

FACULDADE DE CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO DE RUBIATABA - FACER
CURSO DE DIREITO

ALANA VALÉRIA MESQUITA FIGUEREDO

**O ATO MÉDICO E O ABORTO DECORRENTE DE ESTUPRO
– ÁSPECTOS JURÍDICOS**

RUBIATABA-GO

2007

FACULDADE DE CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO DE RUBIATABA-FACER
CURSO DE DIREITO

ALANA VALÉRIA MESQUITA FIGUEREDO

O ATO MÉDICO E O ABORTO DECORRENTE DE ESTUPRO
– ÁSPECTOS JURÍDICOS

Projeto de monografia apresentado ao professor de Monografia do Curso de Direito da Faculdade de Ciências e Educação de Rubiataba-FACER, para obtenção do Título de Bacharel em Direito, sob a orientação do professor Cláudia Pimenta Leal.

RUBIATABA-GO

2007

ALANA VALÉRIA MESQUITA FIGUEREDO

**O ATO MÉDICO E O ABORTO DECORRENTE DE ESTUPRO –
ÁSPECTOS JURÍDICOS**

COMISSÃO JULGADORA
MONOGRAFIA PARA OBTENÇÃO DO GRADUADO PELA FACULDADE
DE CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO DE RUBIATABA

RESULTADO: _____

Orientador _____

Mestre em Ciências Penais/ Cláudia Pimenta Leal

2º Examinador _____

Mestre em Sociologia/ Geruza Silva de Oliveira

3º Examinador _____

Titulação/Eduardo Barbosa Lima

Rubiataba, 17 de dezembro de 2007.

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia a memória do meu amado avô Soldinito Rosa de Mesquita, que muito se orgulharia da minha vitória e que sempre me deu o melhor exemplo de dignidade honestidade e amor pela família, seu abraço vai me fazer falta quando eu receber o meu diploma.

A minha avó Maria Ivete de Mesquita, mulher que sendo muito forte se deixa perceber frágil, que é para mim exemplo de renúncia e de coragem.

A minha Mãe Varley Maria Mesquita Figueredo, mulher guerreira que não teme desafios, que enfrenta tempestade e calmaria com a mesma disposição, e que é a melhor mãe do mundo!!!

Ao meu Pai Gilberto Leandro de Figueredo, que na simplicidade que inebria a sua personalidade se faz muito especial, a grande virtude que aprendi com você foi a humildade.

A minha Tia Vanderlene Maria Mesquita, que sempre foi muito mais que uma tia, a pessoa que hoje sou devo muito ao carinho e atenção que você sempre me dedicou.

Ao meu irmão Guilherme Mesquita Figueredo, pessoa fundamental na minha vida, amor real e verdadeiro, ausência difícil de sentir, eu gostaria de ser destemida e corajosa como você.

Aos meus Amados Tios Vandervan, Varlene e Vanderlúcia, por me acompanharem, e torcerem sempre por mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Senhor soberano, que me permitiu chegar até aqui e que me sustentou nessa longa caminhada.

A minha família que me apóia, me ama, e me faz feliz.

Aos mestres que passaram pela minha trajetória acadêmica especialmente: Roseane Cavalcanti, Andréia Lobosque, Claudia Pimenta, Antônio Diurivê, Geresa Oliveira.

Agradeço àquelas que se tornaram amigas, ao longo desses cinco anos, e àquelas que foram presentes dados por outros meios, mas que souberam respeitar e ajudar nessa etapa da minha vida.

RESUMO

Aborto é tema sempre controvertido nas diferentes esferas sociais e culturais, tal controversa se observa na maneira oposto que as diversas nações reagem a este tema, uns repudiam e outros agem com normalidade. A prática do aborto no Brasil é crime tipificado no código penal, entre os artigos 124 e 128. O código penal brasileiro prevê punição tanto à gestante como terceiros que provocam a interrupções da gravidez, e só permite duas formas legais de aborto: quando há risco de vida para a gestante, ou quando a gravidez é resultante de estupro em ambos os casos há conflitos com os valores morais, éticos e religiosos. Quando a gravidez resulta de estupro pode-se realizar o aborto sem necessidade de autorização judicial, a legitimidade do aborto sentimental já está claro dentro da lei penal, que reconhece que a mulher não é obrigada a aceitar uma gravidez fruto da violência que sofreu. A responsabilidade médica nos casos do aborto sentimental tem amparo legal, é considerado um ato lícito. O ministério da saúde editou as normas técnicas de prevenção e tratamento para minimizar os problemas vividos pela mulher ou adolescente vítima de violência sexual. Esta norma informa como, quando e onde deverá se realizar o aborto da gravidez decorrente de estupro.

Palavras-chave: Gravidez, Estupro, Aborto e Legislação.

ABSTRACT

Abortion is always controversial topic in different social and cultural spheres, such controversial seen in the opposite way that the various nations react to this theme, some repudiam and others acting with normality. The practice of abortion in Brazil is crime tipificado in the penal code, among the articles 124 and 128. The Brazilian Penal Code provides punishes both the gestante as others that cause the interruption of pregnancy, and only allows two forms of legal abortion: when there is a life-threatening for gestante, or when pregnancy results from rape, and in both cases, there conflicts with the moral, ethical and religious. When the pregnancy resulted from rape can be made without the need for abortion judicial authorization, the legitimacy of abortion sentimental already this clear in the criminal law, which recognizes that the woman is not obliged to accept a pregnancy result of the violence suffered. The medical liability in cases of abortion sentimental refuge is legal, is considered a lawful act. The health ministry published technical standards for the prevention and treatment to minimize the problems experienced by women or teen victim of sexual violence. This rule tells how, when and where will be held the abortion of pregnancy resulting from rape.

Words-key: Pregnancy, Estrupo, Abortion and legislation.

LISTA DE SIGLAS

AE - Anticoncepção de Emergência

AHOC - Anticonceptivos Hormonais Orais Combinados

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

CP – Código Penal

DIU - Dispositivo Intra Uterino

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HIV - Abreviação usada para o vírus humano da imunodeficiência

IML - Instituto Médico Legal

OEA - Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNI – Programa Nacional de Imunização

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. ABORTO	13
1.1 Noções Gerais.....	13
1.2 Crime de Aborto.....	14
1.3 Tipos Penais.....	15
1.4 Aborto Provocado pela Gestante (Auto-aborto)	16
1.5 Aborto consentido.....	16
1.6 Aborto Provocado por Terceiro sem o Consentimento da Gestante.....	17
1.7 Aborto Provocado por Terceiro com o Consentimento da Gestante	17
1.8 O Aborto Qualificado.....	17
1.9 O Aborto Necessário ou Terapêutico.....	18
1.10 Aborto Sentimental, Humanitário ou Ético.....	18
1.11 O aborto do Ponto de Vista da Igreja.....	18
2. O ABORTO NA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO	21
2.1 O Aborto por Estupro no Anteprojeto de Reforma do Código Penal.....	23
3. AS INTERVENÇÕES MÉDICO-CIRÚRGICAS NO ABORTO POR ESTUPRO	26
3.1 O Profissional Médico.....	27
3.2 Profissionais da Área da Saúde.....	28
3.3 Natureza Jurídica.....	29
4. NORMA TÉCNICA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES	33
4.1 Instalação e Área Física	38
4.2 Recursos Humanos.....	38
4.3 Equipamentos e Instrumental.....	39

4.4 Registro de Dados.....	39
4.5 Sensibilização e Capacitação.....	40
4.6 Traumatismos Físicos.....	42
4.7 Aspectos Éticos e Legais....	43
4.8 Validação de Experiências.....	46
4.9 Autonomia, Individualidade e Direitos... ..	47
4.10 Violência Sexual em Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres.....	48
4.11 Sigilo e Atendimento.....	48
4.12 Humanização.....	49
4.13 Avaliação de Riscos.....	50
4.14 Encaminhamentos.....	50
4.15 Suporte para a Equipe de Saúde.....	51
4.16 Rede Integrada de Atendimento.....	52
4.17 Mecanismo de Ação.....	53
4.18 Esquemas de Administração.....	54
4.20 Informações Importantes.....	55
4.21 Contra-Indicações.....	56
4.22 Efeitos Secundários.....	56
4.23 Eficácia.....	57
4.24 Orientações para a Mulher.....	57
4.25 Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	57
4.26 Profilaxia para Adultas e Adolescentes.....	59
4.27 Informações Importantes.....	60
4.28 Profilaxia para Gestantes Crianças.....	60
4.29 Alternativas.....	61
4.30 Imunoprofilaxia Contra Hepatite B.....	62
4.31 Informações Importantes.....	64
4.32 Transmissão Vertical.....	64
4.33 Efeitos Secundários.....	65

4.34	Conduta Frente à Infecção.....	65
4.35	Indicações e Cuidados Fundamentais....	66
4.36	Esquemas de Administração.....	67
4.37	Profilaxia para Mulheres Adultas e Adolescentes.....	68
4.38	Profilaxia para Crianças.....	69
4.39	Adesão	70
4.40	Aconselhamento.....	71
4.41	Interações Medicamentosas.....	72
4.42	Reações Adversas.....	72
4.43	Admissão 2 Semanas 6 Semanas 3 Meses 6 Meses.....	74
4.44	Alternativas Frente à Gravidez Decorrente de Violência Sexual.....	75
4.45	Aspectos Legais.....	76
4.46	Consentimento.....	76
4.47	Objeção de Consciência.....	77
4.48	Determinação da Idade Gestacional.....	79
4.49	Condições Preexistentes.....	79
4.50	Métodos de Interrupção até 12 Semanas de Idade Gestacional.....	80
4.51	Métodos de Interrupção após 12 Semanas de Idade Gestacional.....	81
4.52	Gestações com mais de 20 Semanas de Idade Gestacional.....	82
4.53	Preparação do Colo do Útero.....	82
4.54	Alívio da Dor.....	82
4.55	Informações e Orientações.....	83
4.56	Profilaxia de Infecção.....	84
4.57	Cuidados de Coleta e Guarda de Material.....	84
4.58	Isoimunização pelo Fator RH.....	84
4.59	Alta Hospitalar e Seguimento.....	85
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende apresentar uma súmula da conjuntura do Ato do médico na prática do aborto decorrente de estupro. É um assunto bastante polêmico e envolve também as questões sociais, morais e religiosas das diversas camadas da sociedade. Houve no decorrer dos anos mudanças na forma de tratar esse tema, mas ainda existem valores enraizados no contexto social que trata o aborto, sendo ele proveniente de estupro ou não, como uma negação ao direito da vida, ou mesmo como crime contra ela.

É fato que o aborto decorrente de estupro existe há muitos anos e faz parte da realidade, visto que a criminalidade aumenta a cada dia. Neste trabalho monográfico vamos analisar o ponto de vista da legislação diante das pessoas envolvidas na questão, no caso o médico, o paciente e a legislação vigente.

O trabalho apresenta referências bibliográficas baseados em doutrinas e na legislação que tratam do assunto e em pesquisa de artigos tanto da área médica como da jurídica levantando a questão se o aborto deve ser considerado crime ou não e quando o Ato do médico está amparado dentro da legislação, discorrendo no que diz respeito ao aborto na gravidez por estupro.

A metodologia utilizada neste trabalho é do tipo exploratória, bibliográfica de caráter qualitativo chegando a um resultado final através de leitura em livros, artigos e pesquisa via internet

No primeiro Capítulo será feito um histórico do aborto como interrupção da gravidez, as noções de como é definido, sua situação dentro do Código Penal e a pena que cabe a quem o pratica, bem como as formas com que ele pode ser realizado. A prática do aborto qualificado, o necessário, o ponto de vista da igreja, e sua regulamentação dentro do contexto jurídico e projetos de regulamentação.

No segundo Capítulo será analisado o aborto na gravidez resultante de estupro, as noções gerais e seu significado dentro do contexto de legislação pátria, e a permissão legal para realização do aborto em casos de gravidez decorrente de violência sexual.

Já o terceiro Capítulo discorrerá sobre a responsabilidade civil do médico diante da necessidade do aborto ou de sua não realização, a postura que o profissional médico deverá adotar ao contatar a cliente com a necessidade de sofrer uma interrupção da gravidez, como ele deve analisar esse procedimento, visto que a última palavra para a realização ou não do aborto cabe a ele. Fica a cargo dos outros profissionais da saúde como: dentistas, enfermeiros, farmacêuticos a conduta de encaminhar a pessoa que necessitar, ao profissional médico, não podendo ele tomar para si a responsabilidade de resolver tal problema. Tais procedimentos se feitos de acordo com as regras e normas permitidas dentro da natureza jurídica são aceitos, tornando lícito o ato do profissional médico.

O quarto e último capítulo apresentará para efeitos de complementação deste trabalho monográfico, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultante de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes reeditada em 2005 pelo ministro da Saúde, Humberto Costa.

1. ABORTO

1.1 Noções Gerais

O Código Penal Brasileiro tipifica o Aborto e suas formas nos artigos 124 a 128. Códigos Penais anteriores ao brasileiro já tipificavam o aborto, no Código Italiano de 1889, dizia que a essência do crime consiste no impedir o processo fisiológico da maturação do feto. Quarenta anos depois se repetia o mesmo conceito sobre este fato típico.

O aborto nem sempre foi tratado como crime, e sua prática era bastante comum entre hebreus e gregos, o feto não era considerado ser autônomo, mas sim parte do corpo da mãe, que dele poderia dispor (CAPEZ, 2003).

De acordo com Fuhrer (2004) “o aborto é a interrupção da gravidez com a morte do produto da concepção. È irrelevante que o feto seja expulso ou não”. O sujeito ativo deste crime é a gestante ou o terceiro quando se tratar de aborto criminoso, o sujeito passivo é o produto da concepção e eventualmente a gestante quando for contra a sua vontade.

Preferem alguns o termo abortamento para a designação do ato de abortar, uma vez que a palavra aborto se referiria apenas ao produto da interrupção da gravidez. Outros entendem que o termo legal, aborto, é melhor, quer porque está no gênio da língua dar preferência às formas contraídas, quer porque é o termo de uso corrente (MIRABETE, 1999, p. 95.)

O Aborto é crime material e por tanto sua existência é comprovado pelo exame de corpo de delito, através do material retirado do corpo da mulher. É necessário que o agente queira o resultado ou assuma o risco de produzi-lo. Age com dolo eventual aquele que agride a mulher sabendo do estado de gravidez (MIRABETE, 1999, p.4). A consumação se dá com a morte do feto, mas a legislação admite a forma tentada. Não existe este crime na modalidade culposa

Aborto é a interrupção da gravidez, seguida ou não da expulsão do feto, antes da época de sua maturidade. Em torno deste tema gira inúmeras divergências de opiniões e

pensamentos. Há de se levar em conta as influências culturais, sociais, religiosas e até mesmo econômicas de um povo, no tocante a sua aprovação ou desaprovação. Existe também uma idéia em torno de uma aprovação parcial do Aborto, essa se caracteriza quando nos casos de Aborto Legal, ou quando o bebê apresenta má formação física bastante para impossibilitar a vida fora do ventre materno.

Sua legalização sempre foi assunto por demais polêmico. E ainda hoje apesar de existirem manifestações de vontade por certa parte que compõem a sociedade, em ver tal fato delituoso, ser legalizado, a grande maioria ainda resiste por se tratar de fato que causa constrangimento e traz grande impasse, pelo fato de se tratar de vida humana.

Segundo a ONU, pelo menos 60 milhões de meninas deixaram de viver e nem chegaram a nascer por causa de abortos seletivos, infanticídios ou abandono cometidos especialmente na Ásia e no norte da África, ao longo das últimas décadas (COSMOPOLITAN, 2001, p.16).

Mas o aborto ultrapassa até mesmo as barreiras legais e assume uma postura cultural. Vez que em determinadas nações, essa prática é permitida pela sociedade e incentivada pelo Estado, que vê no aborto meio eficaz de resolução de problemas sociais, populacionais e até mesmo culturais.

1.2 Crime de Aborto

Eis o que diz o Código Penal sobre o assunto em tela, *in verbis*:

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

Parágrafo único - Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de 14 (quatorze) anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Código Penal Brasileiro

A Legislação Pátria considera o aborto como crime de dano, é necessário, para sua consumação, que se opere, efetivamente a occisão do feto intra uterum ou a interrupção da gravidez e conseqüentemente morte do feto. O verbo “provocar”, empregado nos arts. 124, 125, 126 do Código Penal, é o núcleo do tipo penal em tela, significa dar causa a, originar o aborto (CAPEZ, 2003, p.109).

O Tipo Penal do Aborto não depende da idade gestacional, é caracterizado a aborto sendo óvulo fecundado, embrião ou feto. Ao interromper a gravidez antes de seu termino normal, configura-se crime de aborto.

Admitida a intenção de provocar o aborto, ou seja, de suprimir o feto, não tem importância o momento em que este vem a morrer se quando ainda no útero materno, ou se quando já expulso, uma vez que a morte tenha ocorrido em consequência da própria imaturidade do feto ou dos meios abortivos empregados. .(CAPEZ, 2003, p. 111).

1.3 Tipos Penais

A tipificação do aborto admite várias modalidades, dentre elas o aborto natural, acidental, criminoso e legal ou permitido. Mas só se admite excludente de ilicitude duas formas de aborto, o qual chamamos aborto legal, quais sejam aborto necessário ou terapêutico, previsto no art. 128, I, caso em que o fato, quando praticado por médico, não é punido, desde que não haja outro meio de salvar a vida da gestante. O segundo caso de aborto permitido é o descrito no art. 128, II, hipótese em que a gravidez resulta de estupro, é também chamado aborto sentimental ou humanitário.

