

# **Protocolo de Atendimento às Vítimas de Agressão Sexual**

**Atualizado: 15/03/2016**

## **INTRODUÇÃO**

A violência sexual é fenômeno universal que atinge indistintamente mulheres de todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, em espaços públicos ou privados, e em qualquer etapa da vida da mulher.

Segundo Drezett, 2002, apesar de desconhecida a verdadeira incidência dos crimes sexuais, estima-se que afetem 12 milhões de pessoas em todo o mundo. Apenas nos EUA, calcula-se que cerca de 680 mil mulheres são estupradas e que 200 mil crianças são sexualmente abusadas, a cada ano. Todos os estudos consistentes desnudam proporções assustadoras, remetendo o abuso sexual à condição de complexo problema de saúde pública.

Considera-se Violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou ameaçador, 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 (OMS, 2002).

A violência contra a mulher é referida de diversas formas desde a década de 50. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois passa a ser referida como violência contra a mulher. Nos anos 80, é denominada como violência doméstica e, na década de 90, os estudos passam a tratar essas relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero.

A violência contra as mulheres, apresentada de forma multifacetada, é sofrida em todas as fases da vida; muitas vezes, iniciando-se ainda na infância, acontece em todas as classes sociais. A violência cometida contra mulheres no âmbito doméstico e a violência sexual são fenômenos ainda cercados pelo silêncio e pela dor.

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:** todo ato ou omissão praticado pelos pais, parentes ou responsáveis, contra crianças ou adolescentes que causa à vítima dor ou dano de natureza física, sexual ou psicológica. Então a violência doméstica ou maus tratos inclui a negligência, o abandono, violência psicológica, a violência física e o abuso sexual.

**ABUSO SEXUAL:** quando alguém usa a criança ou adolescente com a finalidade de obter prazer sexual. Este termo não está presente no Código Penal mas sim nos livros de Medicina Legal e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

O abuso sexual pode ocorrer com contacto físico (estupro, AVP) ou sem contacto físico (assedio sexual, abuso sexual verbal, exibicionismo, “voyeurismo” e pornografia). Essa forma de violência pode ser intrafamiliar, extrafamiliar ou institucional. O abuso sexual ocorre geralmente dentro de casa, local onde a vítima deveria sentir-se protegida, e o incesto é uma das manifestações mais perversas deste tipo de violência, em especial quando acompanhado de gravidez precoce. A maior concentração de casos ocorre entre sete e 14 anos, mas também pode envolver crianças de cinco anos ou menos. As relações de afinidade e consanguinidade geram complacência de outros membros da família inclusive da mãe. O abusador tem poder amplo com altos índices de impunidade.

Definições em termos legais, presentes no Código Penal:

**ESTUPRO:** 7/8/2009 - Lei 12.015

- **Art. 213:** Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: Pena - reclusão, de 6 a 10 anos.

- § 1º Se resultar lesão corporal de natureza grave ou se a vítima for menor de 18 ou maior de 14 anos: pena de reclusão, de 8 a 12 anos

- § 2º Se resultar morte: pena de reclusão, de 12 a 30 anos

- **Art. 217-A:** Estupro de Vulnerável - é a conjunção carnal ou o ato libidinoso com o menor de 14 anos: Pena de reclusão, de 8 a 15 anos.

Para a saúde, os danos e os agravos do abuso sexual são expressivos e complexos, com particular impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. Entre eles, a gravidez decorrente do estupro se destaca pela multiplicidade de reações e sentimentos que provoca, tanto para a vítima como para a sociedade. Geralmente é encarada como segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres. Os traumatismos físicos, genitais ou extragenitais, embora verificados na menor parcela dos casos, assumem gravidade alarmante para algumas vítimas, particularmente as crianças. Casos extremos podem terminar em morte, freqüentemente por asfixia mecânica, expressão máxima do exercício do poder masculino.

Entre 25 a 50% das sobreviventes da violência sexual são infectadas por uma DST, somando severas conseqüências físicas e emocionais. Ainda que reconheçam todas essas repercussões, cerca de 80% das vítimas de violência sexual refere ter como principal preocupação a possibilidade de se infectar com o HIV (Drezett J, 2002).

Justifica-se essa inquietação apesar dos poucos estudos bem conduzidos indicando a possibilidade de soroconversão entre 0,8 e 1,6%, risco comparável ao observado em outras formas de exposição sexual única, ou mesmo nos acidentes ocupacionais. A interpretação deste dado deve ponderar os múltiplos fatores de risco para a infecção pelo HIV envolvidos nas situações de violência sexual: tipo de violência sofrida, número de agressores, ocorrência de traumatismos genitais, idade da vítima, condição himenal, presença de DST ou úlcera genital prévia e forma de constrangimento utilizada pelo agressor (National Victim Center, 2000).

