

Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria

Diretoria

Presidente

Edmund Chada Baracat

Vice-Presidente Região Norte

Ione Rodrigues Brum

Vice-Presidente Região Nordeste

Geraldez Tomaz

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

César Luiz Galhardo

Vice-Presidente Região Sudeste

Ricardo Mello Marinho

Vice-Presidente Região Sul

José Geraldo Lopes Ramos

Secretário Executivo

Jacob Arkader

Vice-Secretário Executivo

Ivis Alberto Lourenço Bezerra de Andrade

Tesoureiro Executivo

Francisco Luiz Gonzaga da Silva

Tesoureiro Adjunto

Jayme Moyses Burlá

International Standard Book (ISBN)
(Fundação Biblioteca Nacional)

V792 Violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei : manual de orientação / [editor] Jorge Andalaft Neto. – São Paulo : Ponto, 2004.

91 p. ; 21 cm.

ISBN- 85-89245-08-X

1. Vitimas de estupro – Cuidado e tratamento. 2. Crime sexual. 3. Crime contra as mulheres. I. Andalaft Neto, Jorge.

CDD-362.883

Índice para catálogo sistemático:

1. Violência Sexual: Medicina
2. Interrupção da Gestação Prevista em Lei.
3. Aborto Legal.

ANDALAFT NETO J.

Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei

Direitos reservados à *FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia* – São Paulo – 2004

 Ponto Comunicação

Ponto Comunicação: Rua Pedro de Lucena, 64 – Mooca – Tel: 0800-7723023

e-mail: atendimento@pontoline.com.br

home page: www.pontoline.com.br

Planejamento Gráfico/Capa: *Cezinha Galhardo*

Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria

Editor

Jorge Andalaft Neto

Comissão Nacional Especializada

Antônio Celso Koehler Ayub

Antônio Fernandes Lages

Jorge Andalaft Neto

José Eduardo Silveira Santos

Luiza Emylce Pela Rosado

Neila Maria Dahas Rocha

Osmar Ribeiro Colás

Oswaldo Souza Dias

Paulo Roberto Muniz Dantas

Rivaldo Mendes Albuquerque

Roberto Messod Benzecry

Rosiane Mattar

Thomaz Raphael Gollop

Editores Associados

Anibal Euzebio Faúndes Lathan
Roberto Messod Benzecry

Colaboradores

Antônio Celso Koehler Ayub
Antônio Fernandes Lages
Eliana Martorano Amaral Freitas da Silva
Jorge Andalaft Neto
José Eduardo Silveira Santos
José Henrique Rodrigues Torres
Luiza Emylce Pela Rosado
Marcos Valentim Fugério
Neila Maria Dahas Rocha
Osmar Ribeiro Colás
Oswaldo Souza Dias
Paulo Roberto Muniz Dantas
Rivaldo Mendes Albuquerque
Roberto Messod Benzecry
Rosiane Mattar
Thomaz Raphael Gollop

Agradecimentos

Prof. Dr. Edmund Chada Baracat – Presidente da FEBRASGO em dois mandatos, pelo apoio incondicional e fortalecimento das ações da Comissão.

Prof. Dr. Hildoberto Carneiro de Oliveira – Ex-Presidente da FEBRASGO que com coragem, aceitou criar a comissão de aborto legal (1º nome da Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei).

Prof. Dr. Jacob Arkader – Secretário Executivo, pelo estímulo e grande incentivo ao nosso trabalho em todos os estados do Brasil.

Aos presidentes das Federadas que ousaram debater o aborto legal e a violência sexual contra as mulheres nos seus cursos e congressos.

Ao Prof. Dr. Aníbal L. Faundes, amigo, incansável pesquisador, Presidente do Cemicamp e idealizador dos Fóruns Nacionais de Violência Sexual e Aborto Previsto por Lei em parceria com esta comissão e com o Ministério da Saúde.

Ao Prof. Juan Diaz, Pesquisador, Diretor de Population Council - Brasil, por ter iniciado as discussões e incorporado a anticoncepção de emergência em nossas rotinas.

À Equipe de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, que incrementou enormemente a implantação de serviços de atendimento à violência sexual e ao aborto previsto em lei, muitos em parceria com esta comissão nacional.

Gestão José Serra: Tânia Lago; Elcylene Leocádio; Janine Schrimmer.

Gestão Humberto Costa: Maria José de Araújo, Adson França.

Às pesquisadoras da Nepo (Unicamp): Elza Berquó, Maria Isabel Baltar da Rocha, estudiosas do assunto, defensoras dos direitos das mulheres, sempre incentivaram a discussão da violência sexual e do aborto previsto em lei em conjunto com nossa comissão em seus módulos de capacitação profissional, em todos os anos de cursos.

Aos grupos feministas – Rede Nacional Feminista, por sua perseverança, dedicação e luta pelos direitos das mulheres contra a discriminação, sem violência; pelo direito à vida sexual segura e saudável e pelo direito ao aborto. E nesse caminho espinhoso buscaram nossa parceria.

Aos membros da Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei; pela dedicação e disseminação das rotinas nos seus estados e por estarem participando de Fóruns e Congressos, dos debates, sem medo de se expor ou de transmitir suas idéias. E, ainda por terem confeccionado este manual.

Às mulheres que sofreram agressão sexual e que tiveram que optar pela difícil decisão da interrupção legal da gestação, ou aquelas que se tornaram vítimas de psicoses, tentativa de suicídio, DST's. A sua dor, têm sido nosso ideal de luta.

A todas as organizações (governamentais e não governamentais), que buscaram nossa parceria e a participação da FEBRASGO, para o desenvolvimento de seu trabalho e de suas ações.

Ao IPAS pelo desenvolvimento das técnicas de Aspiração Manual Intra Uterina (AMIU).

À organização feminista Católicas pelo Direito de Decidir (CDD), pelo incansável trabalho nas áreas de violência sexual e aborto legal e nas discussões religiosas do abortamento.

ÍNDICE

1. Apresentação	11
2. Organização de um Serviço de Atendimento às mulheres que sofreram violência sexual	13
3. Fluxo de atendimento	18
4. Atendimento imediato às vítimas de violência sexual	21
5. Abordagem psicológica no atendimento à mulher vítima de violência sexual	26
6. Assistência à criança vítima de violência sexual	31
7. Interrupção da gestação nos casos de estupro	
7.1 - Por método farmacológico	40
7.2 - Por aspiração a vácuo	42
7.3 - Por curetagem uterina	50
8. Interrupção da gestação no risco de morte materna	55
9. Interrupção da gestação nas malformações fetais	64
9.1 - Anencefalia: Liminar do Supremo Tribunal Federal	69
9.2 - Anencefalia: Doação de Órgãos - Resolução CFM	78
10. Aspectos éticos e legais da interrupção da gestação	80
11. Código Penal	86
Ficha de atendimento à mulher que sofreu violência sexual	88
Notificação Compulsória - Lei nº 10.778/2003	90

1. APRESENTAÇÃO

Dentre as situações que permeiam a sociedade moderna, a violência contra a pessoa é indiscutivelmente o evento bioético da maior relevância, não somente pelos danos físicos e psicológicos que causa, como também pelo número de ações necessárias ao seu tratamento. Em 1994, a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento no Cairo, e posteriormente a da Mulher em Pequim (1995), lançaram luzes sobre a questão da violência sexual, considerando ser uma importante cesura nos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e adolescentes. Da mesma forma, o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas classificou a violência sexual como “um problema de saúde pública” a ser combatido em todo o mundo e por todos os governos, sugerindo a questão em sua plataforma de ações.

O Brasil, além de participar destes compromissos internacionais, foi também signatário dos tratados que asseguram direitos às mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e sexual. Em consequência, apresentou considerável avanço no que se refere ao acesso das mulheres vítimas, aos serviços de saúde e à assistência imediata pós-estupro. Foi fundamental, neste momento, o papel dos movimentos feministas no encaminhamento desta e de outras ações em prol das mulheres, especialmente as mais carentes. Destaque-se, neste particular, o acesso aos hospitais que praticam a interrupção da gestação dentro das possibilidades legais.

Em nível internacional, a FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria) e a OMS (Organização Mundial da Saúde) em seus fóruns de saúde sexual e reprodutiva

vêm discutindo permanentemente o tema, tendo inclusive criado comissões específicas para este fim. Dentre as comissões, a de violência contra as mulheres, tem o papel fundamental de apontar e denunciar torturas, mutilações e estupro. A partir de 1996, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), sensível à situação mundial e diante do aumento da incidência destes atos no Brasil, criou a Comissão Nacional Especializada de Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei, com reconhecimento nacional e internacional. Esta Comissão vem disseminando ações preventivas e curativas na atenção às mulheres e adolescentes que sofrem violência sexual. Além disso, tem discutido com médicos e com a sociedade a problemática da interrupção da gestação nos marcos legais, dando enfoque aos direitos das mulheres.

Em parceria com o Ministério da Saúde, com o movimento feminista e com ONGs, vem conquistando novas parcerias na difícil tarefa de orientar o médico tocoginecologista e de criar ações voltadas para a atenção às mulheres em situação de violência. Muitas destas ações são conhecidas e praticadas em nosso meio por número expressivo de profissionais. Mas, há ainda um grande contingente de médicos não familiarizados com as rotinas e com as profilaxias necessárias.

Este manual de orientação é mais uma publicação da FEBRASGO para o tocoginecologista, que analisa de maneira prática os vários aspectos do atendimento à mulher vítima de violência sexual. Contribuirá, sem dúvida, para a aquisição de novos conhecimentos e de saber nesta importante área.

A Diretoria

2. ORGANIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

2.1. SENSIBILIZAÇÃO E TREINAMENTO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A sensibilização de todos os profissionais do serviço para a questão da violência é de suma importância. Desde a recepcionista até o médico, todos devem estar conscientes das dificuldades que a adolescente ou a mulher violentada enfrenta para revelar o ocorrido. Soma-se à dor, um sentimento de culpa imposto ao longo dos anos, pela maneira como a sociedade tratava o estupro, e a desconfiança sobre a participação da vítima como provocadora da violência.

A equipe preparada para prestar este atendimento deve ser preferencialmente composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, embora a ausência de um não inviabilize o atendimento, à exceção do médico. Os profissionais da equipe de saúde devem acolher e ouvir a paciente, realizar o atendimento médico e psicossocial, realizar as profilaxias pertinentes e fornecer todas as orientações quanto aos direitos legais (veja adiante).

Não resta dúvida de que o treinamento e a sensibilização da equipe devem visar acima de tudo a preparação para um atendimento humanizado e competente. Os médicos devem ser capacitados para realizar as profilaxias e também estar preparado para realizar a técnica de aspiração manual intra-

uterina (AMIU) quando se fizer necessária a interrupção da gestação por estupro. Esta técnica tem se mostrado mais segura e eficaz na interrupção da gestação até 12 semanas, do que a curetagem uterina clássica.

2.2. ESPAÇO FÍSICO PARA O ATENDIMENTO

O cuidado com o local escolhido para o atendimento deverá refletir a preocupação com a privacidade, sem no entanto, estigmatizar as mulheres ali atendidas, com placas indicativas nas salas para atendimento a vítimas de violência.

O espaço deve contar com sala privativa de atendimento onde possam atuar a assistente social e a psicóloga e um consultório médico com sala de exame ginecológico (evitar, se possível, a sala da triagem ou do pronto-socorro) e pequeno armário contendo medicamentos para a profilaxia de DST/AIDS e anticoncepção de emergência. Deve dispor ainda de centro cirúrgico, mesmo que pequeno, para os atendimentos que necessitem de correção cirúrgica de urgência (lacerações) e para a realização dos abortos previstos em lei.

2.3. EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTAIS BÁSICOS*

A sala de atendimento médico deve estar equipada de modo que o exame ginecológico completo possa ser realizado. Isto inclui: mesa ginecológica com pernas, foco de luz, espéculos, pinças e material para a coleta de esperma do canal vaginal: espátula de Ayre, papel filtro e envelopes.

* Ministério da Saúde: Norma Técnica: “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”.