A legislação ainda prevê as seguintes figuras o auto-aborto ou aborto provocado pela própria gestante (artigo. 124, 1ª parte Código Penal), a ação da gestante em consentir para que outrem lhe provoque o aborto (artigo. 124, 2ª parte, Código Penal), o aborto provocado por terceiro sem o consentimento da gestante (artigo. 125, Código Penal), o aborto provocado por terceiro com o consentimento da gestante (artigo. 126, Código Penal) e o aborto qualificado, se resultam lesão corporal de natureza grave e morte (artigo. 127, Código Penal), e por fim vemos ainda a figura do aborto necessário para salvar a vida da gestante e o aborto sentimental ou humanitário, quando a gravidez resulta de estupro (artigo.128).

1.4 Aborto Provocado pela Gestante (Auto-aborto)

A própria gestante, neste caso é quem pratica o ato, empregando os meios ou manobras necessárias para que se atinja o objetivo, ou seja, a expulsão do produto da concepção do ventre materno. Admite a figura da co-participação, no tocante apenas a indução. Tipo penal descrito no art. 124 em sua 1ª parte do Código Penal Brasileiro, nos termos do art. 29 do Código Penal.

1.5 Aborto consentido

É executado por terceiro com a anuência da gestante. Esta coopera, não apenas consentido, mas também posicionando fisicamente. A gestante responde, nessa hipótese, por aborto, compreendendo sua atuação simplesmente em consistir. O terceiro terá participação em termos de execução material. Deveria responder como incurso no mesmo dispositivo uma vez que o Código Penal adota a teoria unitária ou monista, segundo a qual aquele que participa de um crime responde por ele com os demais. No entanto, o terceiro que executa materialmente estará incurso no artigo 126, enquanto a gestante responderá nos termos do artigo. 124, 2ª parte do Código Penal. Não pode consentir a menor de 14 anos, a alienada ou débil mental.

1.6 Aborto Provocado por Terceiro sem o Consentimento da Gestante

Neste caso, provoca-se a interrupção da gravidez provocada contra a vontade da gestante. Está tipificado no em seu art. 125 Código Penal.

Nas hipóteses mencionadas, a gestante é vencida pela força física ou pela grave ameaça. É a forma mais gravosa deste delito. O fato de se misturar na refeição da gestante substância abortiva e dar a ela sem o seu conhecimento, é exemplo deste tipo penal.

1.7 Aborto Provocado por Terceiro com o Consentimento da Gestante

O consentimento por parte da gestante tem que ser válido, para se caracterizar o tipo., ou seja a gestante tem que ter capacidade para consentir e deve estar ausente qualquer forma de coação ou fraude. O agente dessa forma de delito deveria ser co-autor do crime do artigo. 124. No entanto, por disposição expressa, quebra-se a unidade resultante da teoria monista, para enquadramento do terceiro em dispositivo próprio. A gestante, conforme explicado estará incurso no art. 124, 2ª parte.

1.8 O Aborto Qualificado

Essa modalidade não atinge a gestante, mas o terceiro que aplica atos abortivos com ou sem o consentimento da gestante.

As formas qualificadas são aplicáveis exclusivamente aos crimes descritos nos arts. 125 e 126 do Código Penal. Não se aplica ao aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento o artigo. 124, uma vez que a legislação penal brasileira não pune a auto-lesão. (DAMASIO, 1999. p.121)

Trata-se de crime qualificado pelo resultado, de natureza preterdolosa ou preterintencional. Pune-se o primeiro delito, a título de dolo (aborto), o resultado qualificador, que pode ser morte ou lesão corporal de natureza grave, a título de culpa.

Se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo a gestante sofre lesão corporal de natureza leve, o sujeito só responde pelo aborto, não se aplicando a forma típica qualificada do art. 127. Ocorre que a lesão leve constitui resultado natural da prática abortiva e o Código Penal só pune a ofensa corporal desnecessária e grave. Por isso, o crime do art. 129, caput, fica absorvido pelo aborto.

1.9 O Aborto Necessário ou Terapêutico

Caracteriza-se pela interrupção da gestação, quando a gestante estiver correndo risco de morte. O Ato abortivo é realizado por médico. *Trata-se de estado de necessidade, mas sem a exigência que o perigo de vida seja atual.* (CAPEZ. 2003)

1.10 Aborto Sentimental, Humanitário ou Ético

Quando a gravidez decorre de crime de estupro. O médico depois de detectar que houve realmente a violência sexual, e após obter autorização da gestante ou no caso de incapaz, de seu representante legal, faz a interrupção. Neste caso a ato é amparado pela excludente de Antijuridicidade.

1.11 O aborto do Ponto de Vista da Igreja

Como estamos tratando de um assunto delicado e que envolve a vida de um ser humano, ou mesmo a interrupção da vida deste ser humano, e por ter uma vivência pastoral, achamos que fosse de grande importância, a opinião de uma instituição tão presente em nossa sociedade.

O aborto é tema polêmico entre as pessoas que compõem a sociedade e principalmente quando nos referimos à Igreja, que tem seus princípios básicos religiosos muito respeitados.

De acordo com a opinião do Padre Luiz Carlos Lodi da Cruz, do comitê pró-vida de Anápolis GO, foi possível verificar que qualquer assunto em relação ao aborto, principalmente a questão da regulamentação do aborto, fere completamente os princípios da Igreja. Em nenhuma hipótese a Igreja permite ou aconselha os seus fieis a realizarem, incentivarem ou aceitarem o Aborto, independentemente de como esta vida fora concebida.

O Padre Luiz Carlos Lodi da Cruz, do comitê pró-vida de Anápolis em seu artigo, publicado através de uma página jurídica, intitulado O José do Pulo, citou ainda o argumento de um desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo no qual diz o jurista que o simples fato de o Código Penal mencionar o aborto como meio para salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resulta de estupro, já indica que tal aborto é crime. Jocosamente ele explica que o Código não diz, por exemplo:

Não se pune a mãe que amamenta o filho. Pois, como amamentar o filho não é crime, não há razão para se dizer que não se pune. Qualquer conduta descrita no Código Penal é, portanto, crime, a menos que se diga explicitamente o contrário. (CRUZ, Disponível no site: <http://agata.ucg.br/formularios/ucg/institutos/nepjur/pdf/aspectosjuridicosdasintervencoesmedicocirurgicas.pdf>).

Diz ainda em seu artigo que para que o aborto em caso de estupro não fosse um ilícito, seria preciso revogar todas as leis que protegem a vida humana, sobretudo as do nascituro. Só para dar um exemplo claro do que quer dizer o padre neste caso, diz ele: *seria preciso retirar do caput do art. 5º da Constituição Federal a inviolabilidade de direito à vida (CRUZ, Disponível no site: <http://agata.ucg.br/formularios/nepjur/pdf/aspectosjuridicosdasintervencoesmedicocirurgicas.pdf>).*

Seria preciso retirar o inciso XLV do art. 5º da Constituição Federal que diz que nenhuma pena passará da pessoa do condenado.

E assim podemos notar o descontentamento do referido Padre em relação a assunto de tal relevância moral e ética.

Em resumo ele diz que para que o aborto deixasse de ser ilícito, seria preciso fazer uma verdadeira revolução na legislação brasileira. Nem sequer uma emenda constitucional que abolisse o direito à vida, seria possível, pois diz o art. 60 § 4º da Constituição Federal. Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir. IV – os direitos e garantias individuais.

O depoimento do Padre Luiz Carlos Lodi da Cruz foi em manifestação à norma técnica intitulada Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, que foi assinada pelo Ministro da Saúde José Serra, e que em 2005 passou nova edição, desta vez assinada pelo Ministro no qual autorizava-se o hospital público a praticar o aborto em caso de estupro, mas para demonstrar tamanha contrariedade por parte da igreja, na verdade autorizava-se hospital público “a matar criancinhas geradas em uma estupro. (CRUZ, 2007).

É certo que, em se tratando de aborto, a Igreja sempre influenciou na criminalidade do mesmo.

2. O ABORTO NA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

O aborto por estupro também denominado aborto sentimental, ético ou humanitário é aquele que pode ser praticado por ter a gravidez como resultado de estupro. Está tipificado pelo inciso II do artigo. 128 do Código Penal. A disposição não contém causas de exclusão da culpabilidade, nem escusas absolutórias ou causas extintivas de punibilidade. Os dois incisos do art. 128 contêm causas de exclusão de antijuridicidade. Note-se que o Código Penal diz que não se pune o aborto. Fato indispensável em matéria penal é fato lícito.

Sabe-se que para se exista crime, faz se necessário que esteja presentes os elementos, tipicidade, ilicitude. No caso do aborto sentimental, por total falta de requisitos formais, inexistente o crime, vez que o ato praticado é lícito. Conforme disposto no Ordenamento Penal. Assim, na hipótese de incidência de um dos casos do artigo. 128, não há crime por exclusão da ilicitude. Haveria causa pessoal de exclusão de pena somente se o Código Penal dissesse “*não se pune o médico*”.

Diz ainda o doutrinador Capez (2003, p. 121), que o Estado não pode obrigar a mulher a gerar um filho que é fruto de um coito vagínico violento, dados os danos maiores, em especial psicológicos, que isso lhe pode acarretar.

O aborto sentimental é ato que ocorre quando uma mulher que foi estuprada engravida desta violência. Exige-se que haja fecundação oriunda de estupro; o consentimento prévio da gestante para o aborto, o consentimento de ser representante, se ela for incapaz ou menor. Opina-se no sentido de que o aborto será permitido tanto para a gravidez resultante de estupro com violência como para a presumida.. (SALLES JUNIOR, 1999, p. 188.)

Segundo Federighi (1986, p. 40), não há necessidade de autorização judicial. A respeito deste assunto, foi abordado em matéria publicada no jornal O Estado de São Paulo, nos seguintes termos:

Não havendo menção expressa na lei à necessidade de autorização judicial par a prática do aborto, não há justa causa para invocação da prestação jurisdicional. A função do juiz é a de intérprete e aplicador da lei. Se esta já é clara, nada há a ser interpretado. O juiz chamado a autorizar um aborto, nada mais pode fazer além de declarar que, nos casos dos incisos I e II do art. 128 do CP, não há crime, mas não lhe cabe conceder a referida autorização. A legitimidade do aborto humanitário já está explícita na própria lei penal. A preocupação com a chancela de legitimidade a um ato de tamanha repercussão é procedente e só louva aqueles que a buscam. Mas devem-se levar em conta também, as implicações jurídico penais desta autorização concedida em caso em que a gestante ou seus desta autorização concedida em caso em que a gestante ou seus representantes legais tenham agido de má fé, enganando tanto ao médico como o juiz. Haveria, no caso, um aborto criminoso, ao qual foi dada autorização judicial.

O problema da legitimidade do aborto, na espécie, foi objeto de vivo e extenso debate por ocasião da primeira Grande Guerra (1914-1918), dada a multiplicidade das mulheres violentadas pelos invasores.

A discussão deste fato é imensa e inúmeros são os pontos de vista. Para uns deve se fazer o aborto, pelo fato de ser terrível para a mulher conviver com o fruto de uma das piores violências que pode acontecer com uma mulher, e de outro, uma grande parte que acha que a criança, o fruto deste acontecimento não pode sofrer as conseqüências deste ato.

Quem deverá praticar o aborto, obedecendo aos requisitos legais é o médico, porém, para evitar abusos, o médico só deve agir mediante prova concludente do alegado estupro. Entretanto, se o conhecimento de alguma circunstância foi razoavelmente suficiente para justificar a credulidade do médico, nenhuma culpa terá este, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação. Somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente.

Nos casos de violência ficta ou presumida, a própria gravidez, constitui a prova evidente do estupro. Para sua própria segurança, o médico deverá obter o consentimento da gestante ou de seu representante legal, por escrito ou perante testemunhas idôneas. Se existir, em andamento, processo criminal contra o estuprador, seria mesmo de bom aviso que fossem consultados o juiz e o representante do Ministério Público, cuja aprovação não deveria ser recusada, desde que houvesse indícios suficientes para a prisão preventiva do acusado. (HUNGRIA, 1978, p. 20).

2.1 O Aborto por Estupro no Anteprojeto de Reforma do Código Penal

O direito à vida é não só um cânone constitucional, como um sacrossanto princípio natural, consagrado pelo nosso Direito e pela tradição religiosa. Olvidam-se, contudo, os hipócritas que a Constituição inscreve o direito à vida digna e não torpe, e também, como não podia deixar de ser, garante o direito à vida da mãe e, com precisão matemática, optou o Código Penal, que está em perfeita sintonia com a Carta Magna, pela autorização do aborto necessário, isto é, pela interrupção da gravidez, se não há outro meio de salvar a mãe-gestante, ou em caso de gravidez resultante de estupro.

O estupro como se sabe é a violência carnal, contra vontade, e não é crível que se exija da mulher o nascimento de uma criança não desejada, imposta à força. A Comissão, presidida, pelo insigne Ministro Luiz Vicente Cernichiaro, amplia, com muita propriedade, as hipóteses de aborto legal, atendendo a melhor doutrina, e em consonância com a legislação mais evoluída. Defende, incisivamente, no Anteprojeto de Reforma do Código Penal, que não constitui crime o aborto praticado por médico se: não há outro meio de salvar a vida ou preservar a saúde da gestante; a gravidez resulta de violação à liberdade sexual, ou do emprego não consentido de técnica de reprodução não assistida. E ainda há fundada probabilidade, atestada por dois outros médicos, de a criança apresentar graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais.

Nas palavras do Dr. Leon Frejda a atitude dos médicos que agem em favor dessas pessoas que sofreram este tipo de agressão, o estupro; é atitude de independência e destemor, que enobrecem o ser humano e a profissão e dá novo alento a essa humanidade sofrida. (FREJDA, Disponível no site: <http://agata.ucg.br/formularios/ucg/institutos/nepjur/pdf>)

Após estudarmos vários pontos de vista e opiniões a respeito deste tema tão polêmico quanto ao aborto por estupro, vemos que é uma questão controvertida e que nos leva a inúmeras reflexões. E neste momento para mostrar-nos o quanto é sublime a liberdade do ser humano podemos confirmar através de um pensamento que nos leva a refletir sobre isso A vida é o bem mais precioso do ser humano, mas a vida sem liberdade não tem qualquer significado, nem dignidade. A liberdade, porém, não se confunde com licenciosidade. Exclusão da ilicitude. Haveria causa pessoal de exclusão de pena somente se o Código Penal

dissesse: “*não se pune o médico*”. O que tratamos até o momento foi o sujeito ativo na figura do médico, mas neste trabalho não podemos deixar de abordar outros fatos que ocorram nesta mesma situação, só que praticados por outros sujeitos ativos, como por exemplo. E se o aborto for praticado por enfermeira?

Diz a doutrina que isso vai depender, por tratando-se de aborto necessário, em que não há outro meio de salvar a gestante, não responde por delito. Não por causa do art. 128, uma vez que esta disposição só permite a provocação por médico. Na hipótese a enfermeira é favorecida pelo estado de necessidade prevista no art. 24 do Código Penal, que exclui a ilicitude do fato.

No caso de aborto sentimental, porém, a enfermeira responde pelo delito uma vez que a norma permissiva faz referência expressa a qualidade do sujeito que pode ser favorecido, deve ser médico. E se a enfermeira auxilia o médico, responde por delito de aborto? Diz a doutrina que não, pois como se punir alguém por um fato impunível? Se o fato principal, praticado pelo médico é lícito, a conduta da enfermeira não pode ser punível. (DAMASIO, 1999, p.118).

O Código Penal também permite a prática do aborto no caso de resultar a gravidez de estupro. O médico deve valer-se dos meios à sua disposição para a comprovação do estupro ou atentado violento ao pudor (inquérito policial, processo criminal, peças de informação). Inexistindo esses meios, ele mesmo deve procurar certificar-se da ocorrência do delito sexual, não é exigida autorização judicial pela norma não incriminadora. Tratando-se de dispositivo que favorece o médico, deve ser interpretado restritivamente. Como o tipo não faz nenhuma exigência, as condições da prática não abortiva podem ser alargadas.

O consentimento da gestante ou de seu representante legal só é exigível no aborto sentimental. Tratando-se de aborto necessário, é perfeitamente dispensável. Outro aspecto a ser analisado é o que se segue: e se a gestante se recusa e o médico provoca o aborto?

Entende-se que o médico não responde por delito de aborto. Seu comportamento é lícito diante do estado de necessidade. Ao longo de todo o estudo tratamos da questão apenas do ponto de vista do estupro, mas existem outras atitudes que podem ser tipificadas em nossa

legislação penal, como por exemplo, se o aborto praticado por médico é punido, quando a gravidez resulta de atentado violento ao pudor.

Neste caso entende-se que o sujeito não reponha por delito de aborto, aplicando-se a analogia in bonam partem. A resposta, não obstante a restrição legal, referindo-se somente ao delito de estupro, deve ser no mínimo favorável ao médico. As duas hipóteses são semelhantes, diferenciando-se exclusivamente em face da circunstância de no estupro, o sujeito visar a conjunção carnal, enquanto no atentado violento a pudor pretende a prática de qualquer ato de libidinagem, salvo a conjunção carnal. Diante da semelhança de situações, haveria flagrante injustiça em punir-se o médico por delito de aborto em face da diversidade do elemento subjetivo do autor do delito sexual. (DAMASIO, 1999, p. 24).

3. AS INTERVENÇÕES MÉDICO-CIRÚRGICAS NO ABORTO POR ESTUPRO

O profissional da área médica ao assumir esta posição dentro da sociedade, leva consigo uma série de deveres, ou melhor, obrigações em relação a um âmbito jurídico e até mesmo médico. Entre eles está consagrado o Código de ética médica, o qual dita uma série de normas e regras que deverão ser seguidas para um exercício da profissão sem vícios. Neste momento trataremos desta responsabilidade no âmbito civil.