É fundamental que os serviços de saúde estejam adequadamente preparados, portanto, para avaliar os riscos envolvidos com a violência sexual em cada caso, oferecendo medidas de proteção e intervenção apropriadas. Contracepção de emergência, e proteção medicamentosa contra as DST virais e

não virais são ações de fundamental importância e que devem ser oferecidas e garantidas aos casos ocorridos há menos de 72 horas.

As conseqüências das violências são um problema de saúde pública como as doenças sexualmente transmissíveis, os traumas físicos e psicológicos, além do fato da pessoa abusada ter maior risco de ser uma “abusadora” no futuro. Na esfera emocional, a violência sexual produz efeitos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis.

Por todos esses destaques é imperioso interromper o ciclo da Violência que prejudicará a vida emocional, sexual e reprodutiva das vítimas.

### **Responsabilidade do atendimento**

O atendimento inicial é emergencial, sem regulação ou agendamentos e realizado na Unidade de Emergência (UE) do HCFMRP-USP e o seguimento clínico será realizado no Campus do HCFMRP-USP.

Qualquer paciente que chegar à UE menor de 18 anos, independente do sexo, deve ter o Boletim de Ocorrência (BO) realizado, assim como os pacientes maiores de 18 anos que assim o desejarem. A notificação policial do crime sexual é opcional para maiores de 18 anos, porém obrigatória para os menores de idade.

Faz parte do acolhimento dessas vítimas a possibilidade do BO ser realizada dentro da UE por Policial Civil que tiver disponibilidade de se dirigir até o referido Hospital ou via *fax símile* redigido pelo funcionário do Controle de Leitos da UE-HCFMRP-USP. Esse documento deve ser encaminhado à Delegacia Policial de Plantão ou à Delegacia de Defesa da Mulher (DDM). Essa prática via *fax símile* foi legitimada pelo Delegado Seccional de Ribeirão Preto em exercício no ano de 2005.

Toda vez que um documento policial registrando um crime sexual é gerado, por lei haverá solicitação de exame pericial pelo Delegado que assinou o BO. Sendo assim, quando o BO chega à UE, via *fax símile*, também chegará uma requisição do Delegado para o exame do Médico Legista. Graças a um acordo do HCFMRP-USP

com o Instituto Médico Legal (IML), o médico legista que estiver de plantão no IML deve dirigir-se até a UE para realizar o exame pericial solicitado. Esse procedimento só acontece antes das 9:00h e após às 17:00h. Caso a convocação aconteça entre 9 e 17h a vítima de violência deve dirigir-se ao IML para o exame pericial e a coleta de provas contra o agressor.

Sabe-se que proporcionar a realização de todo processo legal na UE faz parte do verdadeiro acolhimento à vítima de violência sexual. Realizar um único exame num mesmo momento o clínico e o pericial, impedir que o paciente repita sua história de violência em outras instituições diminui o risco de revitimização.

A responsabilidade dos respectivos atendimentos considerando-se o sexo e a idade das vítimas é apresentada a seguir:

1. Para mulheres, inclusive as gestantes, com idade a partir dos 12 anos completos ou àquelas que já tiveram menarca:
  - Médico (a) plantonista do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HCFMRP-USP.
  - Retornos ou consultas seqüenciais deverão ser agendados para a primeira 3ª feira seguinte ao atendimento de urgência, no Ambulatório de Moléstias Infeciosas em Ginecologia (AMIG) às 07h30.
  - Gestantes terão retornos marcados para a 2ª feira às 12h30min, no Ambulatório de Moléstias Infeciosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO).
2. Para crianças de ambos os sexos, menores do que 12 anos completos ou meninas que não tiveram a menarca:
  - Médico (a) plantonista do Departamento de Pediatria do HCFMRPUSP.

- Retornos ou consultas seqüenciais deverão ser agendados para a primeira 5ª feira seguinte ao atendimento de urgência, no Ambulatório de Moléstias Infecciosas Infantis (AMII) às 07h30.

**3.** Para pacientes do sexo masculino a partir dos 12 anos completos:

- Médico (a) plantonista do Departamento de Clínica Médica e plantonista do Departamento de Clínica Cirúrgica - Proctologia - do HCFMRP-USP.
- Retornos ou consultas seqüenciais deverão ser agendados para a primeira 5ª feira seguinte ao atendimento de urgência, no Ambulatório de Moléstias Infecciosas (AMIN) às 07h30.