Recomendam-se, como equipamentos adicionais, que o serviço seja dotado de colposcópio, máquina fotográfica para a documentação das lesões genitais e em qualquer outra parte do corpo. Para os casos de emergência, uma caixa de pequena cirurgia pode ser necessária para a realização de suturas ou outro atendimento de emergência que for preciso.

O serviço que estiver capacitado para a realização de abortos previstos em lei deve ter instrumentos adequados para tal procedimento. Recomendam-se instrumentos para dilatação do colo uterino e curetagem uterina, além de “kits” completos para Aspiração Manual Intra-Uterina (seringa de válvula simples e dupla, dilatadores anatômicos de Denniston, ou na falta destes, jogo de velas de Hegar, e cânulas de aspiração uterina Karman com tamanhos variáveis de 4 até 12 mm).

Para os procedimentos realizados com anestesia local (bloqueio paracervical) podem ser utilizados extensores ou prolongadores de seringa que são de grande valia quando o procedimento for a aspiração manual intra-uterina, pois evita que o profissional toque a genitália feminina com a mão durante o ato anestésico; na falta de prolongadores preconizam-se agulhas longas. O bloqueio paracervical deve ser realizado com xylocaina a 1 ou 2 % sem vasoconstrictor, e o local da aplicação entre “as 5 e 7 horas” do colo uterino.

Nas pacientes muito traumatizadas pela violência e em menores de idade, procura-se efetuar os procedimentos em centro cirúrgico e com anestesista.

2.4. LABORATÓRIO

A instituição deve viabilizar a realização de exames sorológicos, bacteriológicos e de culturas em laboratório próprio ou conveniado,

visando à detecção do vírus das hepatites B e C, sífilis, HIV e outras DST, além de beta HCG plasmático para o diagnóstico de gravidez. O material de abortamento (por estupro) necessita ser armazenado sob a forma de fragmentos de tecido placentário ou fetal. Recomenda-se que o setor de Anatomia Patológica faça a inclusão deste material em blocos de parafina para serem utilizados posteriormente para prova de paternidade pelo DNA, quando a justiça solicitar.

2.5. REGISTRO DE DADOS

Os dados deverão ser registrados e organizados em prontuário próprio do serviço ou de preferência em ficha padronizada para o atendimento às vítimas de violência sexual. Estas informações poderão ser úteis para os procedimentos legais. Incluímos, no anexo, um modelo de ficha que poderá ser adaptado para cada serviço.

2.6. DIVULGAÇÃO DO SERVIÇO E INTEGRAÇÃO ENTRE OS DIVERSOS ÓRGÃOS QUE ATENDEM AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Um serviço desta natureza deve ser divulgado amplamente para que as pessoas tenham fácil acesso a ele. Os diversos órgãos que compõem a rede de atendimento à mulher vítima de violência são: Delegacias de Defesa da Mulher, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, Instituto Médico Legal (IML), Unidades Básicas de Saúde, e outros que devem estar perfeitamente integrados para seguirem normas uniformes no atendimento. É recomendável que o serviço confeccione cartazes e “folders” informativos, com endereço e telefone em destaque para facilitar a informação.

2.7. SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Após o atendimento médico de urgência, as pacientes devem ser encaminhadas para um acompanhamento psicológico, que deve se estender até o seu completo restabelecimento. A(o) psicóloga(o) tem como objetivo estruturar o tipo de atendimento a ser realizado de acordo com a gravidade de cada caso.

Assim, os retornos devem ser agendados ao final de cada consulta, e a data fornecida à paciente. Uma busca ativa deve ser realizada pela enfermagem ou pelo serviço social nos casos de abandono de tratamento. Dentro do seguimento ambulatorial, deve-se proceder a avaliação ginecológica periódica e prevenção das seqüelas. Do mesmo modo, possibilitar o rastreamento sorológico e a anticoncepção. O atendimento social inclui conhecer as condições de vida da paciente, a situação em sua casa, se o agressor é conhecido e se ainda vem sendo ameaçada. A assistente social pode também manter contato com delegacias e outras instâncias para solucionar o problema da mulher.

2.8. PUBLICIDADE E MÍDIA

É comum que os veículos de comunicação queiram divulgar o serviço. Via de regra, os jornalistas gostam de ilustrar suas matérias com histórias reais de pacientes atendidas. Neste intuito, solicitam que se indique mulheres que sofreram violência sexual para entrevistas, ou mesmo aquelas em que se realizou a interrupção da gestação por estupro, para relatos de experiência. **É necessário obter autorização prévia e expressa da mulher e, se for menor, de seu representante legal, antes de fornecer seu nome ou telefone para a imprensa.** Lembre-se que a privacidade dos atos médicos, bem caracterizada no Código de Ética Médica, reforça que toda informação deve ser autorizada pela paciente.

3. FLUXO DE ATENDIMENTO

Como se sabe, a agressão não tem hora para acontecer e um serviço emergencial deve ser implantado no pronto socorro de ginecologia e obstetrícia. Ao receber a mulher ou adolescente agredida sexualmente, o médico plantonista deverá acolhê-la com respeito e proceder à anamnese e ao preenchimento de ficha padronizada, com dados relevantes sobre o ocorrido. O exame do corpo à procura de lesões, hematomas e cortes deve ser sistemático.

O exame da genitália deve ser minucioso, especialmente na procura de rotura himeral. Deve-se obter esperma do canal vaginal, fixar o esfregaço em papel filtro e acondicioná-lo em envelope de papel identificado com o nome e a data da ocorrência. Deve o médico, ainda, realizar as profilaxias necessárias: prevenção de gravidez (anticoncepção de emergência), prevenção de DST, prevenção de hepatite B, prevenção de AIDS, se o atendimento acontecer antes de 72 horas do ocorrido.

A prescrição de agentes anti-retrovirais com a finalidade de profilaxia de HIV deve seguir uma escala de prioridades. Quando houver sexo anal e vaginal, com lesão da mucosa vaginal ou anal; se o agressor for um indivíduo drogado, tatuado, ex-presidiário ou sabidamente HIV-positivo, e ainda quando a agressão sexual foi efetuada por mais de uma pessoa, são fatores indicativos da necessidade de profilaxia anti-HIV. Se não houver ejaculação, o antiretroviral não deverá ser administrado. Ao término da avaliação médica inicial, se esta foi feita pelo próprio médico, deve a mulher ser encaminhada para a assistente social (se houver na instituição) e para

a psicóloga. Aquelas instituições nas quais não há assistente social, nem psicóloga, a enfermeira deverá realizar o atendimento. Em boa parte dos serviços brasileiros é a enfermeira que faz o atendimento inicial e orienta as profilaxias. A função da assistente social será a de elaborar o prontuário, contendo dados do ocorrido, orientar sobre os direitos legais, fazer contato com delegacias, orientar os familiares e conhecer a situação social da vítima, particularmente importante na violência doméstica.

A psicóloga, por sua vez, fará a abordagem emergencial para avaliar o impacto da violência sobre a esfera psíquica. O seguimento deverá ser sistemático e o número de consultas determinado de acordo com a necessidade individual de cada caso.

Em nível ambulatorial, o seguimento pós-violência sexual às mulheres, crianças ou adolescentes, deve preferencialmente ser também realizado por equipe multiprofissional capacitada (médico, psicólogo, enfermeiro e assistente social). A falta de um dos profissionais não deve inviabilizar o serviço, devendo esta lacuna ser preenchida por outro profissional de área equivalente. Desta maneira, a abordagem inicial, visando o “acolhimento”, poderá ser realizada tanto por uma enfermeira, como por assistente social, que deverão reforçar as orientações sobre os direitos legais tais como a confecção do boletim de ocorrência policial (preferencialmente em DDM*) e a possibilidade de abortamento caso a gravidez venha a ocorrer.

* DDM - Delegacia de Defesa da Mulher.

Se o atendimento já foi realizado no setor de emergência ou no pronto socorro, todos os dados devem ser incluídos no prontuário.

Quanto ao seguimento laboratorial, o acompanhamento sorológico deverá estar completo num espaço de 6 meses, quando as possibilidades de viragem sorológica forem mínimas. Os exames de rotina solicitados no atendimento são: VDRL ou RPR, HBSAg, anti-HBc IgM, anti-HCV e anti-HIV.

Fica a critério de cada serviço incluir, em sua rotina, colposcopia, vulvosscopia e a citologia, no sentido de rastreamento de DST's não virais e as virais do tipo HPV.

Toda a equipe deve estabelecer o momento em que a mulher ou adolescente encontra-se apta à readaptação social e poderá receber alta.

4. ATENDIMENTO IMEDIATO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

As pacientes que chegam até 72 horas após a violência sexual devem ser acolhidas com carinho e respeito, evitando-se a discriminação de qualquer natureza.

EXAME GINECOLÓGICO

O exame ginecológico deve ser criterioso, com descrição minuciosa das lesões encontradas e coleta da secreção vaginal contendo espermatozoides, com espátula de Ayre, fixando-a em papel filtro estéril (que deve estar disponível no local do atendimento). Deverá ser guardado em envelope e anexado ao prontuário da paciente, que recebe uma via da solicitação realizada. Se o serviço possuir colposcopia, este exame poderá identificar pequenas lesões externas. Não se recomenda o exame de toque bidigital neste momento, à exceção dos casos em que a critério clínico pareça necessário.

REPARO DAS LESÕES

As lesões encontradas deverão ser prontamente reparadas no local do atendimento ou em centro cirúrgico, quando necessário. Da mesma maneira, deve-se promover a cobertura com antibióticos e analgésicos.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Levando-se em conta que o risco de gestação advinda de estupro oscila de 4% a 7%, caso estejam expostas à gravidez as

pacientes deverão receber no momento do atendimento um dos seguintes esquemas:

- Progestagênio isolado

- *Levonorgestrel* - 0,75 mg* na dose de dois comprimidos, sendo um no momento imediato ao atendimento e outro após 12 horas (total de 1,5 mg). Este esquema é válido para ser iniciado dentro das primeiras 72 h após a violência.

Trabalhos recentes têm demonstrado a mesma eficácia do levonorgestrel administrado em dose única oral de 1,5 mg (2 comprimidos de 0,75 mg).

- Esquema combinado (método de Yuzpe)

- Contraceptivos orais à base de *etinilestradiol* (EE) e levonorgestrel. Não há disponível os comprimidos contendo a associação. Os serviços têm utilizado destacar quatro comprimidos de *Neovlar*, *Anfertil* ou *Evanor*, para compor o “kit” *Yuzpe*. O total de 4 comprimidos deve ser administrado em duas tomadas de 2 comprimidos cada, com intervalo de 12 horas entre as tomadas, perfazendo total de 50 µg de EE (etinilestradiol) e 200 µg (0,20 mg) de levonorgestrel. Este esquema também deve ser iniciado até 72 horas após o coito. Se o anticoncepcional for de média dosagem, utilizar 4 comprimidos na primeira tomada e 4 comprimidos 12 hs após.

A contracepção tem sido mais eficiente com o progestagênio isolado. Além disso, pode ocorrer interação medicamentosa entre etinilestradiol e alguns agentes anti-retrovirais (nelfinavir e ritonavir).

* Disponíveis os seguintes produtos comerciais: Postinor-2, Postinor 1, Pozzato, Norlevo, Pilem, Micropil 2 post, Diad.

PROFILAXIA DE DST

Iniciar até 72 h após a violência. O esquema de primeira escolha para a quimioprofilaxia das DST não virais é o seguinte:

– Adultos e adolescentes com mais de 45 kg: penicilina benzatina (1.200.000 UI) IM + azitromicina 1,0g VO + ofloxacina 400 mg VO.

– Em crianças e adolescentes com menos de 45 kg: ceftriaxona 125 mg ou penicilina benzatina 600.000 UI (IM) + azitromicina 20 mg por kg (máximo 1,0g) VO.