É nítido o caráter contratual do exercício da medicina, pois apenas excepcionalmente terá natureza delitual, quando o médico cometer um ilícito penal ou violar normas regulamentares da profissão. Assim, se o médico operador for experiente e tiver usado meios técnicos indicados, não se explicando a origem da eventual seqüela, não haverá obrigação por risco profissional, pois os serviços médicos são de meio e não de resultado. Se nenhuma modalidade de culpa, ficar demonstrada, como não há risco profissional, independente de culpa, deixará de haver base para fixação de responsabilidade civil, pois as correlações orgânicas ainda são pouco conhecidas e surgem às vezes resultados inesperados.

O médico que atende a um chamado determina, desde logo, o nascimento de um contrato com o doente ou com a pessoa que o chamou em benefício do enfermo. Há, portanto, um contrato entre o médico e seu cliente, que se apresenta como uma obrigação de meio e não de resultado, por não comportar o dever de curar o paciente, mas sim o de prestar-lhe cuidados conscienciosos e atentos conforme os progressos da medicina. (DINIZ. 1997. p. 245).

Assim sendo, se o paciente vier a falecer, não haverá inadimplemento contratual, pois o médico não assumiu o dever de curá-lo, mas de tratá-lo adequadamente. Portanto a responsabilidade civil dos médicos somente decorre de culpa provada, constituindo uma espécie particular de culpa. A vantagem de colocar a responsabilidade do médico no campo do contrato é limitada, pois em rigor, o fato do médico não conseguir curar o doente não significa que inadimplir a avenca. Isso ocorre, pois como já foi dito, a obrigação assumida pelo médico é uma obrigação de meio e não de resultado.

Daí a razão porque os tribunais são severos na exigência da prova de imperícia ou de desídia do médico, nas ações em que se procura responsabilizá-lo por danos experimentados por seus pacientes.

3.1 O Profissional Médico

O contrato médico contém implicitamente os seguintes deveres, de dar conselhos ao seu cliente, logo, o médico responderá por violação do dever de aconselhar se não instruir seu cliente no que concerne às precauções exigidas pelo seu estado, de cuidar do enfermo com zelo, diligência, utilizando todos os recursos da medicina, ainda será responsabilizado se não ser assistência ao seu cliente ou se negligenciar as visitas, abandonando-o e prosseguindo, deve abster se do abuso ou do desvio de poder, pois o médico não terá o direito de tentar experiências médicas sobre o corpo humano, a não ser que isso seja imprescindível para enfrentar o mal que acarreta perigo de vida ao paciente.

Todavia, a regra não pode ser entendida com rigor absoluto; não se pode enterrar a liberdade do profissional que ouse tentar novos métodos científicos.

De acordo com Diniz (1997, p. 28.) *o médico não poderá ultrapassar os limites contratuais, devendo responder pelos danos que causar.* Entre eles estão o fato de se contrariando pedido do doente ou de seus familiares, não requisitar a presença de especialista e o que nos chama a atenção para este estudo, se praticar aborto fora dos casos permitidos em lei.

Vemos aqui que o legislador é bem claro quando diz nos casos permitidos em lei. Sendo assim, a cada momento deste estudo percebemos o quanto há um aparato legal que protege a atitude do médico em casos de aborto por estupro, que está tipificado em lei.

3.2 Profissionais da Área da Saúde

Mesmo abordando deste mesmo aspecto em outra linha de raciocínio vemos que ao mencionar especialmente os médicos, cirurgiões, dentistas, farmacêuticos, parteiras, o art. 1545 do Código Civil tem em vista que esses profissionais sujeitam-se a exigências destinadas a considerá-los aptos para o exercício de suas atividades. Por isso mesmo, presume-se habilitado “todo aquele que exercita uma arte, ofício ou profissão”, daí decorrendo a presunção de culpa se incide imperícia na execução das respectivas atividades. (PEREIRA. 1999, p. 148).

Há legislação especial, como já foi dito anteriormente, que estabelece os requisitos para o exercício da profissão, desde a diplomação em curso universitário até a inscrição em órgãos especializados, como o Conselho Regional de Medicina. A inobservância de regras pertinentes sujeita o infrator a penalidades administrativas e à punição criminal, sem prejuízo do dever de ressarcir o lesado pelos danos sofridos.

Sendo assim, ao mencionar estes profissionais médicos, dentistas, entre outros, estabelece que respondem uns e outros pelos danos que venha alguém sofrer por imperícia, imprudência ou negligência deles. Embora o médico, como profissional, tenha por se a presunção de conhecimento e, portanto, a direção do tratamento, não se dispensa de orientar o enfermo ou as pessoas de cujo cuidado este depende, a respeito de como proceder seja no tratamento ambulatorial, seja no hospitalar, seja ainda no domiciliar. (PEREIRA,1999, p. 29).

No caso de moléstia exigir a consulta a um especialista, ou uma intervenção cirúrgica, cumpre-lhe fazer a indicação cabível e em tempo oportuno. No dever de aconselhar, não pode omitir a informação sobre os riscos do tratamento.

Para ilustrar o trabalho, resolve-se falar um pouco sobre a responsabilidade civil de outros profissionais similares ao médico, já que o trabalho se concentra neste profissional citado.

No caso do farmacêutico, é ele encarado não só sob o ângulo do comerciante que vende drogas, como daquela pessoa de cultura universitária, que, além de vendê-las, as elabora sob receita médica, de modo que, se por negligência entrega um remédio por outro, se

por imprudência exorbita e receita uma droga inadequada, ou se por imperícia prepara mal uma receita, o prejuízo que causar ao freguês deve por ele ser reparado. O art. 1546 ainda determina que o farmacêutico responda solidariamente pelos erros e enganos de seu preposto. (RODRIGUES, 1989, p. 87.)

No caso de se tratar dos enfermeiros e parteiras, aplicam-se quanto à atividade profissional os princípios alusivos à responsabilidade dos médicos no que diz respeito ao erro profissional, desde que oriundo de culpa, isto é, de imprudência, imperícia ou negligência. Já no caso do dentista, assume, em regra, uma obrigação de resultado, no que diz respeito aos problemas de ordem estética, principalmente em matéria de prótese. Se o dentista cometer erro profissional, que acarrete morte, inabilitação de servir ou ferimento, será responsabilizado, devendo satisfazer o dano em caso de culpa. O dentista poderá cometer falta profissional, ou erro técnico, e falta ordinária. (DINIZ, 1989, p. 253.)

3.3 Natureza Jurídica

As intervenções médicas e cirúrgicas constituem exercício regular do direito. Parte da doutrina entende que nesses casos a exclusão da ilicitude ocorre por força do estado de necessidade. De observar, porém, que nem sempre se acham presentes os requisitos do fato necessário. Assim, é possível a prática de uma cirurgia sem que o paciente esteja sofrendo perigo atual ou eminente à sua vida ou integridade corporal. Além disso, só praticá-la a pessoa habilitada para o exercício da medicina. O estado de necessidade apenas ocorre em casos excepcionais, quando o leigo, em face da impossibilidade absoluta de socorro de um médico, realiza a intervenção para salvar a vida ou a saúde de terceiro de perigo certo, atual ou eminente.

Trata-se de uma prática permitida pelo Estado e realizada de acordo com meios e regras admitidos. Se o Estado reconhece, estimula, organiza, e fiscaliza a profissão médica, impondo para seu exercício especiais condições de preparação técnica e a exigência da habilitação especial, tem de reconhecer como legítimo os atos que a sua prática regularmente comporta, com os riscos e ela inerentes.

Executando-os, o médico exercita uma conduta legítima, que, salvo hipóteses de irregularidade dolosa ou culposa, não pode resultar em incriminação. Matéria por demais controvertida é o ato praticado pelo médico ou cirurgião no que tange ao tratamento sem êxito ou mesmo quando, obtendo-se sucesso, fica o paciente com órgão alterado, membro amputado, etc., o qual tem todas as características de uma lesão letal ou corporal, com o que concorda Hans Wezel, porque, a seu ver o tratamento de cura adequado à arte e indicados pelo médico não são, absolutamente, lesões corporais. (JESUS, 1999, p. 11)

Não obstante, no que diz respeito às intervenções cirúrgicas e ao resultado letal em consequência de medidas curativas realizadas de acordo com as regras da arte, considera-os o professor da Universidade de Born tipicamente adequados, vontade do ofendido, pois neste caso, entende que passarão a ser delitos contra a liberdade, como, *verbi gratia*, coação. Em sua opinião, ficam socialmente adequadas sob o ponto de vista curativo, mas não através da coação.

Segundo Jesus *apud* Aníbal Bruno (1999, p. 31), que a intervenção médica e cirúrgica seja um ato típico de exercício regular de um direito como afirma a maioria dos autores, em cujos países a lei penal não é omissa excetuando-se é lógico, o aborto provocado por terceiro e no caso do artigo. 281, § 2º, *id est*, quando o médico “contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso de substância entorpecente”, porque, aqui, já não está mais agindo regularmente. Bem por isso realça o professor. Aníbal Bruno, com carradas de razão: Aí não há que falar em inexistência de dolo. O problema não é do domínio da culpabilidade, mas da antijuridicidade. O fato não somente impunível, por não culpável; não chega a ser ilícito.

Não se pode dizer que o consentimento do interessado não tenha eficácia, como no caso do aborto de estuprada, mas como já ficou observado, o consentimento está regulado no exercício regular de um direito. Assim sendo, a ausência do consentimento tornará a intervenção ilegítima, de vez que o cirurgião não se conduziu regularmente. Como também já assinalamos, transpondo-se os limites traçados por lei, violados está consequentemente, a norma, ocorrendo, *ipso facto*, o constrangimento ilegal.

A excludente da ilicitude às hipóteses de ofendículos e de violência esportiva e intervenções médico-cirúrgicas. Quanto às lesões decorrentes de práticas médico-cirúrgicas a exclusão da ilicitude encontra-se no fato de que tais atividades são reguladas e estimuladas pelo próprio Estado, dentro de certos princípios e limites. Se as regras admitidas não são violadas, a atividade daqueles que se dedicam a tais práticas situa-se dentro do risco permitido e acha-se acobertada pelo exercício regular de direito. O exercício fora dos limites traçados pela lei configura o abuso de direito.

O agente deixa o campo da ilicitude e adentra o terreno do abuso de direito, portanto, da ilicitude. Se ocorrer o abuso dos meios de correção, temos a figura do crime de maus-tratos (artigo. 136); se o agente procura fazer justiça pelas próprias mãos, incorre no crime de exercício arbitrário das próprias razões.

No ato de sua formatura o médico profere juramento da seguinte maneira:

*Prometo que, ao exercer a arte de curar, mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos, da honestidade, da caridade e da ciência, penetrando no interior de lares, meus olhos serão cegos minha língua calará os segredos que me forem revelados, os quais terei como preceito de honra. Nunca me servirei da minha profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime.
(CÓDIGO DE ÉTICA MEDICA)*

Sendo assim fica importante sabermos qual seria o caminho adotado pelo profissional em questão, no momento em que ele se visse com uma paciente que necessitasse de fazer de um aborto precedido de estupro.

O médico o faria sem restrições, protegido pelo ordenamento jurídico, ou se recusaria em nome dos costumes ou preceitos sociais e religiosos?! Não podemos nos esquecer que o profissional é pessoa como qualquer outra, que possui princípios, valores morais, e formação religiosa

Um exemplo, o aborto praticado por médico, a prisão em flagrante. O arresto de bens feito por oficial de justiça. São causas de estrito cumprimento do dever legal e exercício regular de direito, são situações reais. Pode ocorrer aqui também a discriminante putativa de

erro de proibição, sendo que ambas excluem a culpabilidade, artigo. 20 § 1º e 21 do Código Penal.

Entre tantos fatores que cercam este ato praticado por médico no exercício de sua profissão, vemos que ele se vê envolvido não só num problema jurídico, mas também há o problema dos costumes morais e éticos que rege a vida em sociedade, principalmente quando dentro desta sociedade está tão presente a instituição da Igreja, que condena com veemência a prática do aborto, mesmo que seja ele precedido de uma violência tão absurda quanto é o estupro.

4. NORMA TÉCNICA: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES

O Estado brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde, assumiu o compromisso com os direitos humanos das mulheres e com a garantia do exercício pleno de sua saúde física e mental, por meio da formulação de políticas públicas de saúde que respondam a suas reais necessidades.

Segundo o Ministro da Saúde Humberto Costa (2005) a atenção à violência sexual e doméstica é objetivo específico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na qual estão previstas ações de ampliação e acessibilidade das mulheres e adolescentes aos serviços de saúde.

As reivindicações da sociedade civil por direitos à saúde, justiça e cidadania culminaram nas Conferências das Nações Unidas que tratam do tema saúde e direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e jovens. No que se refere à violência, destaca-se a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ONU, da qual o Brasil é signatário, que traz como foco principal o reconhecimento de que a violência doméstica, sexual e/ou psicológica contra a mulher é uma violação dos direitos humanos.

O conhecimento técnico-científico aliado à sensibilidade dos profissionais de saúde para aplicação de práticas humanizadas são elementos essenciais na atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, ao publicar esta versão atualizada e ampliada da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, estará contribuindo para a qualificação dos profissionais de saúde, atores fundamentais desta proposta, e, dessa forma, para o planejamento e a execução de ações que resultem na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população que sofre esse tipo de agravo.

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE)

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ONU considera como violência contra a mulher *todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como privada.*

As desigualdades sociais, econômicas e políticas estruturais entre homens e mulheres, a diferenciação rígida de papéis, as noções de virilidade ligadas ao domínio e à honra masculina, comuns a essas sociedades e culturas, são fatores da violência de gênero. Seu impacto não se observa somente no âmbito individual, mas implicam perdas para o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos.

É difícil calcular, precisamente, a carga de todos os tipos de violência sobre os sistemas de assistência à saúde, ou seus efeitos sobre a produtividade econômica. A evidência disponível mostra que mulheres em situação de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, maiores custos com assistência e utilizam com maior frequência os serviços de saúde e as emergências.

O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) promoveu estudos sobre a magnitude e o impacto da violência em seis países da América Latina. Cada estudo avaliou os gastos com a violência, em diferentes âmbitos. Expresso em percentuais sobre o Produto Interno Bruto (PIB), em 1997, o custo dos gastos com assistência à saúde, resultantes da violência, foi de 1,9% do PIB no Brasil, 5,0% na Colômbia, 4,3% em El Salvador, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela. O BID contabilizou que 25% dos dias de

trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência, o que reduz seus ganhos financeiros entre 3% e 20%. A mesma fonte aponta que filhos e filhas de mães que sofrem violência têm três vezes mais chances de adoecer e 63% dessas crianças repetem pelo menos um ano na escola, abandonando os estudos, em média, aos nove anos de idade. A violência intrafamiliar representa quase um ano perdido de vida saudável a cada cinco mulheres, entre 15 a 44 anos, e ocupa peso similar à tuberculose, ao HIV, aos diversos tipos de câncer e às enfermidades cardiovasculares.

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. As mulheres que sofrem violência física perpetrada por parceiros íntimos também estão sob risco de violência sexual. Pesquisas indicam que a violência física nos relacionamentos íntimos normalmente é acompanhada por abuso psicológico e, de um terço a mais da metade dos casos, por abuso sexual. Entre 613 mulheres no Japão que alguma vez sofreram abuso, 57% sofreram todos os tipos de abuso: físico, psicológico e sexual.

A violência sexual pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a infecção pelo HIV, influenciando sobre o uso de anticoncepcionais e sobre a adoção de práticas de autocuidado, assim como tem grande impacto sobre o estado psicológico da mulher. Em Uganda, em estudo recente sobre a transmissão do HIV, as mulheres que relataram ter sido forçadas a fazer sexo contra sua vontade nos anos anteriores apresentaram risco oito vezes maior de infecção.

Os profissionais de saúde estão em posição estratégica para o diagnóstico e a atuação sobre o problema da violência, em especial a violência contra a mulher. Por medo, vergonha ou mesmo por considerar os obstáculos encontrados em sua trajetória para denunciar e obter assistência e proteção, a maior parte das mulheres omite a violência sofrida. Nos últimos anos, múltiplos esforços, na maior parte dos países, têm procurado modificar a resposta dos serviços de saúde aos casos de violência.

As evidências apontam que a maioria das mulheres tem contato com o sistema de saúde em algum momento de suas vidas, por exemplo, quando têm filhos, quando buscam assistência para eles ou outro parente, ou quando buscam anticoncepcionais. Isso coloca serviços e profissionais de saúde em lugar de destaque, onde as mulheres que sofrem abuso

podem ser identificadas, receber assistência e, se necessário, ser encaminhadas a serviços especializados.

Os esforços para o reconhecimento da prevalência da violência contra a mulher, sua caracterização como fenômeno social de grande magnitude, vêm avançando, colocando desafios a todos que lidam com o problema. Por sua complexidade, a resposta à violência, e em particular à violência contra a mulher, exige o engajamento e a contribuição de diferentes profissionais, setores sociais e comunitários e dos governos nacional e local. Estes esforços vêm construindo amplo campo de reflexão e ação, que coloca o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos como agenda comum às diferentes áreas de atuação de políticas públicas, envolvendo fortemente serviços e profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde/Área Técnica de Saúde da Mulher, vem atuando em duas estratégias: capacitar e equipar os serviços a diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, e ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência. A presente Norma Técnica, revisada e ampliada, vem atender estes objetivos. A atualização das condutas e indicações aponta para a valorização do acolhimento, das estratégias de adesão e consolidação da eficácia das abordagens. Assim, mais e mais mulheres e pessoas em situação de violência encontrarão resposta adequada dos profissionais e estarão estabelecendo vínculos de confiança com os serviços. E este é, sem dúvida, um dos principais fatores que incidirão sobre a prevenção, a busca precoce de orientação e o apoio e a eficácia da assistência.