# **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO SEMIGO - HCFMRP - USP**

**Prof. Dr. Geraldo Duarte**

**Prof. Dr<sup>a</sup>. Silvana Maria Quintana**

**Dr<sup>a</sup>. Patrícia Pereira dos Santos Melli**

## **1º ATENDIMENTO: UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

- Contactar assistente social, médico legista e psicologia/psiquiatria.
- Verificar se a paciente trouxe o Boletim de Ocorrência Policial (BO), ou não pretende prestar queixa à polícia.
- Providenciar BO e requisição para exame do médico legista (Instituto Médico Legal) via controle de leitos do HCFMRP-USP. Lembrar que para menores de 18 anos o BO é obrigatório, assim como o relatório para o Conselho Tutelar/ Juizado de menores.
- História, exame físico e ginecológico minuciosos, anotando na ficha todos os detalhes.
- Tratamento médico-cirúrgico necessário.

## QUIMIOPROFILAXIAS

- 1. Profilaxia contra a Sífilis/Gonorréia:** Ceftriaxona (Rocefin ®) 0,5g – intramuscular.
- 2. Profilaxia contra a Hepatite por vírus B:** Aplicar no músculo deltóide contra lateral ao utilizado para a vacina, até 14 dias da violência.
  - Vacina (Engerix-B®): intramuscular, utilizando o músculo deltóide; e
  - Gamaglobulina: Imunoglobulina hiperimune: 0,06 ml/Kg de peso (intramuscular); ou Gamaglobulina hiperimune normal: IM (uma ampola 320 mg/20 kg).
  - Seguir esquema vacinal: 2ª e 3ª doses (1º e 6º mês respectivamente)
- 3. Profilaxia contra tétano:** quando há contaminação com terra das lesões durante a agressão ou no caso de lesões provocadas por objetos contendo poeira e ou terra, principalmente de solos agriculturados com fezes de animais. Prescrever segundo a situação da vítima.
  - **Imunização Ativa e Passiva**

<u>Imunização Ativa e Passiva</u>	<u>Menos de 3 doses ou ignorado</u>	<u>Três ou mais doses</u>
Toxóide Tetânico	Aplicar o total de 3 doses em intervalo de 2 meses, entre as doses.	Só aplicar 1 dose se estiverem decorridos mais de 10 anos da última dose.
Imunoglobulina antitetânica, IM em local diferente da aplicação do Toxóide Tetânico.	250 UI / ml.	Não é necessária a imunoglobulina.

- **Limpeza e Remoção de Corpos Estranhos**

Após a remoção de corpos estranhos fazer a limpeza e desinfecção com água oxigenada 10 volumes ou solução de permanganato de potássio 1:5000. No caso de lesão na área genital, aguardar deliberação pelo médico legista para fazer o procedimento acima; nesta eventualidade completar o procedimento com o tratamento local.

#### 4. **Profilaxia contra a infecção pelo HIV-1:**

**Antirretrovirais (ARV):** se lesões e traumatismos genitais, penetração vaginal e/ou sexo anal ou oral com ejaculação na boca. Deve-se **utilizar a associação de inibidores das enzimas Transcriptase Reversa e Protease** respectivamente:

- **Tenofovir 300mg + Lamivudina 300mg (comprimido coformulado):**

1 comprimido/dia.

- **Atazanavir 300mg:** 1 comprimido/ dia.
- **Ritonavir 100mg:** 1 comprimido/dia.

**Fornecer receita por 15 dias**

**Essa profilaxia deverá ser realizada até 72 horas da ocorrência.**

5. **Profilaxia para *Chlamydia*, *Mycoplasma* e *Ureaplasma*:** 1,0 g de azitromicina via oral dose única.

- **Colheita de conteúdo vaginal:** Colher amostras para identificação de espermatozoides e exame de DNA: presença do médico legista.

- **Tratamento local** (após avaliação ginecológica, se possível com o legista): lavagem com SF 0,9% ou clorehedine. A embrocação vaginal faz parte da primeira proteção contra gravidez e DST/HIV, a profilaxia mecânica. Quando a paciente chegar ao atendimento na UE entre 9 e 17h, período no qual o perito não se desloca

do IML, a paciente deve ser examinada pelo plantonista da GO, porém não se faz a lavagem da vagina antes da coleta de provas. Sendo assim, a paciente deve ir até o IML para o exame pericial exigido por lei, e retornar à UE para a embrocação vaginal (tentar transporte através do Serviço Social). Importante salientar que **nenhuma** paciente deve ser liberada da UE sem exame físico e ginecológico, nem sem a realização de todas as medicações quimioproláticas bem com a contracepção de emergência.