O metronidazol e outros derivados imidazólicos (ex: secnidazol, tinidazol) podem apresentar interações medicamentosas importantes com ritonavir, daí o uso concomitante ser evitado. Nestes casos, pode-se substituir esse anti-retroviral pelo nelfinavir. Ressalte-se que o uso desses imidazólicos não é imprescindível em todos os casos de quimioprofilaxia e pode ser realizado posteriormente, se necessário, com vistas a se obter melhor adesão aos anti-retrovirais.

– Esquema Alternativo

Quinolonas (ofloxacina, ceftriaxona - 1,0 g IM, ciprofloxacino 400 mg 12x12 hs - 3 dias)

PROFILAXIA DA INFECCÃO PELO HIV

O prazo para se iniciar a quimioprofilaxia para HIV é de 72 horas após o estupro, e o tempo correto para a utilização dos anti-retrovirais é de 4 semanas.

Os esquemas anti-retrovirais recomendados pelo Ministério da Saúde para quimioprofilaxia em situações de violência sexual são:

1) Pacientes expostas(os) a agressor(es) com sorologia desconhecida ou HIV+ virgem de tratamento anti-retroviral:

– Adultos e Adolescentes

Zidovudina (AZT) 200 mg VO 8/8 h

Lamivudina (3TC) 150 mg VO 12 X 12 h

Nelfinavir, indinavir ou ritonavir- 800 mg VO 8/8 h

* O produto Biovir é uma associação entre Lamivudina e Zidovudina. Administra-se 1 comprimido a cada 12 horas por 4 semanas.

2) Pacientes expostas a agressor HIV+, em tratamento com anti-retroviral

Esquema individualizado com avaliação do especialista.

3) Crianças

O tratamento profilático com anti-retrovirais deve ser oferecido nas seguintes situações:

a) Agressor portador do vírus ou viciado em drogas, ou ex-presidiário.

b) Agressores múltiplos

c) Lacerações genitais ou coito anal

d) Extrema ansiedade da mãe ou familiares

AZT + 3TC + nelfinavir ou AZT + 3TC + ritonavir

Observação: em crianças que conseguem ingerir cápsulas, ou adultos com intolerância ou contra-indicação ao ritonavir e nelfinavir, pode-se utilizar o indinavir como opção.

PROFILAXIA DE HEPATITE B

Indivíduos já imunizados contra hepatite B, com esquema vacinal completo (três doses), não necessitam de dose de reforço ou do uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

Indivíduos não imunizados ou com esquema vacinal incompleto devem receber uma dose de vacina, por via IM, e completar o esquema posteriormente (0, 1 e 6 meses). Além disso, também devem receber uma dose única de IGHAHB, por via IM, em extremidade diferente da vacina. A IGHAHB deve ser utilizada, no máximo, 3 dias após a violência sexual. A dose usualmente utilizada é de 0,06 ml por kg de peso corporal.

A gravidez e a lactação não são contra-indicações para imunização.

Todas as pacientes devem ser orientadas sobre seus direitos legais e os benefícios do registro do boletim de ocorrência (apesar de sua realização não ser obrigatória).

Em nenhuma hipótese, o médico que recebeu inicialmente a paciente pode encaminhá-la ao IML (também não obrigatório) sem antes proceder ao exame físico e sem anotar o atendimento na ficha padronizada que, além de registrar a ocorrência, serve como orientação ao colega.

Recomenda-se que o termo de consentimento informado seja lido e aprovado pela paciente, quanto ao atendimento recebido e a oferta de medicamentos profiláticos.

5. ABORDAGEM PSICOLÓGICA NO ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

ASPECTOS GERAIS

O estupro deve ser entendido como crime contra a pessoa e não contra o hímen ou a vagina. Em geral provoca crise vital que pode passar despercebida. Segundo alguns configura violação do “envelope do ego”, com invasão do mais íntimo espaço da pessoa, associada à perda da autonomia e controle. Nesse contexto, é irrelevante diferenciar violação vaginal, oral ou anal. Foi o “self” e não um orifício que foi invadido. Assim, o significado do evento é o mesmo para a virgem, para a prostituta, para a dona de casa ou para a lésbica.

A REAÇÃO AO ESTUPRO

São descritas três fases.

1. A primeira é de reação aguda, imediata.

Predominam sentimentos de culpa, descrença, choque emocional, alteração do comportamento habitual. Insegurança quanto ao que dizer ou fazer.

Contar à família, marido, amigos, filhos?

Quais as implicações de nada dizer?

Haverá publicidade? Pode acontecer novamente?

2. A segunda é de ajustamento ao exterior, podendo estender-se por várias semanas, com resolução temporária dos assuntos mais ansiogênicos. Tentativa de retorno à “vida normal” para recuperar o controle. É período de “pseudo-ajustamento”.

3. A terceira fase é de integração e resolução. Frequentemente há depressão e necessidade de falar sobre o acontecido. Incorporar os sentimentos, inclusive os sobre o agressor, e resolvê-los.

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

A complexibilidade do trauma e das reações individuais não permite abordagem única ou geral, que seria simplista.

Indicam-se aqui algumas medidas de ordem geral e áreas em que a intervenção é mais necessária:

1. Diminuir o impacto que o atendimento impessoal possa provocar, personalizando cada entrevista.

2. Assistência prestada por grupo de profissionais que se disponham a atender casos de violência. Não delegar burocraticamente a quaisquer pessoas (todos os níveis: atendentes, auxiliares, recepcionistas, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais).

3. Atitudes de apoio, compreensão e solidariedade. Evitar expressões de “piedade”.

4. Reforçar e garantir a segurança e a privacidade.

5. Criar ambiente que facilite a livre expressão, não julgador, validando os sentimentos e respostas da paciente.

6. À equipe não compete decidir se a paciente foi realmente estuprada. Estupro é termo legal, não médico. O fato da vítima perceber-se violada permanece como essencial.

7. A primeira intervenção, “de crise”, pressupõe usar técnicas de *rapport* (espelhamento postural, tonal, escuta ativa) e reflexão de sentimentos. Mostrar disponibilidade e, explicitamente, expressar verbalmente os sentimentos percebidos na vítima.

8. Somente após conseguir boa comunicação com a vítima, usar técnicas de reassuramento (validar as reações e garantir que são as esperadas, além de indicativas de estar havendo reação adaptativa) e de ressignificação (“mostrar o outro lado da moeda” – por pior que esteja sendo a experiência, promoverá crescimento emocional e tornará a pessoa mais madura).

9. Boa parte das vezes será necessário estender a atenção às pessoas mais próximas da vítima (familiar, amigos). O estupro gera crise familiar.

10. Tais intervenções têm que ser realizadas sempre. A ausência de psicólogo(a) não justifica não fazê-las. É preciso treinar-se para tanto.

11. A necessidade de apoio e ajuda pode estender-se por até 12 meses.

12. Após o atendimento inicial é possível lidar com o trauma e evitar seqüelas emocionais.

Com treinamento, podem-se aplicar alguns métodos já testados. A seguir, um exemplo.

- *Fazer a paciente, em ambiente calmo e após apoio e conforto, encontrar a parte mais traumática da experiência.*

- *Insistir em que ela veja “um filme” do que ocorreu, conservando-se como espectadora de evento, sem participar de novo como protagonista. Isso é importante, pois, assim consegue-se a dissociação visual-cinestésica (separar o “ver” do “sentir”).*

- *Fazer com que ela identifique aquele momento em que teria sido muito importante ter alguém realmente significativo ali, só para ela, de maneira apropriada.*

- *Para prepará-la, dizer: “Você sabe que, de verdade, existe só uma pessoa que realmente sabe, que realmente compreende o que*

aconteceu e do que você necessita.” Usualmente a pessoa dá-se conta que esse alguém é ela mesma (a pessoa que ela é agora, algum tempo após o acontecido, sobrevivente e já tendo incorporado alguns recursos a mais).

- *Faça com que a pessoa, tal como está hoje, com mais recursos e experiência, se incorpore à cena e vá até esse “eu-mais-jovem” e faça-a saber que ela vem do futuro e está ali, agora, para dar-lhe o que ela necessita.*

- *Permitir que ocorra o confronto, o apoio e, só então, fazer com que os dois “eus” se integrem.*

- *Checar, fazendo rodar novamente o filme, verificando as reações não verbais.*

NOTA

- Lembrar que o que uma pessoa experimenta como trauma pode ser diferente do que você pressupõe.

- As pessoas, como regra, se sentem sós e desacompanhadas; é bom lembrar-lhes que não estão sós, que sempre poderão contar consigo mesmas.

- Quando o trauma é muito recente a pessoa pode estar vivendo o “luto” natural e necessário. Este pode ser apoiado, para que transcorra com equilíbrio e reconforto propiciado pela intervenção terapêutica.

- Nos casos em que do estupro resultar gestação não pressupor que a decisão para o aborto seja fácil e tranqüila. Continua sendo uma situação de crise, em que a decisão pode ser muito difícil.

- É importante salientar que a paciente tem o direito de decidir. O atendimento tem que permitir a livre expressão de todos os sentimentos, numa atmosfera de apoio, não julgador,

respeitando qualquer que seja a decisão. Evitar que restrições ou pressões externas interfiram no processo.

GLOSSÁRIO

Rapport - termo que caracteriza uma relação com afinidade, concordância, empatia.

Espelhamento - significa repetir ou igualar o comportamento do outro.

Postural - iguala-se à postura.

Tonal - iguala-se o tom da voz, o timbre, a altura, o ritmo.

Respiratório - iguala-se o ritmo respiratório.

Do conteúdo - iguala-se o sentido da comunicação.

Gestual - igualam-se gestos.

Reflexão de sentimento - explicitar verbalmente o sentimento que se percebe no outro.

Reasseguramento - consiste em afiançar que determinado sentimento ou reação é legítimo ou “normal”.

Ressignificação - re-enquadrar uma experiência. “Transformar o limão em limonada” ou “mostrar o outro lado da moeda”. É processo que, bem empregado, permite obter mudanças de comportamento ao acrescentar outras alternativas.

6. ASSISTÊNCIA À CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

INTRODUÇÃO

O abuso sexual representou 9% das notificações de atos de maus-tratos contra crianças nos USA em 1996 (Wang & Daro, 1997). Nos Estados Unidos foi estimado que cerca de 1% das crianças são vítimas de alguma forma de abuso sexual a cada ano, resultando em vitimização de 12 a 25% das meninas e 8 a 10% dos meninos até a idade de 18 anos.

As crianças podem sofrer abuso sexual por parte de membros de sua própria família, por indivíduos de seu círculo de convivência ou por desconhecidos, e na maioria das vezes o agressor é um homem. Os adolescentes são os autores do abuso em 20% dos casos.

Conceitua-se abuso sexual quando uma criança é engajada em atividades sexuais que ela não pode compreender ou para as quais não têm desenvolvimento mental preparado para consentir ou não e/ou que viole as leis e tabus da sociedade. Consiste em contatos e interações entre uma criança e um adulto, sendo a criança usada para a estimulação sexual do executor ou de outra pessoa.

O abuso sexual pode incluir atos em que não há contato físico como exibicionismo, visualização genital e outros em que há contato como carícias e manipulação, contato oral-genital, inserção de objetos, penetração vaginal ou retal.

O contato pode ser evento único entre um estranho e a criança, com ou sem uso de força, ou pode constituir envolvimento de meses ou anos com sessões repetidas de abuso

da criança por membro da família ou outro indivíduo conhecido.

Em vários casos, os violadores tentam atrair ou seduzir a vítima com dinheiro, doces, etc, sem usar força física. Embora alguns agressores não pretendam machucar a vítima, elas podem terminar com lesões corporais ou lacerações himenais porque as crianças resistem ou por sua anatomia não permitir penetração.

O reconhecimento do abuso sexual é freqüentemente realizado por revelação acidental ou proposital da criança a um parente, amigo, professor ou profissional da saúde.

Entretanto, em consultas de rotina pode-se identificar o abuso sexual não declarado. Para isto, os médicos devem formular questões que possam revelar tal ocorrência como parte da rotina do exame físico, especialmente em crianças e adolescentes com queixas somáticas, pesadelos, isolamento e fugas.