A garantia de atendimento nos serviços de saúde a mulheres, crianças e adolescentes que sofreram violência sexual representa, por conseguinte, parte das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes deste tipo de violência.

A oferta desses serviços, entretanto, permite as adolescentes e mulheres o acesso imediato aos cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada.

A implementação desse atendimento nos estados e nos municípios brasileiros deve ser acompanhada de processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior

visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.

No contexto da atenção integral à saúde, a assistência à mulher em situação de violência sexual, em qualquer idade, deve ser organizada mediante conhecimentos científicos atualizados, bases epidemiológicas sustentáveis e tecnologia apropriada.

As ações de atenção à saúde devem ser acessível a toda população, do município ou da região, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, a reabilitação e o tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher.

É fundamental que existam mecanismos bem definidos de detecção e encaminhamento das mulheres atingidas pela violência sexual. A eficiência desses mecanismos colabora para que os cuidados de saúde sejam prestados quanto mais imediatos possível, dentro das demandas de cada mulher.

Para tanto, é preciso que serviços de saúde, autoridades policiais, setores de emergência, escolas e sociedade civil organizada tenham conhecimento sobre quais serviços de saúde realizam esse tipo de atendimento.

Por sua vez, a assistência nos serviços de saúde requer a observância de determinadas condições e providências para garantir as diferentes etapas do atendimento. No entanto, não há obrigatoriedade da organização de serviço específico para esse fim e a assistência pode ser incluída e integrada às demais ações habituais dos serviços.

As unidades de saúde que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos devem estar capacitadas para o atendimento a esses casos. O limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos e situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contra-referência.

A elevada prevalência da violência sexual exige que o maior número possível de unidades de saúde esteja preparada para atuar nos casos de emergência. O atendimento imediato aos casos de violência sexual recente permite oferecer medidas de proteção, como a

anticoncepção de emergência ou a profilaxia das DST/HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher.

Por outro lado, a atenção ao abortamento previsto por lei necessita de maiores recursos, o que reserva esta etapa do atendimento para unidades de saúde específicas. Compete aos gestores municipais e estaduais definir o maior número possível de serviços de referência. Cabe, também, aos gestores e diretores dos serviços de saúde a implantação de mecanismos de avaliação permanente das ações desenvolvidas.

4.1 Instalação e Área Física

Para o atendimento de mulheres que sofreram violência sexual, deve ser definido local específico, preferentemente fora do espaço físico do pronto-socorro ou triagem, no sentido de garantir a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e o exame. Essa medida é fundamental no processo de acolhimento, estabelecendo ambiente de confiança e de respeito. Por outro lado, deve-se evitar a criação de situações que favoreçam constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação nominal do setor ou da sala destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro.

Para a avaliação clínica e ginecológica, é necessário espaço físico correspondente a um consultório médico. Os procedimentos para o abortamento previsto por lei deverão ser realizados em local cirúrgico adequado.

4.2 Recursos Humanos

O ideal é que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos.

É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos (as), psicólogos (as), enfermeiros (as) e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico (a) – não inviabiliza o atendimento.

Ainda que cada um desses profissionais cumpra papel específico no atendimento à mulher, todos devem estar sensibilizados para as questões de violência contra a mulher e violência de gênero, e capacitados para acolher e oferecer suporte às suas principais demandas. Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem acrescer à equipe interdisciplinar especialistas em pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades.

4.3 Equipamentos e Instrumental

A unidade de saúde deve dispor de equipamentos e materiais permanentes, em condições adequadas de uso, que satisfaçam as necessidades do atendimento. É importante que a unidade esteja equipada de tal modo a contar com autonomia e resolutividade. Os materiais e equipamentos necessários para o atendimento são os mesmos que compõem a estrutura de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia. Equipamentos adicionais podem ser incluídos, sempre que possível, como o colposcópio, aparelho de ultra-sonografia e equipamento fotográfico para registro de eventuais lesões físicas. Os serviços de referência para o abortamento previsto por lei devem contar, além dos equipamentos próprios de um centro cirúrgico, com material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem.

4.4 Registro de Dados

Os dados obtidos durante a entrevista, no exame físico e ginecológico, resultados de exames complementares e relatórios de procedimentos devem ser cuidadosamente registrados em prontuário médico de cada serviço. Recomenda-se a utilização de fichas específicas de atendimento. O cuidado com o prontuário médico é de extrema importância, tanto para qualidade da atenção em saúde, como para eventuais solicitações da Justiça.

4.5 Sensibilização e Capacitação

O atendimento aos casos de violência sexual requer a sensibilização de todos os funcionários do serviço de saúde. Propõe-se a realização de atividades que favoreçam a reflexão coletiva sobre o problema da violência sexual, sobre as dificuldades que crianças, adolescentes e mulheres enfrentam para denunciar esse tipo de crime, os direitos assegurados pelas leis brasileiras e o papel do setor saúde, em sua condição de co-responsável na garantia desses direitos.

As equipes envolvidas diretamente na assistência devem receber capacitação para o atendimento de emergência e estabelecimento de medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxia das DST/HIV) e outros aspectos essenciais para o atendimento humanizado, respeitando-se seus direitos e atendendo suas necessidades, incluindo-se a decisão de interrupção da gravidez. Os (as) médicos (as) devem ser capacitados para utilizar as diferentes técnicas recomendadas para a interrupção da gestação.

As unidades de saúde e os hospitais de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável por cada etapa da atenção. Isso deve incluir entrevista, registro da história, exame clínico e ginecológico, exames complementares e acompanhamento psicológico. Os fluxos devem considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar.

O acolhimento é elemento importante para a qualidade e a humanização da atenção. Por acolher entende-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à mulher em situação de violência sexual. O acolhimento pressupõe receber e escutar essas mulheres, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas.

As mulheres em situação de violência sexual devem ser informadas, sempre que possível, sobre tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância de cada medida. Sua autonomia deve ser respeitada, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento. Deve-se oferecer atendimento psicológico e medidas de fortalecimento da mulher, ajudando-a a enfrentar os conflitos e os problemas inerentes à situação vivida.

Contribuir para a reestruturação emocional e social da mulher é componente importante que deve ser observado por todos os membros da equipe de saúde, em todas as fases do atendimento. O atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário. Todos os profissionais de saúde têm responsabilidade na atenção às pessoas que se encontram nessa situação.

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

QUADRO 1 - REGISTRO DE ENCAMINHAMENTO

HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA

Registrar em prontuário:

1. Local, dia e hora aproximada da violência sexual;
2. Tipo de violência sexual sofrida;
3. Forma de constrangimento utilizada;
4. Tipificação e número de agressores;
5. Órgão que realizou o encaminhamento

PROVIDÊNCIAS INSTITUÍDAS

Verificar eventuais medidas prévias:

1. Atendimento de emergência em outro serviço de saúde e medidas de proteção realizadas;
2. Realização do Boletim de Ocorrência Policial;
3. Realização do exame pericial de Corpo de Delito e Conjunção Carnal;
4. Comunicação ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude (para crianças e adolescentes);
5. Outras medidas legais cabíveis.

ACESSO À REDE DE APOIO

Verificar o acesso e a necessidade da mulher às diferentes possibilidades de apoio familiar e social, incluindo-se abrigos de proteção.

Em casos de gravidez, suspeita ou confirmada, deve-se considerar a demanda da mulher ou adolescente, identificando se manifesta desejo ou não de interromper a gravidez. Cabe aos profissionais de saúde fornecer as informações necessárias sobre os direitos da mulher e apresentar as alternativas à interrupção da gravidez, como a assistência pré-natal e a entrega da criança para adoção.

4.6 Traumatismos Físicos

Poucas mulheres em situação de violência sexual sofrem traumas físicos severos. Contudo, na ocorrência dos traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, é necessário avaliar cuidadosamente as medidas clínicas e cirúrgicas que atendam às necessidades da mulher, da criança ou da adolescente, o que pode resultar na necessidade de atenção de outras especialidades médicas.

Embora a mulher em situação de violência sexual possa sofrer grande diversidade de danos físicos, os hematomas e as lacerações genitais são os 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 de traumatismos físicos, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano, avaliando-se o *status* vacinal da mulher.

Os danos físicos, genitais ou extragenitais, devem ser cuidadosamente descritos em prontuário médico. Se possível, os traumatismos físicos devem ser fotografados e também anexados ao prontuário. Na indisponibilidade desse recurso, representações esquemáticas ou desenhos podem ser realizados e igualmente incluídos no prontuário.

4.7 Aspectos Éticos e Legais

A atenção à violência contra a mulher é condição que requer abordagem intersetorial e interdisciplinar, com importante interface com questões policiais e judiciais.

Algumas informações são críticas para os (as) profissionais de saúde que atendam pessoas em situação de violência sexual:

- A Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de suas conseqüências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema;

- Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou confirmação de abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes. Segundo o art. 2 do ECA, considera-se criança a pessoa menor de 12 anos e adolescente aquela com idade maior que 12 e menor que 18 anos;

- Não há impedimento legal ou ético para que o (a) médico (a) preste a assistência que entender necessária, incluindo-se o exame ginecológico e a prescrição de medidas de profilaxia, tratamento e reabilitação. A gravidade da circunstância e os riscos que a violência sexual impõe para a mulher exigem o rigoroso cumprimento da atenção em saúde. A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão. Nesse caso, segundo o art. 13, § 2º do Código Penal, o (a) médico (a) pode ser responsabilizado (a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer. No atendimento imediato após a violência sexual, também não cabe a alegação do(a) profissional de saúde de objeção de consciência, na medida em que a mulher pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do (a) profissional;

- Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial, prestar depoimento, ou submeter-se a exame pelos peritos do Instituto Médico Legal (IML). Se, por alguma razão, não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos podem fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico. Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário;

- O Boletim de Ocorrência Policial registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do IML é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação destes documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal;

- O atendimento de pessoas em situação de violência sexual exige o cumprimento dos princípios de sigilo e segredo profissional. A Constituição Federal, art. 5, garante que *são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação*. O artigo. 154 do Código Penal caracteriza como crime *revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem*. Da mesma forma, o Código de Ética Médica, artigo. 103, estabelece que *seja vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente*;

- O atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual também se submete aos mesmos fundamentos éticos e legais. A assistência à saúde da menor de 18 anos de idade deve observar o princípio de sua proteção. Se a revelação dos fatos for feita para preservá-la de danos, está afastado o crime de revelação de segredo profissional.

Entretanto, a revelação do ocorrido também pode lhe acarretar danos, em algumas circunstâncias. Entre outros prejuízos ainda mais graves, ela pode afastar-se do serviço e perder a confiança nos profissionais que a assistem. Nesse caso, a decisão do profissional de saúde deve estar justificada no prontuário da criança ou da adolescente;

- O estupro é definido pelo art. 213 do Código Penal como *constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça*. Entende-se por violência o emprego de força física, suficientemente capaz de sobrepujar a resistência da vítima. A "grave ameaça" configura e como a promessa de efetuar tamanho mal, capaz de impedir a resistência da vítima. A "conjunção carnal" corresponde ao coito vaginal, o que limita o crime ao sexo feminino;

- No art. 214 do Código Penal, é caracterizado o atentado violento ao pudor como crime de *"constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal"*. Aqui, incluem-se todas as situações diferentes do coito vaginal, a exemplo das manobras digitais eróticas e a cópula anal ou oral. O atentado violento ao pudor pode ser praticado contra pessoas de ambos os sexos, sob as mesmas formas de constrangimento previstas para o estupro;

- A presunção de violência, art. 224 do Código Penal, define condições nas quais não ocorre o constrangimento pelo uso de força ou de grave ameaça, mas que caracterizam, igualmente, o estupro e o atentado violento ao pudor. Presume-se a violência quando *a vítima é menor de 14 anos; é alienada ou débil mental e o agressor conhece esta circunstância; ou quando não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência;*

- Segundo a lei trabalhista, nos casos em que a violência sexual ocorra durante o percurso do trabalho, a mulher deve ser orientada sobre a importância de realizar a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), havendo ou não a necessidade de afastamento do trabalho. O cadastramento do CAT garante direitos para a mulher trabalhadora em situação de violência sexual que asseguram, entre outros, que ela possa receber atenção necessária à sua saúde.

As evidências mostram que a violência contra a mulher tem impacto sobre a saúde física e mental, e também sobre o bem-estar da pessoa atingida, assim como de seus filhos e demais membros da família. Setores, como a polícia, o Judiciário, os serviços de apoio social, além da saúde, devem trabalhar juntos para enfrentar o problema da violência de gênero.

Os programas de atuação e os serviços devem ser integrados, possibilitando que os recursos necessários estejam disponíveis, facilitando o acesso das mulheres à rede de apoio e proteção. A abordagem deve dar ênfase à capacitação da família e dos grupos comunitários

para lidarem com o problema da violência não apenas como episódio isolado, mas como situação que se prolonga, por suas características culturais, sociais e pelas histórias familiares recorrentes. Dessa forma, os aspectos preventivos e a proteção social podem identificar precocemente os riscos e atuar mitigando conseqüências.

Nos casos de violência sexual praticada por parceiros íntimos, familiares ou pessoas próximas, é importante considerar que as vítimas poderão estar mais vulneráveis, pelo envolvimento emocional, dependência econômica, facilidade de acesso do agressor em relação à vítima ou medo. É importante considerar que os casos de violência sexual estão presentes na maior parte dos casos de violência física e que estes costumam acontecer de forma sistemática e não isolada. Por isso, as recomendações a seguir dizem respeito a todo o contexto da violência, e não apenas aos casos de violência sexual.

4.8 Validação de Experiências

A equipe de saúde deve apoiar pessoas e famílias no reconhecimento do problema da violência, propiciando espaços de escuta nas unidades de saúde ou na comunidade, com o objetivo de identificar situações de risco e traçar medidas preventivas e de promoção de relações respeitadas e igualitárias. Para isso, é importante garantir o acolhimento das pessoas envolvidas, o que significa compreender e acreditar no depoimento da pessoa em situação de violência (que depois será confirmado ou não), contextualizando os aspectos socioculturais, históricos e econômicos. É importante não culpabilizar a pessoa e não acelerar ou influenciar nas suas decisões, mantendo atitude isenta de julgamentos e respeitando suas crenças e sistemas de valores morais.

No primeiro momento, o acolhimento refere-se à pessoa que chega ao serviço.

Num segundo momento, se possível, deve ser estendido a toda a rede familiar. O acolhimento deve ser princípio a ser seguido por todos e estar presente nos sucessivos caminhos da rede de instituições que recebe a vítima e a família, de modo que estes se organizem se sintam protegidos, seguros e, assim, dêem andamento ao atendimento.

Dessa forma, é preciso sensibilizar e capacitar todos os profissionais, mesmo os que não atuam diretamente com a pessoa agredida, quanto à importância do sigilo, acolhimento e encaminhamento adequados.

No caso da violência contra a mulher por parceiro íntimo, o (a) profissional deve ajudar a vítima a estabelecer vínculo de confiança individual e institucional para avaliar o histórico da violência, riscos, motivação para romper a relação, limites e possibilidades pessoais, bem como seus recursos sociais e familiares.

4.9 Autonomia, Individualidade e Direitos

É fundamental respeitar a autonomia, a individualidade e os direitos das pessoas em situação de violência sexual. Deve-se resguardar sua identidade, tanto no espaço da instituição, quanto no espaço público (por exemplo, junto à mídia, à comunidade etc.). Da mesma forma, deve-se respeitar a vontade expressa da vítima em não compartilhar sua história com familiares e/ou outras pessoas.

No caso de crianças e adolescentes, o (a) profissional deve conscientizar a Família quanto à necessidade de comunicação aos órgãos competentes (ver Capítulo 2). Caso isso não ocorra, o serviço de saúde deve garantir os direitos de proteção à criança e ao adolescente, acionando os mecanismos necessários.

No caso de violência cometida por parceiro íntimo, a mulher pode estar assustada, traumatizada e emocionalmente ferida. Seus limites precisam ser respeitados.

É preciso reconhecer que cada pessoa tem seu tempo próprio de amadurecimento para romper a situação de violência e que esse tempo precisa ser respeitado. A pressa do (a) profissional para alcançar resultados imediatos pode intimidar a mulher ou paralisá-la.

4.10 Violência Sexual em Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres

Existem mulheres que fazem sexo com mulheres, exclusivamente ou não, e que também estão sujeitas a sofrer violência sexual. Não necessariamente a violência sexual contra mulheres que fazem sexo com mulheres é mais “violenta” do que aquela perpetrada contra mulheres heterossexuais, mas isso pode acontecer.

As mulheres que fazem sexo com mulheres têm sua anatomia e fisiologia rigorosamente semelhante às mulheres estritamente heterossexuais. Portanto, os cuidados clínicos que devem ser tomados no atendimento pós-violência devem ser exatamente os mesmos para as mulheres que fazem sexo com homens. No entanto, o profissional deve estar atento para alguns pontos.

As mulheres que fazem sexo com mulheres não são, necessariamente, masculinizadas. Nem todas as mulheres de aparência mais masculina têm sexo com mulheres. E, qualquer que seja a aparência ou o comportamento sexual da mulher, a violência sexual é injustificável e dolorosa para ela.

No seguimento do caso, após os procedimentos de emergência, deve ser perguntada com quem a mulher costuma ter relações sexuais, para avaliar a necessidade de contracepção e discutir a melhor estratégia de prevenção de DST, HIV e outras infecções.

O seguimento psicológico das mulheres que fazem sexo com mulheres e foram vítimas de violência deve ser feito com toda delicadeza, considerando que ter sexo com pessoas do mesmo sexo não é um problema de saúde, mas a violência sexual pode agravar os sentimentos de exclusão, humilhação e isolamento que muitas vezes permeia a vida das mulheres lésbicas.

