei nº 3.688/1941, art. 66). Excepcionalmente, se necessário à preservação da saúde e integridade física, moral e psicológica – escudado no princípio da proteção do melhor interesse da criança e do adolescente –, o médico poderá manter sigilo mediante decisão fundamentada e registrada no prontuário da paciente. Prontuário da paciente: pode servir, se autorizado pela paciente, como prova criminal indireta ou Laudo Indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal. Objeção de consciência: é direito do profissional (Resolução do CFM nº 1.931/2009), não da instituição. Admite exceções, na ausência de outro médico, em casos de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente, sob pena de importar em omissão de socorro (CP, art. 13).

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. A violência contra a mulher, inclusive a sexual, é um problema grave e é preciso que ginecologistas e obstetras estejam cientes do seu papel e capacitados para esse tipo de atendimento.
2. Mulheres que sofrem violência sexual aguda precisam ser atendidas prioritariamente nos serviços de saúde, por equipe capacitada, que inclui médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, entre outros, o mais cedo possível, nas primeiras 72 horas após a violência.
3. O serviço de saúde não pode se omitir e é obrigação do médico examinar, orientar e prescrever medicamentos à vítima de violência sexual, bem como agir com imparcialidade e manter sigilo profissional, excetuando-se o dever de notificar compulsoriamente a violência para fins epidemiológicos (notificação obrigatória).
4. O acolhimento deve ocorrer em ambiente reservado, o mais breve possível após a sua chegada ao serviço, estando a paciente amparada desde o início por um membro de equipe capacitada.
5. Não há necessidade de boletim de ocorrência para o atendimento de vítimas de violência sexual, no entanto devem ser orientadas para o fazer, posteriormente, ao atendimento, com vistas à identificação do agressor e possível interrupção de violências sexuais contra outras vítimas.
6. O atendimento e o acolhimento precoce após a vitimização permitem que sejam tomadas medidas preventivas contra gravidez decorrente do estupro, bem como contra infecções sexualmente transmissíveis, e a coleta de material biológico para identificação do agressor.
7. O ginecologista e obstetra precisam ter noções básicas sobre coleta de vestígios de crimes sexuais para atender adequadamente as vítimas.
8. É recomendável exame clínico minucioso, inclusive ginecológico, após a devida informação à vítima dessa importância, e com a sua aprovação, e a descrição das lesões decorrentes de agressões físicas e ou sexuais que possam requerer cuidados.
9. O prontuário da paciente pode servir, se autorizado por ela, como prova criminal indireta ou Laudo Indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.
10. 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.
11. A interrupção da gestação é um direito da paciente, e os serviços de atendimento devem se preparar adequadamente para esse procedimento, uma vez que qualquer ginecologista tem conhecimento suficiente para realizá-lo, não necessitando de materiais especiais.
12. A objeção de consciência para a realização da interrupção legal da gravidez é um direito individual do médico e não institucional, e cabe à direção do hospital prover um profissional para esse atendimento.
13. O registro oficial via boletim de ocorrência não é obrigatório nem necessário para a realização da interrupção legal da gestação. A comunicação de qualquer tipo de violência contra menores de idade é obrigatória, independentemente da vontade dos pais.
14. No resumo de alta hospitalar para a paciente, nos casos de realização do abortamento, deverão 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.

REFERÊNCIAS

1. Faúndes A, Hardy E, Osis MJ, Duarte G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000;22(3):153-7.
2. Andrade RP. Violência sexual contra as mulheres – Aspectos médicos, psicológicos, sociais e legais do atendimento. 2ª ed. Curitiba: Imprensa da UFPR; 2017. 220p.
3. Brasil. Portaria Interministerial 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.
4. 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 (DF): Ministério da Saúde; 2015.
5. Paraná (Estado). Secretaria da Saúde. Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Curitiba: Secretaria da Saúde; 2015.
6. Paraná (Estado). Divisão de Laboratórios, Polícia Científica do Paraná. Manual de coleta de materiais. Curitiba: Polícia Científica do Paraná; 2016.
7. Primi R. Desenvolvimento de um instrumento informatizado para avaliação do raciocínio analítico [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1998.
8. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TRTM. Porto Alegre: Artmed; 2002.
9. Weathers FW, Litz BT, Herman D, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX; October 1993.
10. Siqueira MM. Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicol Estud (Maringá).* 2008;13(2):381-8.
11. Ribeiro JL. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Anal Psicol.* 1999;3(17):547-58.
12. Barwinski SL. O abortamento à luz do Direito. Violência sexual contra mulheres: aspectos médicos, psicológicos, sociais e legais do atendimento. Curitiba: Imprensa da UFPR; 2016. p. 174.
13. 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]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado 2016 Ago. 28]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
14. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. [Internet]. London: FIGO; 2015 [cited 2018 Jun 1]. Available from: <https://www.figo.org/sites/default/>