Algumas vezes o abuso sexual pode ficar evidente durante um exame físico ou na avaliação de dificuldades comportamentais: garotas com sangramento vaginal, presença de corpo estranho, vulvovaginite, etc, precisam de cuidadosa análise.

Em razão dos médicos se sentirem desconfortáveis com o diagnóstico de incesto ou abuso sexual, mesmo situações óbvias tendem a ser omitidas.

A maioria das crianças que revelam abuso sexual estão falando a verdade, e é pouco provável que uma criança possa revelar detalhes de envolvimento sexual sem que tenha sofrido esta experiência. Falsas alegações devem ser pesquisadas principalmente quando existe disputa de custódia em andamento, relacionamento problemático de um dos pais com o filho, ou distúrbios psiquiátricos nos pais.

Os molestadores de crianças podem ter como alvo crianças de ambos os sexos, embora seja mais comum que as mulheres sejam as vítimas.

Em casos de incesto, existe pressão familiar para que a criança retrate-se da história, para que não haja desagregação da estrutura familiar, daí a necessidade do atendimento multidisciplinar, incluindo assistente social, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e médicos, para tratar e encaminhar a criança. Também é importante o trabalho em união para diminuir o número de questionamentos à criança, identificação e acusação do agressor, e posicionamento quando existirem problemas legais quanto à custódia da criança.

Em todos os casos de abuso sexual, é extremamente importante que a assistência médica seja gentil. Se o estupro ocorreu há poucas horas, o departamento de emergência deve estar equipado para coletar evidências válidas para um processo futuro.

ASSISTÊNCIA À VÍTIMA

Devido às implicações legais, os dados médicos devem ser coletados cuidadosamente e arquivados em todos os casos de estupro ou abuso sexual alegados. Achados físicos que possam corroborar um assalto sexual devem ser registrados.

O objetivo da avaliação é documentar o que aconteceu e garantir ao paciente seguimento médico e psicológico. Não há necessidade do médico decidir se o estupro realmente aconteceu ou se existem evidências suficientes para um processo.

Em caso de suspeita de abuso sexual contra a criança, a equipe assistencial deve relatar o fato ao Conselho Tutelar.

Em caso de risco para a criança, a equipe assistencial deverá encaminhá-la aos órgãos competentes para afastá-la do agressor. Não há obrigatoriedade da equipe assistencial requerer a realização de boletim de ocorrência em delegacias ou laudo do IML.

O momento e a extensão do exame médico dependem da história. Qualquer criança com dor, vaginite, sangramento, disúria ou história de trauma ou de ter sofrido abuso nas últimas 72 horas deve ser vista imediatamente para assistência médica, além de ser possível coleta de material. Pacientes que sofreram abuso semanas ou meses antes e que procuram ajuda devem ser consultadas assim que possível, sendo que o exame físico deve ser feito na primeira consulta, mas sem as vantagens da coleta de material que fica prejudicada.

Os relatos do caso pela criança e pela pessoa que a trouxe ao Serviço devem ser cuidadosa e fielmente anotados, além das observações sobre o comportamento de ambas durante a anamnese. O médico assistente deve obter a história separadamente dos pais e da criança, se possível. Caso tenha havido abuso forçado, a criança pode se sentir mais confortável sendo entrevistada com a mãe ou algum familiar próximo.

Durante a anamnese devem-se pesquisar os seguintes dados:

- Com quem a criança passa o dia e com quem dorme
- Hábitos de vida (banho, privacidade na troca de roupa, etc.)
- Início e duração do abuso
- Local do abuso
- Quem poderia ser o responsável pelo abuso
- Como foi o abuso: se houve carícias, masturbação, felação,

ejaculação, penetração anal e/ou vaginal, penetração peniana, digital ou de corpo estranho

- Comportamento de familiares. Uso abusivo de álcool e/ou drogas na família
- Modificações na conduta da criança e de familiares
- Rendimento escolar e dificuldades na escola

EXAME FÍSICO – ACHADOS NORMAIS E ANORMAIS

A porcentagem de crianças que sofreram abuso sexual e que apresentam exame normal é maior que 16%. É importante, portanto, lembrar que um exame normal não nega ou confirma a história de abuso sexual.

O exame deve ser realizado com a criança deitada e com abdução das coxas ou em posição geno-peitoral. O exame espectral não deve ser realizado a não ser em casos de sangramento ou de lesões penetrantes.

Achados específicos são mais comuns nos relatos de abuso gênito-genital do que nos casos de abuso digital. Os achados mais frequentes em crianças que sofreram abuso sexual são: eritema, secção total ou parcial do hímen principalmente na porção posterior, lacerações, escoriações, cicatrizes, hematomas, equimoses, edema, fissuras, corrimento, sangramento, condiloma.

A medida do diâmetro do orifício himenal é de pouco valor na avaliação do abuso sexual, sendo melhor a associação de alargamento do orifício na presença de defeitos de transsecção himenal na metade inferior do hímen.

O uso de colposcópico tem vantagens, pois permite aumentar muito a visualização da vulva e do hímen e, assim, pos-

sibilita a detecção de pequenas alterações locais que não seriam vistas a olho nú. Pode facilitar a obtenção de fotografias que servem de documentação futura.

Nos casos em que o abuso sexual é freqüente, os achados físicos são sutis ou inexistentes.

Em relação à penetração anal, na fase aguda pode ser observada área fina perto das pregas anais, eritema e fissuras. As lesões costumam cicatrizar rapidamente. Assim, é freqüente o achado de exame normal mesmo com história de penetração. Eventualmente podem-se observar cicatrizes locais, hiperpigmentação, fissuras, distorção anal com espessamento da pele perianal, perda das pregas.

O médico deve ter em mente que, em vista da diversidade de achados, sempre a história será o mais importante.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS

Segundo Ingram et al (1992), o risco de uma criança, num estupro, adquirir gonorréia é de 2,8%; *Chlamydia trachomatis* 1,2%; papilomavírus 1,8%; sífilis 0,1% e herpesvírus simples 0,1%.

Vaginose bacteriana e tricomoníase também podem ser adquiridas no estupro, embora não haja dados sobre sua freqüência.

Em geral, embora sintomas urinários sejam usuais após o estupro, a infecção do trato urinário é pouco freqüente.

Estudos em crianças mostram que o herpes genital pode ser adquirido por contato oral-genital, mas o abuso sexual pode resultar em infecções por ambos os tipos (1 e 2).

O risco de adquirir HIV a partir de abuso sexual não é conhecido, mas estudos em crianças pré-puberdade apontam que grande número resulta de violência sexual.

Recentes relatos sugerem que a probabilidade estimada de transmissão de HIV por coito anal não protegido com uma pessoa infectada é de 0,008 a 0,032 e por coito vaginal de 0,0005 a 0,0015. A profilaxia pós-exposição deve levar em conta o tipo e o tempo de exposição. Até o momento, não existem dados comprovados que possam estabelecer a eficácia (ou a não-eficácia) da administração profilática de anti-retrovirais nos casos de violência sexual em criança. Alguns autores justificam essa conduta na analogia com a quimioprofilaxia recomendada nos casos de acidentes ocupacionais e o uso da zidovudina e outros anti-retrovirais em gestantes portadoras de HIV. Algumas publicações recentes, que levantam a questão em modelos experimentais de exposição sexual, têm trazido indícios para sustentar a recomendação de quimioprofilaxia para infecção pelo HIV após a exposição sexual não consentida em algumas situações.

Existe discussão se todas as crianças vítimas de violência sexual devem ser testadas para todas as DST, tendo em vista que o risco de infecção é baixo e o desconforto potencial de repetir todas as culturas várias vezes é grande.

TESTES RECOMENDADOS PARA PESQUISA DE DST EM CRIANÇAS

- Cultura para *Neisseria gonorrhoeae* da faringe, ânus, vagina e uretra
- Cultura para *Chlamydia trachomatis* de vagina e ânus
- Exame a fresco e cultura para *Trichomonas vaginalis* e *clue cells*, além de teste de KOH, no 1º exame e 2 semanas depois
- Inspeção das áreas genital, anal e oral para pesquisa de herpes

- Cultura para herpesvírus simples de áreas ulceradas
- Testes sorológicos para sífilis (0, 6 semanas, 3 meses), HIV (0, 6 semanas, 3 meses, 6 meses), hepatite B (0, 6 meses) e hepatite C (0, 6 semanas, 6 meses).

TESTES PARA DETECÇÃO DO ESTUPRO MEDIANTE IDENTIFICAÇÃO DO SÊMEN.

Devem-se obter *swabs* durante a avaliação médica, que após secar são congelados ou mantidos em frascos estéreis à temperatura ambiente.

O material obtido pode ser colocado em papel filtro estéril e mantido seco em envelope. Alguns testes podem ser realizados a partir deste material para identificação do estuprador.

Pode haver presença de espermatozóides imóveis na vagina por até 3 a 5 dias e no canal endocervical por até 17 dias, entretanto a ausência de espermatozóides não pode ser interpretada como prova de não ter havido estupro.

TRATAMENTO

Nos casos de abuso freqüente na criança, em geral não há lesões a reparar, mas há a necessidade de avaliar a presença de DST e realizar eventual terapêutica dirigida.

Nos casos de estupro recente recomenda-se a limpeza e reparação cirúrgica de lesões porventura existentes. A profilaxia das DST, principalmente para infecção por *Chlamydia* e gonorréia (embora o risco seja pequeno) deve ser feita com penicilina benzatina (IM) + azitromicina (VO) + ceftriaxona (IM) + metronidazol (VO). A profilaxia para infecção pelo HIV com AZT + 3TC + nelfinavir ou AZT + 3TC + ritonavir. Em

crianças que conseguem ingerir cápsulas, ou adultos com intolerância ou contra-indicação ao ritonavir e nelfinavir, pode-se utilizar o indinavir como opção ao inibidor de protease do esquema.

A criança deve retornar para pesquisa de vaginites e para observar a reparação das lesões.

No caso de violência sexual em meninas após a menarca deve-se fazer a anticoncepção de emergência e a profilaxia de DST como nas adultas.

Entretanto, na enorme maioria dos casos de abuso em crianças, a procura por assistência médica só ocorre semanas ou meses após o início do abuso sexual.

O tratamento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível e incluir não apenas a criança como também os familiares.

7. INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO NOS CASOS DE ESTUPRO

7.1 - POR MÉTODO FARMACOLÓGICO

A interrupção da gestação decorrente do estupro continua sendo grande problema para as mulheres. Atualmente existem inúmeros serviços implantados no Brasil que atendem mulheres vítimas de violência, mas muitos têm restrições à interrupção da gravidez, mesmo quando seguramente esta decorreu de violência sexual. Entre outras, alegam que ainda não estão preparados para este ato, que é exclusivo do médico.

A existência de outras opções além da aspiração manual intra-uterina e da curetagem clássica constituem alternativas seguras e que podem diminuir os preconceitos com relação ao abortamento.

A inclusão do método farmacológico para a interrupção da gravidez no primeiro trimestre deve ser considerada como mais uma opção terapêutica, e como método de escolha quando a gestação se encontra no segundo trimestre, desde que a mulher seja esclarecida sobre as demais possibilidades e concorde com esta técnica.

A droga utilizada atualmente no Brasil, para interrupção farmacológica da gestação, é o misoprostol, disponível em comprimidos de 200 µg, que tem uma única forma de apresentação comercial, denominado Cytotec®. Trata-se de prostaglandina sintética (E₂), com ação sobre o músculo uterino, promovendo sua contratilidade.

A dose a ser utilizada depende da idade gestacional, avaliada por ultra-som e pelo tamanho uterino. Pode-se seguir as seguintes recomendações:

Primeiro trimestre

- 800 µg (4 comprimidos), dose única, por via vaginal, podendo-se repetir a medicação com 24 horas;
- 400 µg (2 comprimidos), a cada 12 horas, por via vaginal, durante 2 ou 3 dias;
- 200 µg (1 comprimido), de 6 em 6 horas, por via vaginal, durante 2 ou 3 dias.

A utilização oral do misoprostol não tem mostrado a mesma eficácia do uso vaginal.