4.11 Sigilo e Atendimento

O atendimento na rede de saúde, por vezes, pode ser a primeira oportunidade de revelação de uma situação de violência. A possibilidade de diagnosticar a situação deve ser

valorizada pelo profissional, fazendo as perguntas adequadas e investigando hipóteses diagnósticas. O compromisso de confiança é fundamental para conquistar a confiança necessária não só à revelação da situação, como à continuidade do atendimento. O sigilo no atendimento é garantido, principalmente, pela postura ética dos profissionais envolvidos e isso inclui o cuidado com a utilização de prontuários, as anotações e a adequação da comunicação entre a equipe.

É importante considerar que questões específicas de comportamento, tais como *"alguma vez você foi forçada a ter relações sexuais contra a sua vontade?"*, possuem maiores índices de resposta positiva do que questões vagas, possibilitando melhor diagnóstico e evitando generalizações que podem constranger a entrevistada. É necessário garantir espaço determinado, que ofereça privacidade para a entrevista, de preferência sem a presença de pessoas que possam inibir o relato. A equipe deve estar alerta no sentido de evitar o vazamento de informações, a fim de não criar estigmas sobre o atendimento.

4.12 Humanização

Para evitar que a usuária tenha de ir repetidas vezes ao serviço, deve-se criar um fluxograma, de modo a dar agilidade e resolutividade à sistemática de atendimento. Da mesma forma, para evitar que a usuária tenha de repetir sua história para os diferentes profissionais da equipe, a equipe deve propor formas de registro unificado que reúna, ainda que de forma resumida, as observações específicas de todos os profissionais envolvidos.

Sob a perspectiva mais global, é preciso também fortalecer a rede de proteção contra a violência por meio de ações intersetoriais, evitando que as pessoas em situação de violência fiquem expostas durante o processo de atendimento nas diferentes instituições.

A humanização implica uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto. Ela remete à consideração de seus sentimentos, desejos, idéias e concepções, valorizando a percepção pela própria usuária da situação que está vivenciando, conseqüências e possibilidades.

4.13 Avaliação de Riscos

A avaliação dos riscos deverá ser feita junto com a usuária. É preciso identificar as situações de maior vulnerabilidade, a fim de elaborar estratégias preventivas de atuação. Nos casos de famílias em situação de violência, deve-se observar a história da pessoa agredida, o histórico de violência na família e a descrição dos atos de violência.

A equipe de saúde deve avaliar os riscos de repetição ou agravamento, visando à prevenção de novos episódios. Quando se tratar de criança, adolescente ou pessoa em condição de dependência em relação ao agressor é importante avaliar a necessidade de estabelecer mecanismos de intervenção que atenuem a dependência e a vulnerabilidade.

É sempre importante valorizar o apoio da família, amigos e vizinhos, a fim de propiciar segurança e solidariedade, favorecendo os mecanismos de enfrentamento da situação. No caso específico de violência sexual, é necessário alertar a pessoa quanto a medidas de proteção individual, formas de defesa e, sobretudo, orientar condutas que evitem maior dano. Se a violência contra a mulher é perpetrada por parceiro íntimo, é preciso avaliar a necessidade de acompanhamento e proteção, no sentido de garantir socorro e abrigo a esta e aos filhos, quando necessário (por exemplo, casa abrigo), principalmente a partir do momento em que ela decida denunciar o companheiro ou romper a relação.

Nos casos de abuso incestuoso, deve-se procurar conhecer a estrutura e o funcionamento da família, de modo a obter informações sobre o agressor e avaliar a situação de risco da criança ou adolescente, em especial se a família tem condições de dar apoio emocional. Deve-se, também, quando necessário, entrar em contato com a escola, no caso de crianças e adolescentes, para evitar a estigmatização. No caso de adulto, deve-se trabalhar com a família para que a mulher não seja socialmente marginalizada.

4.14 Encaminhamentos

No atendimento às pessoas em situação de violência, é importante que alguns procedimentos sejam contemplados, de forma a garantir que as intervenções se dêem considerando o norte psicossocial da assistência. Um sistema eficaz de referência e contra-

referência deve abranger os serviços de complexidade necessários, integrando os mediante informações sobre necessidades e demandas do caso. Em face do tipo de violência registrado, é importante garantir cuidado e diagnóstico clínico ao lado de outros encaminhamentos, de natureza psicológica, jurídica e social.

Deve-se oferecer acompanhamento terapêutico ao casal ou família, nos casos de violência perpetrada por parceiro íntimo, quando houver desejo das pessoas envolvidas de preservar os vínculos familiares, bem como o encaminhamento para atendimento psicológico individual. É igualmente importante apoiar a mulher que deseja fazer o registro policial da agressão e informá-la sobre o significado do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, ressaltando a importância de tornar visível a situação de violência.

Deve se sugerir encaminhamento aos órgãos competentes: Delegacia Policial, Delegacia de Proteção à Mulher e Instituto Médico Legal. Nesses casos, deve-se orientá-la quanto ao direito e à importância de guardar cópia do Boletim de Ocorrência. Se existe motivação da mulher para dar andamento ao processo de separação, encaminhá-la aos serviços jurídicos: Defensoria Pública, Fórum local ou organizações não-governamentais de apoio jurídico.

Em cada caso, além do fluxo assistencial estabelecido, deve-se traçar plano terapêutico individual de acordo com as necessidades de cada situação. No caso de gravidez decorrente de situação de violência sexual, a mulher deve receber assistência psicossocial adequada, seja na opção por interromper, seja na de prosseguir com a gestação.

4.15 Suporte para a Equipe de Saúde

A equipe de saúde deve estar sensibilizada e capacitada para assistir a pessoa em situação de violência. Dessa forma, há que se promoverem, sistematicamente, oficinas, grupos de discussão, cursos, ou outras atividades de capacitação e atualização dos profissionais.

Isso é importante para ampliar conhecimentos, trocar experiências e percepções, discutir preconceitos, explorar os sentimentos de cada um em relação a temas com os quais

lidam diariamente em serviço, a exemplo da violência sexual e do abortamento, buscando compreender e melhor enfrentar possíveis dificuldades pessoais ou coletivas. Isso porque, ao lidar com situações de violência, cada profissional experimenta sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e trabalhados em função da qualidade do atendimento e do bem-estar do (a) profissional envolvido (a). É importante também desenvolver sistemática de auto-avaliação da equipe, sem deixar de considerar o limite da atuação de cada profissional.

4.16 Rede Integrada de Atendimento

O setor Saúde, por ser um dos espaços privilegiados para identificação das mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, tem papel fundamental na definição e articulação dos serviços e organizações que, direta ou indiretamente, atendem situações de violência sexual. 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. É necessário que todos os serviços de orientação ou atendimento tenham, pelo menos, uma listagem com endereços e telefones das instituições componentes da rede. Essa lista deve ser do conhecimento de todos os funcionários dos serviços, permitindo que as mulheres tenham acesso sempre que necessário e possam conhecê-la independentemente de situações emergenciais.

É fundamental destacar 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 da Mulher e da Criança, Instituto Médico Legal, Ministério Público, instituições como casas-abrigo, grupos de mulheres, creches, entre 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 instrumentos de avaliação.

É imprescindível a sensibilização de gestores e gerentes de saúde, no sentido de propiciar condições para que os profissionais de saúde possam oferecer atenção integral às vítimas e às suas famílias, como também aos agressores.

Isso envolve atuação voltada para o estabelecimento de vínculos formalizados entre os diversos setores que devem compor a rede integrada de atenção a vítimas de violência para a promoção de atividades de sensibilização e capacitação de pessoas; para a humanização da assistência e ampliação da rede de atendimento; e para a busca de recursos que garantam supervisão clínica e apoio às equipes que atendem pessoas em situação de violência.

Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da vida da mulher, resultando em taxas de gravidez entre 1 a 5%. A gravidez decorrente de violência sexual representa, para a maioria das mulheres, uma segunda forma de violência. A complexidade da situação e os danos por ela provocados podem ser, em grande parte dos casos, evitados com a utilização da Anticoncepção de Emergência (AE), ação das mais importantes na atenção aos casos de violência sexual. A AE é o método anticonceptivo que previne a gravidez após a violência sexual, utilizando compostos hormonais concentrados e por curto período de tempo.

Cabe aos profissionais de saúde avaliar cuidadosamente o risco de gravidez para cada mulher que sofre violência sexual. Os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado à AE.

A AE deve ser prescrita para todas as mulheres expostas à gravidez, por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontre, que tenham tido a primeira menstruação e que estejam antes da menopausa. A AE é desnecessária se a mulher ou adolescente estiver usando regularmente método anticonceptivo de elevada eficácia no momento da violência sexual, a exemplo do anticoncepcional oral, injetável ou DIU. A AE hormonal constitui o método de eleição devido a seu baixo custo, tolerabilidade, eficácia e ausência de contra-indicações absolutas.

4.17 Mecanismo de Ação

O mecanismo de ação da AE, se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, altera o desenvolvimento dos folículos, impedindo a ovulação ou retardando-a por vários dias. Na segunda fase do ciclo menstrual, após a ovulação, a AE atua modificando o muco cervical,

tornando-o espesso e hostil, impedindo ou dificultando a migração dos espermatozoides do trato genital feminino até as trompas, em direção ao óvulo. Por esses mecanismos, a AE impede a fecundação. Não existem evidências científicas de que a AE exerça efeitos após a fecundação, de que atue impedindo a implantação ou que implique a eliminação precoce do embrião. Não há efeitos abortivos com o uso da AE.

4.18 Esquemas de Administração

Há duas formas de oferecer a AE hormonal. A primeira conhecida como método de Yuzpe, utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar. O método de Yuzpe consiste na administração combinada de um estrogênio e um progestágeno sintético até cinco dias da violência sexual. A associação mais estudada é a que contém etinil-estradiol e levonorgestrel. Utiliza-se dose total de 200µg de etinil-estradiol e 1mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais a cada 12 horas, ou administradas em dose única (Quadro 2).

A segunda forma de oferecer a AE é com o uso exclusivo de progestágeno, o levonorgestrel, na dose total de 1,5mg, dividida em 2 comprimidos iguais de 0,75 mg, a cada 12 horas, ou 2 comprimidos de 0,75mg juntos (1,5mg), em dose única. Da mesma forma que o método de Yuzpe, pode ser utilizado até cinco dias da violência (Quadro 2).

O levonorgestrel exclusivo deve ser a primeira escolha, sempre que possível, devido a sua maior eficácia e tolerabilidade e por não apresentar interação farmacocinética com alguns dos anti-retrovirais utilizados para a profilaxia do HIV. A AE, com o levonorgestrel ou com o método de Yuzpe, deve ser administrada tão rápido quanto possível e, preferentemente, em dose única dentro dos primeiros cinco dias que sucedem a violência sexual.

**QUADRO 2 - ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA HORMONAL
LEVONORGESTREL**

PRIMEIRA ESCOLHA

0,75mg de levonorgestrel/por comprimido

2 comprimidos VO dose única ou

1 comprimido VO a cada 12 horas

MÉTODO DE YUZPE

SEGUNDA ESCOLHA

AHOC com 50µg de etinil-estradiol e 250µg de levonorgestrel/por comprimido

2 comprimidos VO a cada 12 horas ou

4 comprimidos VO dose única

AHOC com 30µg de etinil-estradiol e 150µg de levonorgestrel/por comprimido

4 comprimidos VO a cada 12 horas ou

8 comprimidos VO dose única

µg = micrograma

Ministério da Saúde/2005

4.20 Informações Importantes

1. A administração da AE é, classicamente, descrita dividindo-se a dose total em duas doses iguais, em intervalos de 12 horas, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas (três dias). Contudo, os recentes estudos da Organização Mundial da Saúde oferecem claras evidências de que a dose única de 1,5mg de levonorgestrel é tão eficaz como duas doses de 0,75mg separadas. Também evidenciam efeitos protetores até cinco dias após a relação sexual desprotegida, embora com taxas de falha maiores; 2. A absorção da AE pelo epitélio da vagina oferece níveis semelhantes aos da absorção pela via oral, tanto para o levonorgestrel, como para o método de Yuzpe. A via vaginal pode ser utilizada em situações especiais, como em casos de inconsciência da mulher devido aos traumatismos severos.

4.21 Contra-Indicações

Todas as mulheres podem usar o método com segurança, mesmo aquelas que, habitualmente, tenham contra-indicações ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados. Mulheres com antecedentes de acidente vascular cerebral, tromboembolismo, enxaqueca severa, ou diabetes com complicações vasculares, são classificadas na categoria 2 da Organização Mundial da Saúde, que recomenda precauções. Nesses casos, a AE deve ser realizada, preferentemente, substituindo-se o método de Yuzpe pelo levonorgestrel.

Para mulheres em situação de violência sexual com atraso menstrual, em que a gravidez é suspeita, mas não confirmada, a AE não está totalmente contra-indicada. Nesses casos, o mesmo cuidado deve ser tomado, evitando-se o método de Yuzpe e optando-se pelo levonorgestrel. Não se recomenda que a decisão de uso da AE seja condicionada a testes laboratoriais de gravidez, exceto quando estes estejam disponíveis e ofereçam resultado em curto tempo. Em caso de falha da AE, não há evidências de aumento de risco de anomalias fetais.

4.22 Efeitos Secundários

Os efeitos secundários mais frequentes da AE são náuseas, em 40 a 50% dos casos, e vômito, em 15 a 20%. Esses efeitos podem ser minimizados com o uso de antieméticos cerca de uma hora antes da tomada da AE. Outros efeitos podem ocorrer, embora com menor frequência. Cefaléia, dor mamária e vertigens têm remissão espontânea nas primeiras 24 horas após o uso da AE. Se o vômito ocorrer nas primeiras uma a duas horas após a administração da AE, recomenda-se que a dose seja repetida.

Caso o vômito ocorra novamente, dentro do mesmo prazo, recomenda-se a administração da AE por via vaginal. A mesma recomendação vale para mulheres em inconsciência, em que a via oral não pode ser usada.

4.23 Eficácia

A eficácia da AE é elevada, com Índice de Efetividade médio de 75% e Índice de Pearl (índice de falha) de cerca de 2%. Significa dizer que a AE pode evitar três de cada quatro gestações que ocorreriam após a violência sexual. No entanto, a eficácia da AE pode variar em função do número de horas entre a violência sexual e sua administração. As taxas de falha do método de Yuzpe variam de 2% (0-24 horas) até 4,7% (49-72 horas). As taxas de falha do levonorgestrel variam de 0,4% (0-24 horas) até 2,7% (49-72 horas). Entre o 4º e 5º dia da violência sexual, a AE ainda oferece razoável proteção, embora com taxas de falha expressivamente maior. Portanto, a AE deve ser administrada tão rápido quanto possível dentro dos cinco dias da violência sexual.

4.24 Orientações para a Mulher

A mulher em situação de violência sexual deve ser orientada a retornar ao serviço de saúde, assim que possível, se ocorrer atraso menstrual, que pode ser indicativo de gravidez. No entanto, devem estar informadas de que, na maioria das vezes, pouca ou nenhuma alteração significativa ocorrerá no ciclo menstrual.

A AE não provoca sangramento imediato após o seu uso e cerca de 60% das mulheres terão a menstruação seguinte ocorrendo dentro do período esperado, sem atrasos ou antecipações. Em 15% dos casos, a menstruação poderá atrasar até sete dias e, em outros 13%, pouco mais de sete dias.

4.25 Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

A inserção do dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre, como AE, não é recomendada devido ao risco potencial de infecção genital agravado pela violência sexual. Além disso, deve-se considerar que manipulação genital pode ser pouco tolerada na mulher em circunstância de violência sexual recente, particularmente entre as mais jovens e as que ainda não iniciaram a vida sexual. Cabe lembrar, no entanto, que a inserção do DIU é alternativa válida em situações excepcionais, a exemplo das mulheres classificadas na

categoria 2 da Organização Mundial de Saúde para o uso do método de Yuzpe, quando não se disponha do levonorgestrel para substituí-lo.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) adquiridas em decorrência da violência sexual podem implicar graves conseqüências físicas e emocionais. Estudos têm mostrado que entre 16 a 58% das mulheres que sofrem violência sexual são infectadas por pelo menos uma DST, com taxas variáveis de infecção para cada agente específico. Entre grávidas que sofrem abuso sexual, a prevalência de DST é maior quando comparada com grávidas não expostas a este tipo de violência. Da mesma forma, crianças apresentam maior vulnerabilidade para as DST pela imaturidade anatômica e fisiológica da mucosa vaginal, entre outros fatores.

Contudo, crianças são freqüentemente submetidas a tipos de abuso sexual diferentes da penetração vaginal, anal ou oral, que não as expõem ao contato contaminante com o agressor. Também considerar que, em grande parte dos casos, a violência sexual na infância é crônica e prolongada. Ambas as situações as excluem de indicação da profilaxia das DST não virais, da profilaxia do HIV e da imunoprofilaxia da hepatite B.

A prevalência de DST em situações de violência sexual é elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis. Entre elas, inclui-se o tipo de violência sofrida (vaginal, anal ou oral); o número de agressores; a ocorrência de traumatismos genitais; a idade e suscetibilidade da mulher; a condição himenal; a presença de DST ou úlcera genital prévia; e a forma de constrangimento utilizada pelo agressor.

Parte importante das infecções genitais decorrentes da violência sexual pode ser evitada. Doenças como gonorréia, sífilis, clamidiose, tricomoníase e cancro mole podem ser prevenidas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia. Esta medida é fundamental para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres dos possíveis e intensos impactos da violência sexual.