- **Colher amostras sanguíneas para testes bioquímicos de função renal e hepática além de sorologias contra:**

- Vírus da imunodeficiência humana
- Vírus da hepatite B (HBsAg, HBeAg, Anti-HBcAg, Anti-HbsAg)
- Vírus da hepatite C (anti-HCV)
- VDRL

- **Anticoncepção de Emergência:** Essa profilaxia poderá ser realizada até 100 horas da relação sexual desprotegida (5º dia).

- **PROGESTAGÊNIO:** 1,5 mg de levonorgestrel em 24 horas. Verificar a posologia de acordo com a apresentação do levonorgestrel: 0,75 mg por cp (usar dois cp dose única VO) ou 1,5 mg por cp.

**OU**

- **MÉTODO YUSPE:** Anticoncepcional oral de alta dosagem (associação de 1mg levonorgestrel + 200mcg de etinilestradiol: Evonor ®: dois cp de 12/12 horas)

Proceder a alta da Unidade de Emergência e encaminhar paciente para o SEMIGO/AMIG (HC-Campus), para atendimento na primeira 3ª feira após a ocorrência.

## **ATENDIMENTOS SEQÜÊNCIAS NO SEMIGO**

(primeira 3ª feira após a ocorrência)

- **Completar preenchimento de ficha específica no primeiro retorno no SEMIGO.**
- **Exame colpocitológico e colposcópico.**
- **Verificar resultados sorológicos da paciente.**
- **Repetir a coleta de exames bioquímicos** (TGO, TGP, bilirrubinas, hemograma, uréia e creatinina) para avaliação da eventual hepatotoxicidade dos ARV em uso pela paciente.
- **Fornecer receitas de ARV por mais três semanas**, de acordo com os resultados sorológicos.
- **Profilaxia para vaginites:** metronidazol, secnidazol ou tinidazol: 2,0 gramas via oral, dose única.
- **Datar próximas vacinas para Hepatite B:** 1º e 6º mês, de acordo com as sorologias.
- **Retornos seqüenciais no SEMIGO:**
  - Três e seis meses para seguimento sorológico.
- **1º Atendimento Psicológico-** haverá um seguimento psicológico no ambulatório, conforme orientação específica do profissional da saúde mental responsável pelo caso durante seis meses.

## **OBSERVAÇÕES**

1. Caso na vítima seja detectada sorologia positiva para anti-HIV ou HBsAg suspender as profilaxia com ARV e doses subseqüentes da vacina. Contatar o agressor para atendimento médico.

2. Cuidados recomendados à vítima durante o período de observação para HIV, de pelo menos seis meses iniciais após a violência, mesmo quando na vigência de uso de profilaxia com ARV:

- Usar ou solicitar o uso de preservativo em qualquer tipo de relacionamento sexual (anal e/ou vaginal e/ou oral);
- Não doar sangue ou qualquer outro material orgânico;
- Não amamentar;
- Não compartilhar seringas e agulhas.

3. Notificação Compulsória de Violência Sexual e/ou Doméstica Contra pessoas de Qualquer Idade e Qualquer Sexo. Este preenchimento é feito através da ficha de NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO Individual de Violência Doméstica, Sexual e OUTRAS VIOLÊNCIAS Segundo as Seguintes Leis do Ministério da Saúde do Brasil:

- Lei 10.778/2003: Notificação Compulsória de casos de violência contra mulheres adultas (por extensão a homens adultos).
- Lei 10.741/2003 – Artigo 19: Notificação Compulsória de casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes.

**NOTA:** o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória geralmente é feito por quem atende a vítima de agressão. Se necessário ela será complementada no atendimento seqüencial durante as semanas seguintes à agressão pela equipe do

SEAVIDAS (Serviço de Atendimento à Violência Doméstica e Agressão Sexual) do HCFMRP – USP.

**Bibliografia:**

1. National Victim Center, Crime Victims Research and Treatment Center. Rape in America: A Report to the Nation, 2000.
2. Profilaxia Pós Infecçiosa de Mulheres Estupradas. Texto apresentado para a IV Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em Mulheres e Crianças – Rio de Janeiro, abril de 2002. Prof. Dr. Jefferson Drezett.
3. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Série A. Normas e Manual Técnica Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4, 2006.
4. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV, julho 2015.