Segundo trimestre

- 200 µg (1 comprimido), de 12 em 12 horas, por via vaginal, durante 2 ou 3 dias;
- 100 µg (1/2 comprimido), por via vaginal, de 4 em 4 horas.

No primeiro trimestre é conveniente esperar, pelo menos 72 horas, após o último comprimido para considerar eventual falha do método. Nestes casos pode-se repetir a mesma dose, ou utilizar-se-á outro método após as devidas explicações e se houver concordância da mulher.

Quando a gravidez encontrar-se no segundo trimestre devemos repetir a indução com o misoprostol, com intervalos de 3 a 5 dias.

Em relação aos efeitos colaterais, as mulheres devem ser informadas de sua possibilidade, embora não freqüente e sem grandes complicações, entre os quais assinalam-se:

- Diarréia: tratada apenas com hidratação;

- Vômitos: controlados com antieméticos;
- Hipertermia: mantida em temperatura normal com o uso de paracetamol ou dipirona.
- Sangramento vaginal excessivo.

Havendo dor, decorrente das contrações uterinas, esta poderá ser amenizada com o uso de analgésicos, antiinflamatórios ou opiáceos.

7.2 - POR ASPIRAÇÃO A VÁCUO

A Organização Mundial de Saúde reconhece a aspiração a vácuo como método seguro e eficaz de esvaziamento uterino e recomenda que deve estar disponível nos centros de saúde de assistência primária (tipo I e II) como parte da assistência de qualidade para reduzir a mortalidade materna.

A aspiração a vácuo substituiu a curetagem na maioria dos países desenvolvidos no atendimento ao abortamento incompleto do primeiro trimestre da gestação. Inicialmente, foi empregada a aspiração por bomba de vácuo elétrica; entretanto, à medida que a segurança e a eficácia do método foram reconhecidas, e pela falta de energia elétrica em várias regiões do mundo, tornou-se necessária a criação de um modelo manual. A Tabela 1 mostra as características dos dois métodos:

Tabela 1 - Características da aspiração a vácuo.

	Elétrica	Manual
Equipamento	Bomba	Seringa
Vácuo	Contínuo	Descontínuo
Pressão de vácuo	> 650 mmHg	650 mmHg
Capacidade	350-1200 mL	60 mL
Cânulas	Metálicas/Plásticas	Plásticas
	Rígidas/Flexíveis	Flexíveis
Diâmetro	4-16 mm	3-12 mm

O equipamento de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) é composto por seringas de válvula simples ou dupla, com capacidade de 60 mL e pressão de vácuo de 650 mmHg. Acompanham o equipamento, cânulas Karman de plástico flexível com diâmetros variáveis de 3 a 12 mm. A seringa de válvula simples emprega cânulas de diâmetro de 3, 4, 5 e 6 mm, e a de válvula dupla, cânulas de 6, 7, 8, 9, 10 e 12 mm. Cada cânula adapta-se à seringa de válvula dupla por meio de adaptadores de diferentes cores, com exceção da cânula de 12 mm que é adaptada diretamente à seringa. As cânulas possuem uma ou duas fenestras laterais para passagem do material aspirado. Pontos da mesma cor dos adaptadores correspondentes situam-se na extremidade das cânulas, a intervalos de 1 cm, sendo o primeiro a 6 cm da extremidade, para permitir a histerometria.



Procedimento de AMIU

Antes do início do procedimento propriamente dito, as seringas e cânulas devem ser selecionadas e as seringas testadas. As cânulas normalmente vêm esterilizadas e acondicionadas em envólucros fechados. Apesar de serem descartáveis, é possível a sua reesterilização.

De acordo com o tamanho do útero, seleciona-se o tipo de seringa e o tamanho das cânulas a serem usadas, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Cânulas recomendadas de acordo com o tamanho do útero.

Tamanho do útero (semana de gravidez)	Tamanho das cânulas
5 a 7 semanas	5 a 7 mm
8 a 9 semanas	8 a 9 mm
10 a 12 semanas	10 a 12 mm

Para a biópsia do endométrio emprega-se a cânula de 3 ou 4 mm com seringa de válvula simples. Para o abortamento incompleto de até 12 semanas deve-se eleger a maior cânula que a dilatação permita para que o vácuo possa ser mantido (Tabela 3).

Tabela 3 - Correspondência entre cânulas, seringas e adaptadores.

Tamanho da cânula	Tipo de seringa	Cor do adaptador
3, 4, 5 e 6 mm	Válvula simples	Não necessita adaptador
3, 4, 5 e 6 mm	Válvula dupla	Azul
7 mm	Válvula dupla	Caramelo
8 mm	Válvula dupla	Amarelo ou Branco
9 mm	Válvula dupla	Marrom
10 mm	Válvula dupla	Verde
12 mm	Válvula dupla	Não necessita adaptador

Inspeção do equipamento: inserir o êmbolo no cilindro e fechar a(s) válvula(s) pressionando o(s) botão(ões) para baixo e para frente. Para testar a capacidade de formar vácuo da seringa, puxe o êmbolo até se fixar na borda do cilindro. Deixar a seringa por alguns minutos e depois liberar o(s) botão(ões) abrindo a(s) válvula(s), quando o ar passa fazendo o ruído característico do vácuo que foi produzido.

Início do procedimento

1 - Controle da dor:

Existe tendência atual à realização do esvaziamento uterino fora dos centros cirúrgicos, o que levou ao aumento do uso da anestesia por bloqueio paracervical, principalmente quando se utiliza a técnica de aspiração a vácuo. A anestesia geral fica reservada aos casos que o médico julgar necessária a intervenção do anestesista. Atualmente, com o avanço das técnicas de anestesia geral com medicamentos de curta duração, esta tem sido a preferida. Devemos lembrar que as pacientes vítimas de estupro, são em geral jovens, ansiosas e psicologicamente abaladas pelo trauma sofrido. Assim, muitas delas podem não responder bem à anestesia local.

Entretanto, as mais tranquilas e preparadas poderão receber anestesia paracervical. A seleção de pacientes deve ser criteriosa para não aumentar a vivência de traumas.

O bloqueio raquidiano ou peridural deve ser utilizado quando a anestesia geral não for possível. Deve ser restrito a casos bem selecionados.

O controle da dor tem como objetivo assegurar à mulher que ela sofra o mínimo de ansiedade, desconforto e risco para

sua saúde. De modo geral, não é necessária a abolição da consciência para se obter o controle adequado da dor.

O ideal é oferecer tratamento gentil e atencioso, associado a um ansiolítico leve.

A dor no esvaziamento uterino é provocada pela dilatação do colo, notadamente do orifício interno, pela movimentação do útero, raspagem das paredes e contração estimulada pela aspiração. São responsáveis, o plexo útero-vaginal e o hipogástrico. O bloqueio paracervical atinge ambos.

A dor é potencializada pelo medo, daí a importância de se transmitir à paciente confiança e tranquilidade. Deve haver contínua atenção por parte da equipe clínica. A paciente deve ser informada sobre o procedimento antes e durante a sua realização e sobre o tipo de desconforto que pode sentir, recebendo assim apoio emocional em todos os momentos.

A *lidocaina* é o anestésico local universalmente utilizado. Para bloqueio paracervical deve-se utilizá-la sem *epinefrina* (adrenalina). Oferece segurança, eficiência e é de baixo custo. Raramente causa reação anafilática. Contém um preservativo - metilparabem, que também raramente produz reação alérgica. Ao ser injetado, rapidamente se espalha pelos tecidos produzindo seu efeito anestésico. São extremamente raras as complicações sérias com anestesia local. De qualquer maneira, não se deve ultrapassar a injeção de 16 mL de *lidocaina* a 1% ou 8 mL a 2%. Já foram descritos acidentes graves e fatais com injeção de dose excessiva ou intravascular. Deste modo, 12 mL a 1% é a dose adequada. Outros anestésicos locais também podem ser empregados.

Se necessário, além do anestésico local, pode ser usado um analgésico, que, de modo geral, intensifica o efeito do blo-

queio paracervical, além de diminuir a dor abdominal. Em casos de ansiedade, também pode ser associado um ansiolítico. Como exemplos de analgésicos, são recomendados *fentanil* e *meperidina*, e como ansiolíticos, *midazolam* e *diazepam*, de forma isolada ou combinados.

Em caso de depressão respiratória com os analgésicos, emprega-se *naloxeno* - 0,4 mg por via endovenosa e ventilação com oxigênio em Ambu para reversão do quadro.

Os ansiolíticos também são capazes de provocar depressão respiratória. A reversão se obtém com injeção intravenosa de 0,2 mg de *flumazenil*.

Embora raros, pela absorção rápida do anestésico, os fenômenos anafiláticos podem manifestar-se por prurido e urticária. Quando intensos podem ser tratados com *difenidramina* (Benadril), 25 a 50 mg por via endovenosa. Caso haja comprometimento respiratório, deve-se aplicar 0,4 mg de *epinefrina* subcutânea. São mais comuns efeitos leves como: zumbido nos ouvidos, falta de foco visual, gosto metálico, vertigens e insensibilidade de lábios e língua.

2 - Toque bimanual

Para confirmação do tamanho e da posição do útero e para avaliar o grau de dilatação cervical.

3 - Dilatação cervical

A dilatação cervical está indicada sempre que o colo não estiver espontaneamente dilatado, como acontece freqüentemente nos abortamentos incompletos. Havendo necessidade de dilatação, ela pode ser lenta, ideal do ponto de

vista da manutenção das estruturas anatômicas e funcionais do colo, e rápida, que é a realizada na maioria das vezes. A dilatação lenta é obtida com dilatadores higroscópicos: laminária - pecíolo de alga hidrófila, que absorve líquidos do meio biológico, aumenta de calibre, promovendo a dilatação do canal em algumas horas. A laminária pode ser reaproveitada quando mantida em álcool para sofrer desidratação. Existem dilatadores higroscópicos sintéticos como o Dilapan, fabricado de um polímero hidrogel, ou Lamicel, uma esponja que é polímero alcoólico de polivinil impregnado de sulfato de magnésio anidro. Nos casos de colos muito duros (nulíparas, jovens) ou em gestações com mais de 12 semanas (casos de exceção), deve-se preferir o uso de dilatadores higroscópicos (por enquanto não disponível).

A dilatação rápida, realizada imediatamente antes do esvaziamento uterino, é obtida com os mais variados modelos de dilatadores: Pratt, Hanks, Hawkins-Ambler, Chaim, etc. Mais comumente empregadas no nosso meio são as velas de Hegar, que devem ser de extremidade cônica e não arredondada. Damos preferência aos dilatadores de Denniston, fabricados com material plástico, porém suficientemente duro, com extremidades anguladas e conicidade progressiva e longa. A dilatação deverá ser suficiente para a introdução da cânula correspondente à idade gestacional mais 1. Exemplo: Gestação de 7 semanas. Dilate o colo até vela 8 e utilize a cânula 7 para a aspiração intrauterina. A cânula 7 corresponde à idade gestacional referida.

4 - Introdução da cânula.

Introduzir a cânula suavemente através do colo uterino e

inicialmente verificar a histerometria. Mantenha a cânula no interior da cavidade uterina para que seja conectada à seringa.

5 - Conexão da seringa à cânula.

Com o adaptador colocado na seringa (se for o caso) ajusta-se firmemente a seringa à cânula, sem que a mesma se desloque.

6 - Liberação da(s) válvula(s).

Com a mão de apoio segurando preferentemente a cânula, abre(m)-se a(s) válvula(s), permitindo a transferência dos tecidos para a seringa.

7 - Esvaziamento uterino.

Com movimentos lentos para trás e para frente e girando a cânula poucos graus após cada movimento, todo o conteúdo da cavidade uterina é transferido para a seringa. Deve-se ter o cuidado de não permitir que o orifício da cânula atinja o canal provocando perda do vácuo.

São sinais indicativos da transferência de todo material para a seringa: espuma avermelhada, sem tecidos, na cânula; aspereza da superfície endometrial e contração do útero em torno da cânula, dificultando sua movimentação.