A profilaxia das DST não virais em mulheres que sofrem violência sexual visa aos agentes mais prevalentes e de repercussão clínica relevante. Está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão dos agentes, independentemente da presença ou gravidade das lesões físicas e idade da mulher. Não deverão receber profilaxia de DST não

virais casos de violência sexual em que ocorra exposição crônica e repetida com o agressor, situação comum em violência sexual intrafamiliar, ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual.

4.26 Profilaxia para Adultas e Adolescentes

Não é possível estabelecer, com exatidão, o tempo limite para a introdução da profilaxia das DST não virais em situações de violência sexual. Diferente do que ocorre na profilaxia da infecção pelo HIV, a prevenção das DST não virais pode ser eventualmente postergada, em função das condições de adesão da mulher ou mesmo por intolerância gástrica, mais prevalente em situações de estresse. Essa medida não acarreta, necessariamente, danos para o tratamento.

De toda forma, recomenda-se que seja realizada precocemente, sempre que possível. O esquema de associação de medicamentos para a profilaxia das DST não virais para mulheres adultas e adolescentes com peso igual ou maior que 45kg encontra-se no **Quadro 3**.

QUADRO 3 - PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM MULHERES ADULTAS E ADOLESCENTES COM MAIS DE 45KG NÃO GESTANTES

PENICILINA G BENZATINA Profilaxia da sífilis	2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada nádega)	IM	dose única
OFLOXACINA Profilaxia da gonorréia	400mg	VO	dose única
AZITROMICINA Profilaxia da clamidiose e do cancro mole	1g	VO	dose única
METRONIDAZOL Profilaxia da tricomoníase	2g	VO	dose única

4.27 Informações Importantes

1. O uso de ceftriaxona e de azitromicina para a profilaxia da sífilis está sendo investigado, mas doses adequadas ainda não foram estabelecidas para esse fim; 2. A administração profilática do metronidazol e de suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento;

3. O uso profilático de outras quinolonas deve ser considerado como alternativa em situações em que a ofloxacina não estiver disponível.

4.28 Profilaxia para Gestantes Crianças

A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a profilaxia para as DST não virais. Nesses casos, visando à segurança fetal, recomenda-se o esquema de associação de medicamentos previstos no **Quadro 4**. O metronidazol e suas alternativas (tinidazol e secnidazol) devem ser evitados durante o primeiro trimestre da gravidez e o tianfenicol é contra-indicado em todo período gestacional. O uso de quinolonas é contra-indicado em crianças, adolescentes e gestantes com peso menor que 45 kg.

QUADRO 4 - PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS EM CRIANÇAS, ADOLESCENTES E GESTANTES COM MENOS DE 45 kg

PENICILINA G ENZATINA (dose máxima: 2,4 milhões UI)			
Crianças e adolescentes	50 mil UI/ KG	IM	dose única
Gestantes	2,4 milhões UI (1,2 milhões em cada nádega)		
CEFTRIAXONA			
Crianças e adolescentes	250 mg	IM	dose única
Gestantes	500 mg		
AZITROMICINA			
Crianças e adolescentes	20 mg/kg	VO	dose única
Gestantes	1 g		
METRONIDAZOL			
	15 mg/kg/dia		818, por 7 dias
Crianças e adolescentes	2 g	VO	(máximo: 2g)
Gestantes			dose única

4.29 Alternativas

Em mulheres com história comprovada de hipersensibilidade aos medicamentos de primeira escolha, em especialmente à penicilina, deve-se utilizar alternativa de profilaxia. As drogas de primeira escolha, **Quadros 3 e 4**, poderão ser substituídas por alternativas em caso de contra-indicação, conforme o **Quadro 5**.

QUADRO 5 - ALTERNATIVAS PARA A PROFILAXIA DAS DST NÃO VIRAIS

PROFILAXIA	GESTANTES	CRIANÇAS E ADOLESCENTES	ADULTOS
Penicilina Benzatina (sífilis)	Estearato de eritromicina 500 mg VO a cada 6 hs durante 15 dias	Estearato de eritromicina 50 mg/Kg/dia VO a cada 6 horas por 15 dias	Estearato de eritromicina 500 mg VO a cada 6 hs durante 15 dias
Ofloxacina (gonorréia)	Ceftriaxona 500 mg IM dose Única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única Tianfeniacol 2,5 g
Azitromicina (clamidíase)	Estearato de Eritromicina 500 mg VO a cada 6 Horas durante 7 dias	Estearato de Eritromicina 50 mg/kg/dia VO a cada 6 horas por 10 a 14 dias	Amoxicilina 500 mg VO a cada horas durante 7 dias
Azitromicina (cancro mole)	Ceftriaxona 250 mg IM dose Única, ou Estearato de Eritromicina 500 mg VO a cada 6 Horas	Ceftriaxona 125 mg IM dose única	Ceftriaxona 250 mg IM dose única
Metnidazol (tricomóníase)	Secnidazol ou tinidazol 2,0 VO dose única		Secnodazol ou tinidazol 2,0 VO

A imunoprofilaxia para a hepatite B está indicada em casos de violência sexual em que ocorrer exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. A abordagem da condição sorológica da mulher que sofre violência sexual, quando disponível, e a interpretação dos resultados encontra-se discriminada no **Quadro 6**. Cabe ressaltar, contudo, que a decisão de iniciar a profilaxia da hepatite B não deve estar condicionada à solicitação ou realização de exames complementares, por motivo de tempo. Em condições de desconhecimento ou dúvida sobre o *status* vacinal, a profilaxia deverá ser administrada.

QUADRO 6 - ABORDAGEM SOROLÓGICA DA HEPATITE B

HBsAg	Anti-HBc IgM	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
+	+	Infecção aguda (há pelo menos 15 dias)	Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em 6 meses. Realizar em 15 dias.
+	-	Infecção aguda precoce há menos de 15 dias) Ou Hepatite Crônica	Anti-HBc IgM: (+) Infecção aguda. repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em 6 meses. (-) fazer Anti-HBc total Se + indica infecção crônica.
-	+	Infecção Aguda	Anti-HBs: (+) Cura. (-) Doença Crônica Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em 6 Meses.
-	+	Negativo ou não Produz anticorpo	Vacinação e IGHAHB
-	+	* Condição rara	

4.30 Imunoprofilaxia Contra Hepatite B

Mulheres imunizadas contra hepatite B, com esquema vacinal completo, não necessitam de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Mulheres não imunizadas ou que desconhecem seu *status* vacinal devem receber a primeira dose da vacina e completar o esquema posteriormente, com um e seis meses. Mulheres com esquema vacinal incompleto devem completar as doses recomendadas (Quadro 7). A dose da

vacina, em micrograma ou mililitros, varia de acordo com o fabricante, devendo-se seguir as orientações da bula e as normas do Programa Nacional de Imunizações (PNI). A vacina, após administração do esquema completo, induz imunidade em 90 a 95% dos casos.

As mulheres em situação de violência sexual também devem receber dose única de IGHAHB, 0,06ml/kg, IM, em sítio de aplicação diferente da vacina e, se a dose da vacina ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.

A IGHAHB pode ser administrada até, no máximo, 14 dias após a violência sexual, embora se recomende o uso nas primeiras 48 horas após a violência (**Quadro 7**).

A vacina para hepatite B deve ser aplicada em deltóide. Deve-se evitar a aplicação na região glútea, por resultar em menor imunogenicidade. Estudos indicam o uso de IGHAHB apenas quando o agressor sabidamente tem hepatite B aguda.

Devido à dificuldade prática de comprovar o fato nas circunstâncias de violência sexual, o PNI e o Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV) recomendam o uso de IGHAHB em todas as mulheres em situação de violência sexuais não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto. Cabe lembrar que para a hepatite C não existem alternativas de imunoprofilaxia. A gravidez, em qualquer idade gestacional, não contra-indica a imunização para a hepatite B, nem a oferta de IGHAHB.

QUADRO 7 - ALTERNATIVAS DE IMUNOPROFILAXIA

VACINA ANTI-HEPATITE B

Aplicar IM em deltóide 0,1 e 6 meses após a violência sexual

Imunização ativa

IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-HEPATITE B

Aplicar IM em glúteo 0,06ml/Kg

Imunização passiva dose única

4.31 Informações Importantes

1. Não devera receber a imunoprofilaxia para hepatite B mulheres vítimas de violência sexual crônica e repetida com o mesmo agressor, situação freqüente em casos de violência sexual intrafamiliar;

2. Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B mulheres cujo agressor seja sabidamente vacinado ou quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante o crime sexual;

3. A IGHAHB está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – CRIE;

4. Como a vacinação para hepatite B já está incluída no calendário vacinal do PNI, deverá ser considerada a vacinação das crianças não vacinadas previamente.

4.32 Transmissão Vertical

Em gestantes que sofrem violência sexual, na hipótese de transmissão da hepatite B ou C, deve-se considerar a possibilidade de transmissão vertical. Em relação à hepatite C, o risco de transmissão da mãe para o filho é baixo, exceto se existe co-infecção com o HIV. Não existem medidas profiláticas específicas para a transmissão vertical do vírus C. O aleitamento não está contra-indicado na prevenção, mas devem ser ponderados riscos e benefícios.

Por outro lado, o risco para a transmissão do vírus B é elevado (até 90% de chance de transmissão). Nestes casos, deve-se proceder com a imediata vacinação (1ª dose) da criança (dentro das primeiras 12 horas após o nascimento), associada ao IGHAHB. Este procedimento (seguido das duas doses de vacina subseqüentes – 30 e 180 dias) evita a transmissão do vírus B da mãe para a criança em 90% dos casos. O aleitamento pode ser realizado após a administração da primeira dose da vacina contra o vírus B.

4.33 Efeitos Secundários

Os efeitos adversos da imunoglobulina humana anti-hepatite B são raros e incluem febre, dor no local da aplicação e, excepcionalmente, reações alérgicas. Não há registro de eventos adversos severos. A administração da vacina e da imunoglobulina humana anti-hepatite B é segura e bem tolerada pelas mulheres, em qualquer idade.

4.34 Conduta Frente à Infecção

Em caso de positividade para hepatite B ou C, tanto no momento inicial, como nos exames no 3º ou 6º mês, a mulher deve ser encaminhada para avaliação especializada com infectologista ou hepatologista. No **Quadro 8**, encontra-se a interpretação dos exames sorológicos para hepatite B e os indicadores de doença.

QUADRO 8 - INTERPRETAÇÃO DOS MARCADORES PARA HEPATITE B

Interpretação	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc	Anti-HBr	Anti HBs
Fase de incubação	Pos	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
Fase aguda	Pos	Pos	Pos	Pos	Neg	Neg
Portador com replicação viral	Pos	Pos	Neg	Pos	Neg	Neg
Portador sem replicação viral	Pos	Neg	Neg	Pos	Pos	Neg
Provável cicatriz sorológica	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Neg
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Pos	Pos
Imunidade após hepatite B	Neg	Neg	Neg	Pos	Neg	Pos
Imunidade após vacina	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Pos
Ausência de contato com HBV	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg

A infecção pelo HIV é grande preocupação para a maioria das mulheres em situação de violência sexual. Os estudos existentes indicam que a possibilidade de infecção em casos de violência sexual está entre 0,8 e 2,7%. Esse risco é comparável, e até mesmo superior, ao observado em outras formas de exposição sexual (heterossexual) única ou em acidentes perfurocortantes entre profissionais de saúde.

O risco de infecção pelo HIV, à semelhança do que ocorre com as DST, depende de muitas condições. Entre elas, destacam-se os tipos de exposição sexual (anal, vaginal, oral); o número de agressores; a suscetibilidade da mulher; a rotura himenal; a exposição a secreções sexuais e/ou sangue; a presença de DST ou úlcera genital prévia; e a carga viral do agressor. Também se associa ao trauma subjacente, na medida em que a escassa lubrificação produz lesões abrasivas e soluções de continuidade mais frequentes, contribuindo para elevar os riscos de infecção.

A profilaxia do HIV com uso de anti-retrovirais em situações de violência sexual é procedimento relativamente complexo e novo, em intenso processo de investigação. Não existem estudos definitivos que assegurem que os anti-retrovirais protejam a mulher em situação de violência sexual. Da mesma forma, não existem evidências científicas que afastem essa possibilidade. Cabe considerar o êxito da profilaxia anti-retroviral em outras situações, embora as comparações sejam metodologicamente imperfeitas.

A drástica redução da transmissão do HIV durante a gravidez e o parto, bem como o sucesso alcançado na profilaxia dos acidentes entre profissionais de saúde, tem estimulado o uso dos anti-retrovirais em situações de violência sexual. Além disso, serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência sexual têm encontrado indicadores consistentes da eficácia profilática dos anti-retrovirais, com expressiva adesão das mulheres ao tratamento.

4.35 Indicações e Cuidados Fundamentais

Nas situações em que o estado sorológico do agressor não pode ser conhecido em tempo elegível, a profilaxia do HIV deve ser indicada quando ocorrer penetração vaginal e/ou anal, associada ou não ao coito oral. Essa condição corresponde à maioria dos casos de violência sexual atendidos pelos serviços de saúde. No entanto, tratando-se de penetração vaginal ou anal, a decisão de iniciar a profilaxia não se deve basear em critérios de gravidade. Em situações de violência sexual com sexo oral exclusivo, não existem evidências para assegurar a indicação profilática dos anti-retrovirais, até o momento, mesmo com ejaculação dentro da cavidade oral. Nestes casos, riscos e benefícios devem ser cuidadosamente

ponderados e a decisão deve ser individualizada. Não devem receber a profilaxia para o HIV casos de violência sexual em que a mulher, criança ou adolescente presente exposição crônica e repetida ao mesmo agressor. Não deverá ser realizada a profilaxia para o HIV quando ocorrer uso de preservativo, masculino ou feminino, durante todo o crime sexual. Algumas situações excepcionais merecem atenção.

A realização do teste anti-HIV no agressor deve ser feita sempre que possível, mesmo após o início da quimioprofilaxia, com o objetivo de suspender a medicação anti-retroviral, caso o resultado seja negativo. Também o uso de teste rápido pode ser indicado para a tomada de decisão terapêutica, quando a condição sorológica do agressor é desconhecida, mas este é identificável e existindo tempo para sua avaliação em menos de 72 horas da violência. Caso o resultado seja negativo, a quimioprofilaxia anti-retroviral não deve ser realizada (ver fluxograma de uso de teste rápido).

Nos casos em que o agressor é sabidamente HIV positivo e está em tratamento com uso de anti-retrovirais, a decisão do tipo de combinação de medicamentos para profilaxia deverá ser individualizada e escolhida por infectologista. A falta de especialista no momento imediato do atendimento pós-exposição não é razão suficiente para retardar o início da quimioprofilaxia. Nesses casos, recomenda-se o uso dos esquemas habituais, como AZT (zidovudina) +3TC (lamivudina) + nelfinavir ou indinavir, até que a paciente seja reavaliada quanto à adequação da quimioprofilaxia.

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada, indiscriminadamente, a todas as situações. Ela exige avaliação cuidadosa quanto ao tipo e grau de risco da violência, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o crime. A decisão final deve considerar sempre a motivação e o desejo da mulher em se submeter ao tratamento.

4.36 Esquemas de Administração

A profilaxia do HIV, com o uso de anti-retrovirais, deve ser iniciada no menor prazo possível, com limite de 72 horas da violência sexual. Os medicamentos devem ser mantidos, sem interrupção, por 4 semanas consecutivas. O prazo de 72 horas não deve ser ultrapassado

em nenhuma hipótese, mesmo em situações de múltiplos e elevados fatores de risco e agravo de exposição ao HIV.

Embora não existam esquemas definitivos de associação de anti-retrovirais para essa finalidade, recomenda-se o emprego de drogas potentes, do ponto de vista virológico, com baixo potencial de toxicidade e boa perspectiva de adesão. O esquema de primeira escolha deve combinar três drogas, pela reconhecida maior eficácia na redução da carga viral plasmática.

Quando o esquema anti-retroviral selecionado incluir o nelfinavir ou o ritonavir, a anticoncepção de emergência deve ser realizada com levonorgestrel. Esses anti-retrovirais reduzem significativamente os níveis séricos dos estrogênios, devido à interação medicamentosa que ocorre no sistema microssomal hepático.

4.37 Profilaxia para Mulheres Adultas e Adolescentes

Em mulheres adultas e adolescentes recomenda-se usar a associação da zidovudina (AZT) 300mg e lamivudina (3TC) 150mg (inibidores da transcriptase reversa), 1 comprimido a cada 12 horas, preferentemente combinados na mesma formulação. A terceira droga que completa o esquema, nelfinavir (NFV) 750mg ou indinavir (IDV) 800mg (inibidores da protease), deve ser administrada a cada 8 horas (**Quadro 9**).

O indinavir pode ser, eventualmente, associado com um quarto medicamento, o ritonavir (RTV), como adjuvante farmacológico, neste caso indinavir (IDV) 800mg + ritonavir (RTV) 100-200mg a cada 12 horas com ou sem alimento. Cabe lembrar que o ritonavir interage de forma importante com o metronidazol e seus substitutos, utilizados como parte da profilaxia de DST não virais. Deve-se preferir o nelfinavir, sempre que possível, ou suspender o metronidazol quando o ritonavir for indispensável. Em gestantes, o esquema preferencial deve considerar a associação de AZT, 3TC e NFV nas mesmas doses acima indicadas. Não se recomenda o uso da nevirapina ou de outros análogos não nucleosídeos nessas situações.

QUADRO 9 - PROFILAXIA DO HIV PARA MULHERES ADULTAS, ADOLESCENTES E GESTANTES	
ZIDOVUDINA	300mg VO a cada 12 horas café e jantar +
LAMIVUDINA	150mg VO a cada 12 horas café e jantar +
NELFINAVIR	750mg VO a cada 8 horas café, almoço e jantar ou 1250mg VO a cada 12 horas café e jantar.