8 - Desconexão da seringa e retirada da cânula e demais instrumentos.

Situações possíveis

Perda parcial ou total do vácuo.

1. Por estar a seringa cheia. Fechar a(s) válvula(s); desconectar a seringa da cânula; esvaziar a seringa em recipiente próprio; restabelecer o vácuo e conectar à cânula. Para postergar o esva-

ziamento da seringa, neste momento, pode-se dispor de outra seringa previamente preparada.

2. Por ter o orifício da cânula alcançado o colo reintroduza a cânula no útero. Desconectar a seringa; restabelecer o vácuo, conectar a seringa à cânula, e re-iniciar a aspiração até o total esvaziamento uterino. Sempre que houver contaminação da cânula de aspiração esta deverá ser substituída por outra de igual tamanho.

Deve-se tomar todo o cuidado para não tocar nos braços do êmbolo quando o vácuo estiver estabelecido. Se ocorrer o deslizamento do êmbolo, ar ou material contido na seringa passarão para a cavidade uterina, sob pressão, com risco de complicações.

Os cuidados de limpeza, desinfecção e manutenção dos instrumentos devem ser rigorosos e atender as especificações do fabricante.

Kit utilizado para Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU)

Dilatadores de Denniston

Jogo de Cânulas de Aspiração de Karmann

Seringa de Vácuo

Prolongadores de agulhas

7.3 - POR CURETAGEM UTERINA

Introdução

A curetagem uterina é intervenção indispensável em várias formas clínicas de abortamento. Embora simples, pode, quando mal executada, ocasionar problemas graves como: in-

fecção intracavitária, perfuração uterina, sangramento abundante por lesão do endométrio ou por persistência de restos ovulares, sinéquias ou aderências por remoção excessiva da camada interna do útero.

Cuidados recomendados

- Paciente previamente submetida a exames clínico geral e ginecológico.
- Ultra-sonografia com identificação da posição uterina e confirmação da idade gestacional.
- Paciente em centro cirúrgico, com veia periférica de razoável calibre acessada, posição de litotomia, médico devidamente paramentado, anti-sepsia dos órgãos genitais externos e internos, proteção dos genitais com campos esterilizados.

Conduta anestésica

- Avaliação criteriosa da gravidade do sangramento, quando estiver presente, bem como da estabilidade cardiovascular .
- *Emergência*: sem necessidade de jejum.
- *Situações eletivas*: Jejum deve ser respeitado
 - Jejum para sólidos: 8 horas
 - Jejum para líquidos: 6 horas.

Técnicas anestésicas

O que determinará a escolha da técnica anestésica é a presença ou ausência de estabilidade hemodinâmica da paciente.

Anestesia geral

- A anestesia geral recomendada tem como opções os anestésicos tiopental sódico ou propofol ou etomidato ou ketamina

(S+) associados a opióides (fentanil ou alfentanil ou sulfentanil) nas doses indicadas e adequadas às condições clínicas da paciente. Se forem utilizados agentes halogenados, deve-se dar preferência aos que menos interferem com a contratilidade uterina.

- *Anestesia balanceada*: pré-medicação com midazolam e fentanil e manutenção com sevoflurano.

- Havendo NPO adequada por parte da paciente, a via aérea pode ser mantida com máscara facial e cânula de Guedel ou ainda pela inserção de máscara laríngea.

- Não havendo NPO adequada, cuidado com a aspiração pulmonar do conteúdo gástrico! Portanto deve-se estar preparado para possível entubação traqueal.

- Nas curetagens pós-aborto em que a paciente estiver de estômago cheio e com estabilidade hemodinâmica, pode ser indicada técnica regional (raquianestesia, peridural ou bloqueio paracervical) com sedação venosa.

- Independente da técnica utilizada, devemos sempre ter uma boa linha de acesso venoso bem como respeitar a resolução 1363 do CFM que reza sobre as condições mínimas de segurança dos procedimentos anestésicos na sala cirúrgica: monitorização e materiais adequados, etc.

Técnica de dilatação cervical

- Exame ginecológico com a paciente anestesiada: realiza-se o toque bimanual, para confirmação do volume, da posição do útero e do estado dos anexos.

- Anti-sepsia da genitália externa, da vagina e do colo uterino. Não utilizar anti-sépticos alcoólicos

- Esvaziamento vesical prévio, com cateter de alívio
- Colocação do espéculo de Collins

- Pinçamento do lábio anterior do colo uterino com pinça do tipo Pozzi ou Museaux
- Histerometria para determinação do tamanho e posição do útero
- Dilatação do canal endocervical com velas graduadas de Hegar ou de Denniston.

No abortamento legal com gestações maiores que 10 semanas, é recomendável que se introduza um comprimido de misoprostol 200 µg (Cytotec) intravaginal, destinado ao preparo do colo uterino, no mínimo 6 horas antes do procedimento, visando menor traumatismo durante a dilatação. A administração prévia de ocitocina no soro ou por via intramuscular, visando promover maior contração do útero para tentar diminuir riscos de sangramento e perfuração do órgão, tem indicação específica e não deve ser rotineira.

Técnica de curetagem uterina

Após adequada dilatação do canal intracervical, introduz-se a pinça Winter (pinça de ovo) para retirada da maior quantidade possível de material. Em seguida, raspa-se a cavidade uterina com cureta romba ou fenestrada. A curetagem se faz de dentro para fora, no sentido horário e será repetida até perceber-se que não há mais restos. A cavidade limpa nos dá a sensação de aspereza à passagem da cureta, o útero involui rapidamente e as perdas sanguíneas diminuem consideravelmente.

Considerações complementares

- O tamponamento pós-esvaziamento uterino é formalmente contra-indicado por aumentar os riscos de infecção, masca-

rar sangramentos e impedir a involução normal do útero.

- A antibioticoterapia encontra-se indicada nos casos de manipulações anteriores. Não há necessidade de uso profilático rotineiro.

- A utilização de imunoglobulina anti-Rh nas pacientes Rh negativas sendo o pai do produto conceptual Rh positivo ou ignorado deve ser sistemática e rotineira.

- A hospitalização deve ser a mínima necessária com programação de alta hospitalar após cessados os efeitos anestésicos, exceto nos casos complicados ou infectados.

- O repouso domiciliar é aconselhável por período mínimo de 24 a 48 horas nos casos não complicados.

8. INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO NO RISCO DE MORTE MATERNA

De acordo com a legislação em vigor, o abortamento está descriminalizado, ou seja, é lícito, em duas hipóteses previstas no artigo 128, incisos I e II do Código Penal: abortamento necessário (quando não há outra forma de salvar a vida da gestante) e abortamento sentimental ou humanitário (quando a gravidez decorre de estupro).

No Brasil, muitos hospitais públicos, especialmente universitários, já implantaram o serviço de atendimento às mulheres em situação de violência sexual e estão realizando o abortamento lícito sentimental, nos termos das Normas do Ministério da Saúde sobre “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, para garantir os direitos das mulheres vitimizadas e procurando, assim, suprir a omissão constitucional do Estado nesses últimos sessenta anos (o Código Penal é de 1940).

Há ainda resistência à implantação destes serviços, quando o objetivo é a prática do abortamento sentimental (por estupro), mas acredita-se, em geral, que a gestante com risco de morte consiga com maior facilidade exercer o seu direito ao abortamento do que nos casos de gravidez indesejada proveniente de estupro ou violência sexual. Todavia, essa crença é mítica e merece enfrentamento e reflexão.

É verdade que, em algumas circunstâncias, o aborto para salvaguardar a vida da gestante (aborto necessário) é aceito com maior naturalidade.

De acordo com a interpretação literal da mencionada

expressão legal, entende-se ser necessário que a gestante esteja à beira da morte para que a interrupção da gravidez seja justificada. Todavia, a discriminante em menção não se refere apenas a casos extremos de iminência de morte para a gestante.

Na verdade, como já se observou, “o aborto necessário pode ser terapêutico (curativo) ou profilático (preventivo)”, ou seja, é possível a prática do abortamento necessário, diante de risco iminente de morte, mas também para prevenir situação futura que exponha a perigo a vida da gestante. Como se vê, a situação prevista na discriminante em menção extrapassa aquela situação óbvia de extremo e iminente risco de vida.

Desta maneira, a discriminante do artigo 128, Inciso I do Código Penal (abortamento necessário), deve ser interpretada como uma possibilidade de prevenir a situação de “perigo futuro” (abortamento profilático). E é nessa última situação, de “perigo futuro”, que o problema não é enfrentado corretamente.

Na prática obstétrica atual, realiza-se a interrupção da gravidez por indicação materna, quando existe doença que coloca em risco a vida da mulher, mas, essa decisão é geralmente tomada quando a condição da doença já evoluiu a um estágio de gravidade que faz impositiva a interrupção, ou seja, em casos extremos. Via de regra, procura-se atingir a maturidade fetal ou esperar o efeito de terapia que acelere a maturidade pulmonar do feto.

JUSTIFICA-SE O ABORTAMENTO POR RISCO DE VIDA?

Recentemente, têm surgido diversas opiniões de juristas e obstetras afirmando que já não existem doenças maternas que justifiquem a interrupção precoce da gestação por aborto

profilático. Essas afirmações baseiam-se em experiências de mulheres portadoras de doenças crônicas graves que sobrevivem à gravidez.

Julio Fabrini Mirabete asseverava, inclusive, que os riscos da gravidez “podem ser superados, tendo em vista a enorme evolução da medicina e dos recursos da cirurgia”, enquanto Raul Briquet afirmava que “o aborto terapêutico adviria da deficiência de conhecimentos médicos ou da não-observância dos princípios da assistência neo-natal”.

As estatísticas da mortalidade materna, que mostram a persistência de altas taxas de mortes maternas indiretas, causadas por doenças que existiam antes da gravidez, evidenciam a incorreção dessas afirmações, pois há sim, comprovadamente, muitos casos em que a única forma de evitar a morte da gestante é o abortamento profilático. O maior problema consiste em definir qual o grau de letalidade de uma doença durante a gravidez que justifique a sua interrupção precoce, quando a mulher se apresenta suficientemente hígida, mesmo porque também é necessário saber quando o próprio abortamento não irá representar risco excessivo para sua vida.

Em geral, aceita-se com maior tranquilidade a interrupção da gestação em casos de câncer de colo uterino, que requer tratamento imediato. Como nesses casos não se extrai o feto ou o embrião do útero, mas retira-se o útero com o produto da concepção no seu interior, o abortamento é indireto e, por isso, melhor aceito pelos médicos e até pelos grupos religiosos (?).

No entanto, quando a mulher apresenta doença crônica sistêmica, como cardiopatia, nefropatia, diabetes, assim como tantas outras doenças cuja evolução pode ser agravada pela gravidez, a decisão pela interrupção tem ficado exclusivamente a

critério dos médicos e tem ocorrido de forma extremamente variável, mesmo em casos semelhantes.

Realmente, quando a paciente apresenta doença sistêmica grave, para embasar a sua decisão de interromper a gestação, o médico obstetra costuma solicitar o parecer de especialista na doença que motiva a interrupção. Este, por sua vez, costuma elaborar relatório referente ao diagnóstico e ao grau evolutivo da doença, referindo-se à conseqüência que a gravidez pode ter sobre a sua evolução, mas dificilmente irá indicar o aborto, ficando o ônus da decisão ao obstetra. Além disso, geralmente o especialista também não se arrisca a indicar o nível de letalidade que pode ser esperado em condições semelhantes, isto é, não afirma em que porcentagem de casos, com a mesma condição, ocorre a morte durante o transcurso da gravidez, parto e puerpério. E essa omissão do especialista dificulta sobremaneira a decisão do obstetra.

Mas não é só. Lembre-se de que dificilmente dois casos são iguais, tanto no que diz respeito ao tipo de lesão básica, quanto no que se refere ao grau de evolução da doença. Além disso, a evolução da doença durante a gravidez vai depender em grande parte, também, dos meios disponíveis para seu tratamento, o que pode variar amplamente de um hospital para outro.