4.38 Profilaxia para Crianças

Para as crianças, recomenda-se a associação de AZT e 3TC, com a possibilidade de escolha da terceira droga entre o NFV e o RTV, todas disponíveis em solução oral (**Quadro 10**). A dose de AZT é de 90 a 180mg/m² a cada 8 horas (máximo de 600mg/dia). Para o 3TC, a dose é de 4mg/Kg a cada 12 horas (máximo de 150mg a cada 12 horas). O NFV deve ser usado na dose de 30mg/Kg a cada 8 horas (dose máxima de 750mg a cada 8 horas). Por fim, o RTV é usado de 350 a 400mg/m² a cada 12 horas (dose máxima de 600mg a cada 12 horas).

O **Quadro 10** resume o esquema de administração.

QUADRO 10 - PROFILAXIA DO HIV PARA CRIANÇAS	
ZIDOVUDINA	90 a 180mg/m ² VO a cada 8 horas +
LAMIVUDINA	4mg/Kg VO a cada 12 horas +
NELFINAVIR	30mg/Kg VO a cada 8 horas

4.39 Adesão

A adesão aos anti-retrovirais é um dos fatores principais na redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV, nos casos de profilaxia. A não adesão ao esquema anti-retroviral está diretamente relacionada com o risco de desenvolvimento de resistência viral, de falha da profilaxia e de surgimento de cepas virais multirresistentes.

O termo adesão deve ser observado dentro do contexto no qual a pessoa não apenas obedece a orientações da equipe de saúde, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida. Vários fatores afetam a capacidade de adesão, como aspectos socioeconômicos, grau de escolaridade e qualidade do serviço de saúde. A adesão aos antiretrovirais diminui quanto mais eles interferem nas atividades cotidianas ou nos hábitos alimentares, ou quando acarretam muitos efeitos colaterais. A adesão também é menor se a comunicação e a interação entre a mulher e o(a) profissional de saúde for deficiente ou inadequada. As estratégias para garantir adesão adequada aos anti-retrovirais incluem:

- Adequar o esquema anti-retroviral ao estilo de vida da usuária. Esta é, provavelmente, a medida mais simples e efetiva para melhorar a adesão;
- Identificar as rotinas diárias e, se possível, coincidir a administração dos medicamentos com atividades rotineiras;
- As refeições, geralmente com horários bem definidos, nem sempre funcionam como boa referência para a ingestão dos medicamentos, devido às restrições ou exigências do esquema anti-retroviral e dos hábitos alimentares variáveis das pessoas;
- Sugerir despertadores ou *beepers* para avisar o horário de tomada dos medicamentos; $S.C. (m2) = (Peso \times 4) + 7 \text{ Peso} + 90$ }
- Elaborar junto com a mulher ou responsável, no caso de crianças, uma escala diária dos medicamentos, definindo horários ou atividades relacionadas com as tomadas;
- Manter a mulher bem informada e esclarecer dúvidas em cada consulta;
- Orientar alguém próximo da mulher a acompanhar e apoiar a profilaxia, sempre que possível, e com a concordância da mulher;

- Planejar cuidados e modificações na escala das tomadas em casos de viagens, mesmo que de curta duração.

É importante que a equipe de saúde perceba que determinadas sugestões podem ser mais apropriadas para algumas pessoas do que para outras. Porém, independentemente das estratégias adotadas, a forma mais efetiva de conseguir adesão adequada é motivar e envolver a pessoa no seu tratamento, utilizando-se medidas práticas, fazendo ajustes necessários e oferecendo permanente apoio.

4.40 Aconselhamento

O aconselhamento, como processo de escuta ativa, permite estabelecer relação de confiança entre os interlocutores e facilita a superação da violência sexual. O apoio emocional permite que a pessoa entre em contato com a equipe de saúde, de maneira menos defensiva, e possa iniciar o processo de elaboração do ocorrido dentro de suas possibilidades. Também permite minimizar o dano emocional, otimizar as profilaxias disponíveis e aderir ao tratamento. Nesse momento, é imprescindível que o(a) profissional de saúde disponha de tempo para ouvir a mulher e promover ambiente de confiabilidade e empatia. Além das medidas de aconselhamento específicas para a adesão aos anti-retrovirais, o aconselhamento deve incluir outras questões:

- A mulher em situação de violência sexual deve ser informada que não há segurança ou garantia absoluta de que a profilaxia funcionará. Considerando a possibilidade, mulheres e adolescentes devem ser orientadas a usar os preservativos masculino ou feminino em todas as relações sexuais, caso retomem a atividade sexual, durante o período de seis meses da data da violência. Esse tempo está condicionado aos resultados finais das sorologias para o HIV e para a hepatite B e C. A medida visa a proteger o parceiro na eventualidade de transmissão das DST não virais, hepatites ou HIV;
- Considerar os possíveis impactos de um resultado positivo e identificar alternativas de apoio familiar e social;

- No caso da investigação do HIV, é necessário reforçar para a mulher que os resultados iniciais, quando negativos, não são definitivos e não a dispensam da realização de exames futuros nos períodos indicados;
- Mulheres em situação de violência sexual que estejam amamentando deverão ser orientadas a suspender o aleitamento durante a quimioprofilaxia antiretroviral, pela possibilidade de exposição da criança aos anti-retrovirais (passagem pelo leite materno) e também para evitar o risco de transmissão vertical.

4.41 Interações Medicamentosas

O uso concomitante de outras drogas com os anti-retrovirais podem apresentar risco potencial de interação medicamentosa, a exemplo dos tuberculostáticos, hipnóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes.

4.42 Reações Adversas

A paciente que inicia profilaxia anti-retroviral deve ser orientada a procurar atendimento assim que surjam quaisquer sintomas ou sinais clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa. Os sintomas em geral são inespecíficos, leves e autolimitados, como efeitos gastrintestinais, cefaléia e fadiga. As alterações laboratoriais são usualmente discretas, transitórias e pouco frequentes.

Na presença de intolerância medicamentosa, a paciente deve ser reavaliada para adequação do esquema terapêutico. Na maioria das vezes, não é necessária a interrupção da profilaxia, podendo ser necessária a utilização de medicações sintomáticas, a exemplo dos antieméticos ou antidiarréicos. Nessa reavaliação, esquemas alternativos de anti-retrovirais podem, eventualmente, ser necessários na tentativa de se manter a profilaxia durante as quatro semanas.

Fluxograma para uso do Teste Rápido Anti-HIV em Violência Sexual

Violência sexual com exposição de risco de infecção pelo HIV

Teste rápido anti-HIV no agressor com
aconselhamento prévio
Teste reagente
Teste não reagente
Não iniciar
quimioterapia
Iniciar quimioprofilaxia
para HIV na vítima
Encaminhar vítima para
acompanhamento
clínico-ambulatorial

A coleta imediata de sangue e de amostra do conteúdo vaginal realizada no momento de admissão da mulher que sofre violência sexual é necessária para estabelecer a eventual presença de DST, HIV ou hepatite, prévias à violência sexual. A realização de teste anti-HIV nos serviços de emergência deve ser feita após aconselhamento e consentimento verbal da mulher, devendo seguir o fluxograma de detecção de anticorpos anti-HIV.

A realização de hemograma e transaminases são necessárias somente para mulheres que iniciem a profilaxia com anti-retrovirais. O apoio laboratorial é fundamental para auxiliar no diagnóstico e investigação das DST/HIV/Hepatites. No entanto, o diagnóstico final deve ser o resultado dos achados do exame clínico e do exame ginecológico associados aos testes complementares. As instituições de referência devem ter acesso à assistência laboratorial para a execução dos exames recomendados (**Quadro 11**) e de outros que, a critério clínico, possam ser necessários.

QUADRO 11 - ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL
A avaliação do conteúdo vaginal compreende a coleta de material para a realização de exame bacterioscópico e de cultura da secreção vaginal e, eventualmente, biologia molecular, com investigação endocervical para o gonococo, clamídia e HPV, quando houver suporte laboratorial.
Conteúdo vaginal
Sífilis (VDRL ou RSS)
Anti-HIV
Hepatite B
Hepatite C
Transaminases
Hemograma

4.43 Admissão 2 Semanas 6 Semanas 3 Meses 6 Meses

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

O problema se agrava na medida em que parte importante das mulheres ainda não tem acesso a serviços de saúde que realizem o abortamento, mesmo quando previsto e permitido pela legislação. Por falta de informação sobre seus direitos ou por dificuldade de acesso a serviços seguros, muitas mulheres, convencidas de interromper a gestação, recorrem aos serviços clandestinos de abortamento, freqüentemente em condições inseguras e com graves conseqüências para a saúde, incluindo-se a morte da mulher.

No plano internacional, as Conferências das Nações Unidas, das quais o Brasil é signatário, reconhecem a importância do problema no campo da saúde e da autodeterminação sexual e reprodutiva. Segundo a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, Viena (1993), *os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais.*

No mesmo sentido, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo (1994), e a Conferência Mundial sobre a Mulher, Beijing (1995), afirmam que os direitos reprodutivos são fundamentais para os direitos humanos. Incluem o direito de todo casal e indivíduo a ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência. Na conferência de Cairo, acrescenta-se que *em circunstâncias em que o aborto não é contra a lei, o sistema de saúde deve treinar e equipar os provedores de serviços de saúde e deve tomar outras medidas para assegurar-se de que tais abortos sejam seguros e acessíveis.*

A importância específica dos serviços de saúde, dentro desse contexto, é destacada pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ONU, 1979) e pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (OEA, 1994). A prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas conseqüências são de alta prioridade para profissionais de saúde. Às mulheres deve ser garantido o acesso à informação e orientação humana e solidária; ao abortamento previsto em lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortamentos; e ao planejamento reprodutivo pós abortamento para, inclusive, evitar abortamentos repetidos.

4.44 Alternativas Frente à Gravidez Decorrente de Violência Sexual

A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940, art. 128, inciso II, do Código Penal.

Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação. Nessa

última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção.

4.45 Aspectos Legais

De acordo com o Decreto-Lei n.º 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo. 128, inciso II, do Código Penal, o abortamento é permitido quando a gravidez resulta de estupro ou, por analogia, de outra forma de violência sexual. Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito à integral assistência médica e à plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva.

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O Código Penal afirma que a palavra da mulher que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como presunção de veracidade. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à polícia ou à Justiça. O(a) médico(a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis conseqüências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual. Segundo o Código Penal, artigo. 20, § 1º, *é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima*. Se todas as cautelas procedimentais foram cumpridas pelo serviço de saúde, no caso de verificar-se, posteriormente, a inverdade da alegação, somente a gestante, em tal caso, responderá criminalmente.

4.46 Consentimento

Segundo o Código Penal, é imprescindível o consentimento por escrito da mulher para a realização do abortamento em caso de violência sexual, que deve ser anexado ao

prontuário médico. O Código Civil estabelece que, a partir dos 18 anos, a mulher é considerada capaz de consentir sozinha para a realização do abortamento. Entre 16 e 18 anos, a adolescente deve ser assistida pelos pais ou pelo representante legal, que se manifestam com ela. Se a adolescente ou criança tem idade menor que 16 anos, deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal, que se manifestam por ela.

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

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

4.47 Objeção de Consciência

Segundo o art. 7 do Código de Ética Médica, *"o médico deve exercer a profissão com ampla autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais a quem ele não deseje, salvo na ausência de outro médico, em casos de urgência, ou quando sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente"*. O artigo. 21 acrescenta que é direito do(a) médico(a) *"indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no país"*. Também é

direito do(a) médico(a), art. 28, "*recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência*". No entanto, é vedado ao médico(a) "*descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento*", conforme o artigo. 43.

Assim, é garantido ao(à) médico(a) a objeção de consciência e o direito de recusa em realizar o abortamento em casos de gravidez resultante de violência sexual. No entanto, é dever do(a) médico(a) informar à mulher sobre seus direitos e, no caso de objeção de consciência, deve garantir a atenção ao abortamento por outro(a) profissional da instituição ou de outro serviço. Não se pode negar o pronto-atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional e os direitos humanos das mulheres.

Cabe ressaltar que não há direito de objeção de consciência em algumas situações excepcionais: 1) risco de morte para a mulher; 2) em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro(a) profissional que o faça; 3) quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional; 4) no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência. É dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que não manifestem objeção de consciência e que realizem o abortamento previsto por lei. Caso a mulher venha sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica, em decorrência da omissão, poderá recorrer à responsabilização pessoal e/ou institucional.

Sob a perspectiva da saúde, abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana de gestação, e com produto da concepção pesando menos que 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado pelo abortamento. O abortamento é considerado inseguro quando praticado em condições precárias e inadequadas, por pessoal com insuficiente habilitação, ou ambas as condições. Nesses casos, o abortamento relaciona-se com taxas elevadas de mortalidade, com cerca de 13% das mortes relacionadas maternas. Também acarreta condições de morbidade que, muitas vezes, comprometem a saúde reprodutiva da mulher. Por outro lado, se realizado em ambiente apropriado, com técnica adequada, e com profissionais de saúde capacitados, o abortamento induzido é procedimento considerado seguro, com riscos muito pequenos se comparado com outros procedimentos médicos.

Para garantir o abortamento seguro para as mulheres em situação de gravidez decorrente de violência sexual, que assim o solicitem, é necessário que existam suprimentos e equipamentos adequados, aplicação de técnicas corretas e capacitação dos(as) profissionais de saúde. Além disso, o cumprimento de algumas medidas e cuidados simples é fundamental para que o abortamento seja oferecido de forma segura e acessível para a mulher nos serviços de saúde.

4.48 Determinação da Idade Gestacional

A estimativa da idade gestacional deve ser feita em semanas, calculadas a partir da data da última menstruação (DUM) conhecida e de certeza. O cuidadoso exame bimanual da pelve pode determinar o volume uterino e os sinais de gravidez a partir da 6^a a 8^a semana de gestação. O exame de ultra-sonografia é o método mais preciso e adequado para confirmar a idade gestacional e, sempre que disponível, deve ser utilizado.

Determinar a idade gestacional é importante para a escolha do método do abortamento e para estabelecer a concordância entre a idade gestacional e o período da violência sexual. Além disso, o exame clínico e a ultra-sonografia são necessários para afastar a ocorrência de gravidez ectópica ou de gestação molar. Sempre que possível, o exame de ultra-sonografia deve ser realizado em local ou horário diferente daquele utilizado para o atendimento pré-natal, evitando constrangimento e sofrimento para a mulher. O mesmo cuidado deve ser tomado durante o exame, evitando-se comentários desnecessários sobre as condições fetais.

4.49 Condições Preexistentes

A história clínica e o exame físico são essenciais para conhecer as condições de saúde da mulher e identificar doenças preexistentes que possam interferir na realização da interrupção da gravidez. Antecedentes de transtornos da coagulação ou de reações alérgicas a medicamentos devem ser investigados. Doenças preexistentes e medicamentos em uso também devem ser considerados. A determinação do tipo sanguíneo, do fator Rh e

hemograma devem ser procedimentos de rotina. Outros exames complementares pré-operatórios podem ser solicitados, quando necessário.

4.50 Métodos de Interrupção até 12 Semanas de Idade Gestacional

Para a interrupção da gravidez de até 12 semanas de idade gestacional, o método de escolha é a aspiração a vácuo intra-uterina, segundo a Organização Mundial de Saúde e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). A aspiração a vácuo é procedimento muito seguro, rápido e eficiente. As complicações são excepcionais e, raramente, de gravidade relevante. Incluem a infecção, o esvaziamento incompleto, sangramento excessivo, ou perfuração uterina. A Aspiração Elétrica a Vácuo (AEV) utiliza bomba de vácuo de fonte elétrica, o que torna o equipamento menos prático e de maior custo. A Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) é procedimento que utiliza cânulas flexíveis de Karman com diâmetros entre 4 e 12mm, acopladas a seringa com vácuo de 60cc, promovendo a raspagem e aspiração simultânea da cavidade uterina. A técnica pode ser realizada, grande parte das vezes, sem necessidade de dilatação cervical em gestações iniciais. Nas gestações de maior idade gestacional, geralmente é precedida de dilatação do colo de útero, com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar.

A curetagem uterina utiliza curetas de diferentes formas e dimensões após a dilatação do colo de útero, com dilatadores de Deniston ou Velas de Hegar, resultando na raspagem da cavidade uterina. O procedimento pode também utilizar outros instrumentos específicos, como a pinça de Winter, auxiliar na extração do conteúdo uterino. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido, curetas e pinças oferecem maior risco de acidentes, principalmente o de perfuração do útero e de sangramento excessivo durante o procedimento. A curetagem uterina deve ser usada apenas quando a aspiração a vácuo não estiver disponível. Recomenda-se que os gestores de saúde capacitem os(as) profissionais de saúde para substituir a curetagem uterina pela aspiração a vácuo.

A administração o misoprostol isoladamente, como método de interrupção da gravidez nas primeiras 12 semanas de idade gestacional, é opção a ser considerada em circunstâncias especiais. O procedimento é mais demorado, possivelmente mais doloroso, e

com efeitos gastrointestinais mais frequentes. A escolha da dose varia em diferentes experiências. As evidências sugerem dose de 800µg por dia, via vaginal, durante dois dias, com três possíveis esquemas: a) 800µg dose única, a cada 24 horas;

b) 400µg a cada 12 horas; e c) 200µg a cada 6 horas. Embora outras vias de administração possam ser empregadas, deve-se preferir a via vaginal, umedecendo os comprimidos com água e aplicando-os nos fundos de saco laterais da vagina.