O risco de morte materna durante o parto e puerpério no Brasil é de aproximadamente 0,5 a 1 por mil na região Sul e Sudeste, ao passo que na região Norte e Nordeste esse índice é superior a 1 por mil.

Entretanto, ao se definir uma doença de base, por exemplo mulheres com cardiopatia valvular descompensada têm risco de morrer durante a gravidez próximo a 5% (ou 50 por mil), ainda que esse índice possa variar segundo características

específicas da enfermidade e dos cuidados aos quais essa mulher possa ter acesso. E, na ausência de tais cuidados, a probabilidade de morte será certamente muito superior.

É imprescindível, pois, que diante destas situações seja feita uma séria reflexão a respeito das situações de “perigo futuro”. Assim, diante do “risco ou perigo futuro”, deveríamos nos perguntar qual a porcentagem de letalidade que justificaria a interrupção precoce da gestação?

A decisão pela interrupção é sempre extremamente difícil e, em consequência, a maior parte dos médicos evita tomá-la. Desta maneira, o pequeno número de casos em que se pratica a interrupção por risco de morte materna deve-se mais à falta de decisão do que a posições contrárias quanto à necessidade da interrupção.

Em outras palavras, raras vezes o médico se atreve a afirmar que a interrupção é realmente necessária para salvar a vida da mulher diante de um determinado percentual de risco para a vida da gestante. Mas, poucas são as vezes, também, em que o médico se atreve a afirmar o contrário. O que acaba prevalecendo é simplesmente a omissão quanto à decisão. E essa omissão de tomar uma decisão implica na continuidade aleatória da gravidez, podendo ou não terminar em morte materna indireta, que na atualidade representa 20% das mortes maternas no mundo.

O DILEMA DO GÍNECO-OBSTETRA

Para o médico obstetra, preocupado constantemente em proteger o feto, é extremamente difícil decidir pelo abortamento com feto vivo. Mas não se pode esquecer que proteger a vida da mulher deve ser também sua preocupação primária, e que a

mulher tem pleno direito à assistência integral à sua saúde, inclusive direito ao abortamento quando caracterizada situação de risco - contida no inciso I do artigo 128 do Código Penal, seja essa situação de risco atual ou futuro. E o médico não pode omitir-se na garantia desses direitos.

É neste sentido que juristas conceituados como Chiarotti, García-Jurado e Shuster afirmaram que “negar às mulheres a possibilidade de aceder ao aborto terapêutico significa violar direitos humanos fundamentais” e, em consequência, “o estado, encarregado da administração dos hospitais públicos, está obrigado a garantir o acesso de todos/as os/as habitantes aos serviços de saúde, sem restrições maiores do que aquelas impostas pela Lei”.

Como o abortamento em nosso país é ato criminoso, o médico teme ser acusado judicialmente por interromper uma gravidez, especialmente quando não há certeza sobre as condições em que isso é possível. Paradoxalmente, não teme ser demandado judicialmente pela morte de mulher com doença crônica em que ele tenha-se recusado a interromper a gravidez preventivamente, no momento oportuno.

O artigo 13, parágrafo 2º do Código Penal, disciplina a omissão de tratamento médico adequado, mostrando ser penalmente relevante quando, no sentido preventivo, o omitente poderia e deveria ter agido para evitar o resultado. Ainda, se a omissão do médico decorre de sua negligência, imperícia ou imprudência, poderá responder por homicídio culposo e eventualmente doloso.

Portanto, é perfeitamente possível a responsabilização criminal e civil dos gineco-obstetras e especialistas omitentes. É preciso começar a considerar as consequências que eventual-

mente possam eles suportar por não aceitarem a solicitação da mulher, ou mesmo por não fornecerem informações apropriadas a ela, bem como à sua família, sobre os riscos decorrentes da manutenção da gestação.

O QUE FAZER ENTÃO DIANTE DE TAIS SITUAÇÕES DE RISCO FUTURO ?

A primeira medida a ser tomada é estabelecer mecanismos que permitam informar melhor os médicos sobre a lei e suas conseqüências, bem como possibilitar ao público informações suficientes sobre os riscos da gravidez e os direitos da mulher. É óbvio que a informação aos médicos e ao público deve começar com ênfase na necessidade de prevenir a gravidez em mulheres portadoras de doenças que se agravam com a gestação e podem levar à morte. À gestante deve ser garantido o direito de opinar e escolher qual das opções possíveis é a melhor para ela. Aliás, como é a vida da mulher que está em jogo, é indispensável que a sua própria decisão, informada e esclarecida, tenha peso maior sobre a conduta a ser adotada pelo médico.

Embora o médico não necessite do consentimento da gestante nos casos de abortamento necessário, pois “cabe ao médico decidir sobre a necessidade do aborto”, este não deverá ser realizado se a gestante não o autorizar e puder conscientemente manifestar a sua vontade pelo prosseguimento da gestação, mesmo conhecendo os riscos inerentes à doença que se apresenta.

Por outro lado, se a gestante não quiser assumir esse risco e solicitar a interrupção, cabe ao médico realizar as avaliações necessárias, solicitar a opinião do especialista na doença da gestante, obter a sua autorização e consentimento informado so-

bre os tratamentos a serem administrados e então realizar o abortamento necessário ou a antecipação do parto, fato este comum em doenças como diabete, hipertensão grave e síndrome Hellp, sabidamente causadoras de óbito materno.

Lembre-se, ainda, que, juridicamente, o abortamento para salvar a vida da gestante não requer a intervenção do poder judiciário, isto é, não é necessária autorização judicial para a realização do procedimento.

Apenas é recomendável que, por cautela, dois médicos, diferentes daquele que irá praticar o abortamento, atestem, por escrito, a condição de risco da gestante. Também é recomendável um documento assinado pela mulher (ou por seu representante legal se for menor ou incapaz), no qual ela declara estar ciente dos riscos do prosseguimento da gestação e concorda com a decisão médica de praticar o abortamento. Se ela não concordar com essa providência profilática, deverá declarar a sua vontade de prosseguir a gestação, assumindo os riscos. Somente será dispensável a consulta à gestante, excepcionalmente, diante do risco extremo de morte iminente, ou nos casos de inconsciência ou coma.

Por derradeiro, é preciso lembrar que, nos casos de risco de vida, a opção da gestante pelo abortamento não é ato de egoísmo nem de falta de amor materno, mas, sim, expressão da responsabilidade pelos filhos já existentes que precisam de uma mãe. É também fruto da possibilidade da auto-determinação da mulher com relação à sua sexualidade e à reprodução, o que desestrutura um dos pilares em que se sustentam as relações assimétricas entre homens e mulheres.

Os métodos utilizados para a interrupção da gestação deverão ser individualizados de acordo com o tempo de gesta-

ção e a afecção em questão. Devem ainda ser observados os riscos e os benefícios de cada método em particular. O método farmacológico das prostaglandinas (misoprostol) é o mais utilizado nas gestações acima de 12 semanas, ao passo que a aspiração manual intra-uterina tem sido preferida nas gestações de até 12 semanas. A realização de microcesariana deve ter indicação restrita aos casos em que não é possível a indução do abortamento.

9. INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO NAS MALFORMAÇÕES FETAIS

No Brasil, o diagnóstico de anomalias fetais iniciou-se em 1979. A capacidade da Medicina diagnosticar diversas doenças no período pré-natal gerou um paradoxo: passou a ser possível a previsão das repercussões pós-natais de defeitos detectados antes do nascimento, mas no caso das doenças incuráveis e incompatíveis com a vida não havia opção que amenizasse a angústia do casal ciente do diagnóstico.

Somente em 1990, reunião do Conselho Federal de Medicina resultou em mudança na postura de interpretar literalmente as normas legais vigentes. Compreendiam os conselheiros então ser necessário reconhecer o desenvolvimento do diagnóstico pré-natal e reformular a postura da classe médica para embasar uma reordenação jurídica. Uma das conseqüências dessa atitude foi a proposta de reformulação do Código Penal de modo a incluir o aborto por anomalia fetal incompatível com a vida nas exclusões de ilicitude do crime. Esforços para essa reformulação existem até hoje e o abortamento nos casos incompatíveis com a vida figura como circunstância excludente de penalização na atual redação do novo anteprojeto que reformulará o Código Penal, se aprovado.

Outra conseqüência foi a atitude de várias pacientes e do médico destas em apresentar formalmente requisição legal para a interrupção de gravidez acompanhada de anomalia(s) congênita(s) incompatível(is) com a vida extra-uterina da criança. Nesta década, presenciamos a emissão de mais de 500 alvarás permitindo o aborto nas situações supracitadas.

INDICAÇÕES

Existem numerosas afecções que podem ser incompatíveis com a vida extra-uterina, porém detectáveis em períodos razoavelmente precoces da gestação. Normalmente, o que determina a inviabilidade não é uma malformação isolada, mas o quadro geral apresentado naquele caso. Como ficará evidenciado adiante, as consultas à literatura e a outros profissionais com experiência no assunto são obrigatórias caso se deseje requisitar um alvará.

Em um dos estudos mais abrangentes sobre este problema, Frigério (1999) levantou um total de 263 requisições de alvará em quase todos os estados da união. Dos 263 casos, 57,4% provieram da rede pública de saúde e 31,2% de serviços privados (para os 11,4% restantes, a informação não foi disponibilizada nos autos). Em 259 dos 263 casos, as malformações que motivaram a requisição eram incompatíveis com a vida extra-uterina (Tabela 1), embora em 12 processos o tipo de anomalia não tenha sido disponibilizado ao autor.

Na casuística atendida por Frigério (1999), foram contabilizadas 52 solicitações de alvará – metade dos casos foi encaminhada a partir da rede pública de saúde. O diagnóstico foi realizado entre 13 e 33 semanas, mas na maioria dos casos excedeu 20 semanas. Nessa população, as indicações mais comuns para a interrupção foram a anencefalia (40%), as anomalias do sistema urinário (13%), as malformações múltiplas (14,9%) e as anomalias cromossômicas (9,2%). A ultrasonografia é um instrumento essencial tanto no rastreamento, como no diagnóstico das anomalias incompatíveis com a vida. Na maioria dos casos, as malformações podem ser diagnosticadas unicamente por esse método.

CRITÉRIOS PARA INTERRUPÇÃO

Uma vez atingido o diagnóstico, a incompatibilidade com a vida em si não representa indicação para o abortamento daquela gravidez. A detecção e o prognóstico da doença devem ser exaustivamente esclarecidos à gestante e, na maioria dos casos, ao companheiro. Além disso, as informações fornecidas às gestantes ou casais devem abranger as alternativas disponíveis para lidar com a realidade do diagnóstico. Dentre essas alternativas, está a requisição de alvará para a interrupção legal da gravidez. Em todos os casos, é desejável pelo menos uma consulta com um(a) psicólogo(a) especializado(a) na temática. Esta consulta procura elucidar os principais fenômenos exaltados com a descoberta da malformação no filho desejado e utilizá-los para auxiliar a decisão do casal e a conduta médica pertinente.

Na maioria dos serviços em que o abortamento por anomalia fetal é realizado, o óbito fetal pode ser previamente induzido por injeção intracardíaca ou intracordonal de cloreto de potássio. Esta atitude é justificada do ponto de vista jurídico, uma vez que a vida do feto não é mais um bem a ser preservado. O parto é induzido pela administração de misoprostol, sendo facultado o uso de analgésicos. Esse procedimento reduz o tempo de internação. Assim, a angústia do casal é minimizada. Atenção deve ser dispensada às regras da instituição onde se pretende realizar o abortamento. Por vezes, os hospitais de aborto legal impõem uma idade gestacional máxima para a execução do procedimento.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Pedido do alvará, de preferência redigido pela instituição de referência (hospital) demonstrando ao Juiz de Direito que a

patologia fetal é incompatível com a sobrevivência do nascituro, e solicitando sua autorização para a interrupção da gestação. Este documento poderá ser também redigido por um advogado da família ou do Ministério Público. O documento deverá ser encaminhado a uma Vara Criminal.

- Uma declaração da gestante/cônjuge deve esclarecer que houve a compreensão do diagnóstico firmado e que o desejo é o de interromper a gestação.