A mulher que eventualmente decida pelo uso do misoprostol deve ser informada das limitações e efeitos do método. O risco de sangramento excessivo deve ser discutido com a mulher, que poderá aguardar pela conclusão do abortamento até 24 horas depois da última dose, em regime de internação ou em sua residência. Após esse período, o esquema pode ser repetido ou mudar o tratamento para aspiração ou curetagem, dependendo da decisão da mulher e das condições clínicas. Alternativas como o mifepristone (RU 486) e outros métodos de abortamento farmacológico não estão disponíveis para uso no Brasil.

4.51 Métodos de Interrupção após 12 Semanas de Idade Gestacional

No segundo trimestre, o abortamento farmacológico constitui método de eleição. Para as gestações com mais de 12 e menos de 20 semanas de idade gestacional, recomenda-se a utilização do misoprostol para a dilatação cervical e a expulsão ovular. A mulher deve permanecer, obrigatoriamente, internada até a conclusão da interrupção, completando-se o esvaziamento uterino com curetagem nos casos de abortamento incompleto. Assim como nas gestações iniciais, as doses utilizadas de misoprostol variam em diferentes investigações.

Entre os esquemas disponíveis, recomenda-se administrar 200µg via vaginal a cada 12 horas, durante 48 horas. O tratamento pode ser repetido após intervalo de três a cinco dias, em caso de insucesso. A aspiração intra-uterina e a curetagem não são recomendadas como métodos de interrupção de gestações com mais de 12 semanas. Métodos cirúrgicos maiores devem ser reservados para situações excepcionais e a histerectomia deve ser abolida como método de abortamento em qualquer hipótese.

4.52 Gestações com mais de 20 Semanas de Idade Gestacional

Não se recomenda a interrupção da gravidez após 20 semanas de idade gestacional. A mulher deve ser informada da impossibilidade de atender a solicitação e aconselhada ao acompanhamento pré-natal especializado, facilitando-se o acesso aos procedimentos de adoção, se assim o desejar.

4.53 Preparação do Colo do Útero

Em gestações entre nove e 12 semanas, a preparação ou maturação do colo do útero torna o procedimento de esvaziamento uterino (aspiração a vácuo ou curetagem) mais rápido e com menor risco de complicações imediatas. O método é particularmente desejável para nulíparas e adolescentes. Recomenda-se utilizar dose única de 200 a 400µg de misoprostol, via vaginal, 3 a 4 horas antes do procedimento.

4.54 Alívio da Dor

É fundamental que a equipe de saúde garanta alívio apropriado para a dor em cada tipo de procedimento de interrupção de gravidez. A inadequação do controle da dor provoca sofrimento desnecessário e injustificado, e aumenta o dano emocional e o risco de complicações. Em todos os tipos de abortamento, seja na indução farmacológica, seja no esvaziamento uterino, deve-se proceder com escolha criteriosa do método de alívio da dor. A decisão deve considerar as condições clínicas de cada mulher, que deve ser apoiada e estimulada a participar da escolha.

O nível de dor durante o abortamento depende de muitos fatores. A fragilidade emocional da mulher em situação de violência sexual limita o uso de alternativas de alívio da dor utilizadas, com sucesso, em outras situações de abortamento.

Geralmente, são necessárias medidas de maior intervenção, que utilizem procedimentos específicos de anestesia ou analgesia. Nesses casos, além de respeitar a escolha da mulher, devem ser consideradas as características e experiências de cada serviço.

A escolha de anestesia geral deve ser reservada a provedores de saúde capacitados e equipados.

Em condições favoráveis, mulheres que apresentem gestações iniciais e com satisfatória interação com a equipe de saúde podem ser tratadas com apoio verbal e anestesia paracervical, especialmente nos casos de indicação e disponibilidade da técnica de AMIU. A anestesia local ou bloqueio paracervical é realizada utilizando-se lidocaína a 1%, sem vasoconstritor, injetando-se lentamente o anestésico na transição do colo com a mucosa vaginal, às 5 e 7 horas, com agulha calibre 23 ou de insulina, a uma profundidade de 3-5mm, na quantidade de 3-8ml em cada ponto, com o cuidado de evitar a injeção intravenosa do anestésico. A associação de drogas tranqüilizantes, como o diazepam ou midazolam, é desejável quando há elevada ansiedade.

Nas situações em que a idade gestacional é superior a 12 semanas, o uso de analgésicos narcóticos, petidina ou morfina, pode ser necessário durante o período de indução do esvaziamento uterino, para alívio da dor provocada pela contração uterina e dilatação cervical. A equipe de saúde deve estar atenta para possíveis efeitos adversos, principalmente a depressão respiratória. Caso o esvaziamento ocorra de forma incompleta, os mesmos cuidados rotineiros devem ser tomados para o alívio da dor durante a curetagem ou aspiração complementar.

4.55 Informações e Orientações

Informações claras e acessíveis devem ser dadas para a mulher que realiza a interrupção da gravidez, respeitando-se os princípios de confidencialidade e privacidade. A equipe de saúde deve prover essas informações de forma sensível, considerando as condições emocionais de cada mulher. Ela deve ser esclarecida sobre o que será feito, medidas para alívio da dor, tempo do procedimento e de permanência no serviço, segurança do procedimento e riscos envolvidos. Manifestações de dúvidas e receios podem ocorrer e a equipe de saúde deve expressar consideração a cada questionamento, oferecendo resposta para cada uma delas.

4.56 Profilaxia de Infecção

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

4.57 Cuidados de Coleta e Guarda de Material

Recomenda-se que amostras do material embrionário ou placentário do abortamento induzido sejam guardadas para eventual investigação de DNA, mediante solicitação do Poder Judiciário. Recomenda-se que, sempre que possível e disponível, uma parte do material seja encaminhada para exame de anatomia patológica para afastar a possibilidade de gestação molar.

4.58 Isoimunização pelo Fator RH

Não há evidências conclusivas que assegurem a necessidade de imunização passiva de todas as mulheres Rh negativas após o abortamento induzido do primeiro trimestre. Nos serviços em que a medida é prática de rotina, deve-se administrar 1 ampola de imunoglobulina anti-Rh até 72 horas da interrupção da gravidez para as mulheres com teste de Coombs indireto negativo. O mesmo deve ser feito para a interrupção das gestações no segundo trimestre.

4.59 Alta Hospitalar e Seguimento

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

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

A identificação de achados que constituam provas médico-legais é de grande importância na violência sexual, tanto para a comprovação do crime, como para a identificação do agressor. Cerca de 95% dos agressores não são condenados por falta de provas materiais, muitas vezes exigidas pela Justiça.

Material do conteúdo vaginal, anal ou oral deve ser coletado por meio de *swab* ou similar, sendo acondicionado em papel filtro estéril e mantido em envelope lacrado, preferentemente em ambiente climatizado. Nos serviços que dispõem de congelamento do material, a medida poderá ser adotada.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho monográfico teve como objetivo apresentar as divergências na polêmica do aborto na gravidez decorrente de estupro dentro da legislação vigente. Foi analisado sob o prisma jurídico, visto ser o aborto considerado não só como a interrupção da gravidez com a morte do feto, mas também como crime doloso praticado contra a vida humana. O Código Penal em seu artigo 124 afirma ser a gestante o sujeito ativo e o feto o passivo, tornando assim o aborto um crime especial ou próprio.

As várias definições dos tipos de abortos foram tratados de forma sucinta e qualificados na legislação penal, dando ênfase ao aborto humanitário ou sentimental, assim chamados por serem decorrentes de uma gravidez causada por violência sexual.

Mostrou a obscuridade do Código Penal em relação ao direito à vida, da mulher como cidadã, que além de sofrer a violência, ainda precisa comprová-la para garantir seus direitos de acordo com sua vontade. Neste contexto, concluiu-se que o médico torna-se Juiz deste acontecimento, cabendo a ele decidir se houve ou não a violência sexual e após obter o consentimento da gestante ou, sendo incapaz, de seu representante legal, executar a sentença devida.

A apresentação de diversos projetos para a regulamentação do aborto legal no Brasil levanta a discussão na sociedade de que para alguns a vida começa na concepção, outros só após o nascimento, para esses até mesmo a norma civil que resguarda os direitos do nascituro se torna ineficaz. Há a premissa que a mulher tem o direito de dispor de seu corpo da forma que achar correta, assim não se vê o bebê como um ser independente.

O estudo mostra a responsabilidade do Ato do médico, no aborto de uma gravidez decorrente de estupro, que sendo amparado por lei não é considerado ilícito, quando há comprovação da violência sexual. Mas o profissional assume grande responsabilidade ao decidir se uma vida poderia deixar de vir ao mundo. Vimos que este ato inebriado do zelo e cuidado que se exige nesta ocasião, engrandece e de certo modo valoriza a postura e conduta do profissional da medicina. Vimos ainda o cuidado do legislador ao frisar que a pessoa apta a realizar esse ato, a qual a lei ampara, é somente o médico

No Brasil existem apenas duas circunstâncias em que o aborto é legal: quando a gravidez coloca a vida da mãe em risco e nos casos da gravidez fruto de estupro, sendo necessário em ambos a comprovação legal do médico. O consentimento da gestante ou de seu representante legal, por escrito ou perante testemunhas idôneas, só é necessário no aborto sentimental, é dispensável no necessário.

Ao longo deste estudo, apresentamos opiniões de diversos juristas, que fundamento na lei, estipularam as regras para esses procedimentos, percebe-se que foram necessárias mudanças na forma de pensar para tornar possíveis essas realizações e muita discussão sobre sua legalidade ou necessidade e se estes atos devem ou não ser considerados crimes.

Em seguida discutiu-se a responsabilidade civil do médico, que entre suas obrigações deve prestar atendimento necessário ao paciente, mas pode se recusar a realizar um aborto consentido por ação judicial, apesar de seu ato ser lícito, ele poderá se negar a praticá-lo, por se observar o Código de Ética Médica ou mesmo por razões morais ou religiosas.

Finalizando o estudo da equipe profissional de saúde, sugeriu-se como deve ser a postura do demais profissionais da saúde, aos quais cabe orientar e encaminhar ao profissional médico a pessoa que necessitar de atendimento, pois somente o médico está capacitado para realizar com segurança um aborto.

Foi feita a descrição das Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes de violência sexual contra mulheres e adolescentes, norma esta que tem por um de seus objetos regulamentar o aborto realizado pelo Sistema Único de Saúde. Esta Norma Técnica teve sua primeira edição em 1998, e foi reeditada em 2005 pelo Ministro Humberto Costa, trazendo como principal e polêmica mudança a inexigibilidade de Boletim de Ocorrência na comprovação da violência sexual sofrida pela mulher ao adolescente.

Este trabalho não objetivou posicionar contra ou a favor do aborto da gravidez oriunda de estupro, e nem tão pouco limitar a discussão sobre os Atos praticados pelo médico. Mas sim, mostrar uma pesquisa sintética das mais diversas opiniões a cerca do tema, ocasionando assim um crescimento intelectual e até mesmo humano daqueles que tiverem contato com este trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABORTO legal. **implicações éticas e religiosas**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2002.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Educational bulletin: adolescent victims of sexual assault**. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, [s.l.], v. 64, p. 195-199, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4^a ed.** Washington: American Psychiatric Association, 1994.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA. **Abuso sexual: mitos e realidade**. Petrópolis: Autores & Agentes Associados, 1997.

BELLAGIO. **Conference on emergency contraception: consensus statement on emergency contraception**. *Contraception*, [s.l.], v. 52, p. 211-213, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília, 1996.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Direito Penal**. Vol 2. Editora Saraiva , 2003.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Public health service guidelines for the management of health-care worker exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis**. *MMRW*, [s.l.], v. 47, n. 7, p. 1-33, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Código de ética**: resolução CFM nº 1.246. Brasília: Diário Oficial da União, 1988.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. **Juramento de Hipócrates, 450 aC** Disponível no site: http://biblioteca.cremepe.org.br/downloads/Codigo_Etica_Estudante.doc. Acesso em: 15/10/07.

CONSÓRCIO PARA A ATENÇÃO PÓS-ABORTO. **Atenção pós-aborto: um manual de referência para melhorar a qualidade de atenção**. Baltimore: The Postabortion Care Consortium, 2000.

COSMOPOLITAN. Revista Feminina. Artigo de revista. NOVA. Ano 29, nº 6. 2001.

COELHO, Walter. **Teoria geral do crime**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris, 1991.

COSTA JÚNIOR, Paulo José. **Comentários ao Código penal**. São Paulo: Saraiva, 1986.

COSTA, Humberto. **Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**. 2005. Disponível no site: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE->

4891D36903553A3174%7D/%7B250B896C0A890410D5285F41C%7D/Manual%20violencia%202005.pdf. Acesso em: 05/11/07.

CRUZ, Luiz Carlos da. **O salto triplo do ministro José Serra**. Padre presidente do comitê pró vida de Anápolis (GO). Disponível no site:

<http://agata.ucg.br/formularios/ucg/institutos/nepjur/pdf/aspectosjuridicosdasintervencoesmedicocirurgicas.pdf>. Acesso em: 22/09/07.

DAMASIO E. Jesus. **Direito penal**. 23 ed. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 121.

DELMANTO, C. et al. **Código penal comentado**. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil. Responsabilidade civil**, 11 ed. atualizada, 1989.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado S.A., 1993.

FUHRER, Maximilianus C.A. **Resumo de Direito Penal**. 3º ed. Coleção 11, Malheiros Editores, 2004.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLGIA E OBSTETRÍCIA. **Anticoncepção: manual de orientação**. [S.l.], 1997.

FEDERIGHI, Wanderley José de. **O Aborto**. O Jornal, O Estado de São Paulo, 30 mar. de, seção Tribunais, 1986, p. 40.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO NA LEI, 1. **Femina**, v. 25, p. 1-8, 1997.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO NA LEI, 3. **Femina**, v. 27, p. 317-321, 1999.

FÓRUM INTERPROFISSIONAL SOBRE O ATENDIMENTO AO ABORTO PREVISTO NA LEI, 2. **Femina**, v. 26, p. 134-138, 1998.

GOSTIN, O. L. et al. **HIV testing, counseling, and prophylaxis after sexual assault**. *JAMA*, [s.l.], v. 271, n. 18, p. 1436-1444, 1995.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. **Violence against women: the hidden health burden**. Washington: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 1993.

HUMAN RIGHTS WATCH. **Injustiça criminal: a violência contra a mulher no Brasil**. EUA: Americas Watch, 1992.

HUNGRIA, Nelson, FRAGOSO, Heleno. **Comentários ao código penal**. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense, Informativo do Conselho Federal de Medicina. Ano XV, nº. 119/120, 1978.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. **Diagnostic and treatment guidelines on child sexual abuse**. Chicago, 1992. 69.

JENNY, C. et al. **Sexually transmitted diseases in victims of rape.** The New England Journal of Medicine, [s.l.], v. 322, n. 11, p. 713-71, 1990.

JESUS, Damásio E. de. **Direito penal.** São Paulo: Saraiva, 1999.

LEMOS, Ricardo T. **Essência do Direito penal.** ed. Bandeirante, 1998.

MAGALHÃES, Délio. **Causa de exclusão de crime.** São Paulo: Saraiva, 1968. p. 129.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito penal.** São Paulo: Atlas, 1998.

NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. **Child sexual abuse: incest, assault and exploitation:** special report. Washington: Children's Bureau, 1978.

NATIONAL VICTIM CENTER, CRIME VICTIMS RESEARCH AND TREATMENT CENTER. **Rape in America: a report to the nation.** South Carolina: Dept. of Psychiatry and Behavioral Sciences, 1992.

NUNES, Luiz Antônio Rizzato. **Manual da monografia jurídica.** 2 ed. São Paulo: Saraiva.

OLIVEIRA, Olga Maria Boschi Aguiar de. **Monografia jurídica.** Porto Alegre: Síntese, 2001. Responsabilidade Civil (Atividade Médico-Hospitalar) Jurisprudência, 3 ed: Esplanada.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível no site:

<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF3AE891D36903553A3174%7D/%7B250B896C0A890410D5285F41C%7D/Manual%20violencia%202005.pdf>.

Acesso em: 05/11/07.

PIMENTEL, S.; SCHRITZMEYER, A. L. P.; PANDJIARJIAN, V. **Estupro: crime ou "cortesia"?** abordagem sociojurídica de gênero. Porto Alegre: SAFE, 1998.

PEREIRA. Caio Mário da Silva. **Responsabilidade civil.** Rio de Janeiro:Forense, 1999.

PRADO, Luiz Regis do; BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Código penal anotado,** São Paulo: revista dos tribunais,1997.

RODRIGUES, Silvio. **Direito civil. Responsabilidade civil.** 12 ed. 1989.

SALLES Júnior, Romeu de Almeida. **Curso Completo de Direito Penal.** 7 ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

TOURINHO Filho, Fernando da Costa. **Processo,** 17 ed: Saraiva, 1995.

SIMPOSIO NACIONAL DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, 2002, Bolivia. *Un problema de ética y justicia.* La Paz: Ipas Bolivia, 2002.

TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS OF FERTILITY REGULATION. **Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception.** *Lancet.*, [s.l.], v. 352, p. 428-433, 1998.

THE POPULATION COUNCIL. **Relatório final da I oficina brasileira sobre a anticoncepção de emergência.** Campinas: The Population Council, 1996.

TORRES, J. H. R. **Aspectos legais do abortamento.** *Jornal da Redesaúde*, [s.l.], n. 18, p. 7-9, 1999.

UNITED NATIONS. **Declaration on the elimination of violence against women.** New York: General Assembly United Nations, 1993.

VILLELA, W.; OLIVEIRA, M. J. A. **Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice.** *Reproductive Health Matters*, v. 8, n. 16, p. 77-82, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complications of abortion:** technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, 1995.

YOSHIHAMA, M.; SORENSON, S. B. **Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experience of women in Japan.** *Violence Vict.*, [s.l.], v. 9, p. 63-77, 1994.