- Pareceres médicos baseados em ultrassonografia morfológica devem ser elaborados por, no mínimo, dois médicos. Também devem constar a descrição das anomalias encontradas (de maneira mais explícita possível), os exames realizados para se estabelecer o diagnóstico e o apoio da equipe médica à decisão da gestante/casal.

- Parecer psicológico ou psiquiátrico. Nos casos pertinentes, deve constar o apoio psicológico à decisão do casal ou, em outras palavras, que a continuidade da gestação pode gerar impacto emocional negativo, abalando a estabilidade do casal e causando transtornos psíquicos à mulher.

- Bibliografia acerca da doença fetal deve ser anexada, especialmente em casos de síndromes raras. Para os casos de Anencefalia não é necessário.

- Em casos extremos é prudente anexar três ou mais sentenças judiciais que já contemplaram a interrupção de gestações de modo a facilitar o trabalho do juiz. Instituições de referência poderão fornecer cópias de autorizações judiciais para os colegas interessados em conhecer ou estudar seu conteúdo jurídico.

DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

- No Brasil ainda é precária a documentação científica de fetos malformados. Em serviços mais desenvolvidos realiza-se rotineiramente a fetografia (Rx fetal) e a autópsia seletiva para o registro das alterações orgânicas.

ACONSELHAMENTO PÓS-ABORTO

- É recomendável que se realize o aconselhamento genético em casais com risco para gestação futura.

- Abaixo, tabela demonstrativa de motivos para solicitação judicial de interrupção da gestação (Frigério, M.V. & Gollop, T.R.)

Tabela 1 - De um total de 263 processos levantados em vários estados, lista-se o diagnóstico da malformação que motivou a requisição do alvará judicial para o abortamento (1999).

Diagnóstico	Nº	%
Anomalias do sistema urinário	34	12,9%
Anomalia cardíaca congênita grave	3	1,1%
Anomalias cromossômicas letais	24	9,2%
Anomalias ósseas	17	6,4%
Asplenia	2	0,8%
Bridas amnióticas	2	0,8%
Erros de fechamento da linha média	10	3,8%
Erros de fechamento do tubo neural		
Anencefalia	104	40%
Outras formas	9	3,47%
Gemelaridade imperfeita	1	0,4%
Hidropisia fetal	5	2%
Malformações congênicas múltiplas	39	14,9%
Síndrome de rubéola congênita	1	0,4%
Sem acesso à informação	12	4,63%
Total	263	

ANENCEFALIA

LIMINAR DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

ADPF 54 MC/DF* DECISÃO-LIMINAR ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL - LIMINAR - ATUAÇÃO INDIVIDUAL - ARTIGOS 21, INCISOS IV E V, DO REGIMENTO INTERNO E 5º, § 1º, DA LEI Nº 9.882/99. LIBERDADE - AUTONOMIA DA VONTADE - DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA - SAÚDE - GRAVIDEZ - INTERRUPTÃO - FETO ANENCEFÁLICO. 1. Com a inicial de folha 2 a 25, a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS formalizou esta argüição de descumprimento de preceito fundamental considerada a anencefalia, a inviabilidade do feto e a antecipação terapêutica do parto. Em nota prévia, afirma serem distintas as figuras da antecipação referida e o aborto, no que este pressupõe a potencialidade de vida extra-uterina do feto. Consigna, mais, a própria legitimidade ativa a partir da norma do artigo 2º, inciso I, da Lei nº 9.882/99, segundo a qual são partes legítimas para a argüição aqueles que estão no rol do artigo 103 da Carta Política da República, alusivo à ação direta de inconstitucionalidade. No tocante à pertinência temática, mais uma vez à luz da Constituição Federal e da jurisprudência desta Corte, assevera que a si compete a defesa judicial e administrativa dos interesses individuais e coletivos dos que integram a categoria profissional dos trabalhadores na saúde, juntando à inicial o estatuto revelador dessa representatividade. Argumenta que, interpretado o arcabouço normativo com base em visão positivista pura, tem-se a possibilidade de os profissionais da saúde virem a sofrer as agruras decorrentes do enquadramento no Código Penal. Articula com

o envolvimento, no caso, de preceitos fundamentais, concernentes aos princípios da dignidade da pessoa humana, da legalidade, em seu conceito maior, da liberdade e autonomia da vontade bem como os relacionados com a saúde. Citando a literatura médica aponta que a má-formação por defeito do fechamento do tubo neural durante a gestação, não apresentando o feto os hemisférios cerebrais e o córtex, leva-o ou à morte intra-uterina, alcançando 65% dos casos, ou à sobrevivência, no máximo, algumas horas após o parto. A permanência de feto anômalo no útero da mãe mostrar-se-ia potencialmente perigosa, podendo gerar danos à saúde e à vida da gestante. Consoante o sustentado, impor à mulher o dever de carregar por nove meses um feto que sabe, com plenitude de certeza, não sobreviverá, causa à gestante dor, angústia e frustração, resultando em violência às vertentes da dignidade humana - a física, a moral e a psicológica - e em cerceio à liberdade e autonomia da vontade, além de colocar em risco a saúde, tal como proclamada pela Organização Mundial da Saúde - o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Já os profissionais da medicina ficam sujeitos às normas do Código Penal - artigos 124, 126, cabeça, e 128, incisos I e II -, notando-se que, principalmente quanto às famílias de baixa renda, atua a rede pública. Sobre a inexistência de outro meio eficaz para viabilizar a antecipação terapêutica do parto, sem incompreensões, evoca a Confederação recente acontecimento retratado no Habeas Corpus nº 84.025-6/RJ, declarado prejudicado pelo Plenário, ante o parto e a morte do feto anencefálico sete minutos após. Diz da admissibilidade da ANIS - Instituto de Biotécnica, Direitos Humanos e Gênero como *amicus curiae*, por aplicação analógica do artigo 7º, § 2º, da

Lei nº 9.868/99. Então, requer, sob o ângulo acautelador, a suspensão do andamento de processos ou dos efeitos de decisões judiciais que tenham como alvo a aplicação dos dispositivos do Código Penal, nas hipóteses de antecipação terapêutica do parto de fetos anencefálicos, assentando-se o direito constitucional da gestante de se submeter a procedimento que leve à interrupção da gravidez e do profissional de saúde de realizá-lo, desde que atestada, por médico habilitado, a ocorrência da anomalia. O pedido final visa à declaração da inconstitucionalidade, com eficácia abrangente e efeito vinculante, da interpretação dos artigos 124, 126 e 128, incisos I e II, do Código Penal - Decreto-Lei nº 2.848/40 - como impeditiva da antecipação terapêutica do parto em casos de gravidez de feto anencefálico, diagnosticados por médico habilitado, reconhecendo-se o direito subjetivo da gestante de assim agir sem a necessidade de apresentação prévia de autorização judicial ou qualquer outra forma de permissão específica do Estado. Sucessivamente, pleiteia a argüente, uma vez rechaçada a pertinência desta medida, seja a petição inicial recebida como reveladora de ação direta de inconstitucionalidade. Esclarece que, sob esse prisma, busca a interpretação conforme a Constituição Federal dos citados artigos do Código Penal, sem redução de texto, aduzindo não serem adequados à espécie precedentes segundo os quais não cabe o controle concentrado de constitucionalidade de norma anterior à Carta vigente. A argüente protesta pela juntada, ao processo, de pareceres técnicos e, se conveniente, pela tomada de declarações de pessoas com experiência e autoridade na matéria. À peça, assinada pelo advogado Luís Roberto Barroso, credenciado conforme instrumento de mandato - procuração - de folha 26, ane-

xaram-se os documentos de folha 27 a 148. O processo veio-me concluso para exame em 17 de junho de 2004 (folha 150). Nele lancei visto, declarando-me habilitado a votar, ante o pedido de concessão de medida acauteladora, em 21 de junho de 2004, expedida a papeleta ao Plenário em 24 imediato. No mesmo dia, prolatei a seguinte decisão: AÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL - INTERVENÇÃO DE TERCEIRO - REQUERIMENTO - IMPROPRIEDADE. 1. Eis as informações prestadas pela Assessoria: A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB - requer a intervenção no processo em referência, como amicus curiae, conforme preconiza o § 1º do artigo 6º da Lei 9.882/1999, e a juntada de procuração. Pede vista pelo prazo de cinco dias. 2. O pedido não se enquadra no texto legal evocado pela requerente. Seria dado versar sobre a aplicação, por analogia, da Lei nº 9.868/99, que disciplina também processo objetivo - ação direta de inconstitucionalidade e ação declaratória de constitucionalidade. Todavia, a admissão de terceiros não implica o reconhecimento de direito subjetivo a tanto. Fica a critério do relator, caso entenda oportuno. Eis a inteligência do artigo 7º, § 2º, da Lei nº 9.868/99, sob pena de tumulto processual. Tanto é assim que o ato do relator, situado no campo da prática de ofício, não é suscetível de impugnação na via recursal. 3. Indefiro o pedido. 4. Publique-se. A impossibilidade de exame pelo Plenário deságua na incidência dos artigos 21, incisos IV e V, do Regimento Interno e artigo 5º, § 1º, da Lei nº 9.882/99, diante do perigo de grave lesão. 2. Tenho a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde - CNTS como parte legítima para a formalização do pedido, já que se enquadra na previsão do inciso I do artigo 2º da Lei nº

9.882, de 3 de novembro de 1999. Incumbe-lhe defender os membros da categoria profissional que se dedicam à área da saúde e que estariam sujeitos a constrangimentos de toda a ordem, inclusive de natureza penal. Quanto à observação do disposto no artigo 4º, § 1º, da Lei nº 9.882/99, ou seja, a regra de que não será admitida argüição de descumprimento de preceito fundamental quando houver qualquer outro meio eficaz de sanar a lesividade, é emblemático o que ocorreu no Habeas Corpus nº 84.025-6/RJ, sob a relatoria do ministro Joaquim Barbosa. A situação pode ser assim resumida: em Juízo, gestante não logrou a autorização para abreviar o parto. A via-crúcis prosseguiu e, então, no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, a relatora, desembargadora Giselda Leitão Teixeira, concedeu liminar, viabilizando a interrupção da gestação. Na oportunidade, salientou: A vida é um bem a ser preservado a qualquer custo, mas, quando a vida se torna inviável, não é justo condenar a mãe a meses de sofrimento, de angústia, de desespero. O Presidente da Câmara Criminal a que afeto o processo, desembargador José Murta Ribeiro, afastou do cenário jurídico tal pronunciamento. No julgamento de fundo, o Colegiado sufragou o entendimento da relatora, restabelecendo a autorização. Ajuizado habeas corpus, o Superior Tribunal de Justiça, mediante decisão da ministra Laurita Vaz, concedeu a liminar, suspendendo a autorização. O Colegiado a que integrou a relatora confirmou a óptica, assentando: HABEAS CORPUS. PENAL. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ABORTO. NASCITURO ACOMETIDO DE ANENCEFALIA. INDEFERIMENTO. APELAÇÃO. DECISÃO LIMINAR DA RELATORA RATIFICADA PELO COLEGIADO DEFERINDO O PEDIDO.

INEXISTÊNCIA DE PREVISÃO LEGAL. IDONEIDADE DO WRIT PARA A DEFESA DO NASCITURO. 1. A eventual ocorrência de abortamento fora das hipóteses previstas no Código Penal acarreta a aplicação de pena corpórea máxima, irreparável, razão pela qual não há se falar em impropriedade da via eleita, já que, como é cediço, o writ se presta justamente a defender o direito de ir e vir, o que, evidentemente, inclui o direito à preservação da vida do nascituro. 2. Mesmo tendo a instância de origem se manifestado, formalmente, apenas acerca da decisão liminar, na realidade, tendo em conta o caráter inteiramente satisfativo da decisão, sem qualquer possibilidade de retrocessão de seus efeitos, o que se tem é um exaurimento definitivo do mérito. Afinal, a sentença de morte ao nascituro, caso fosse levada a cabo, não deixaria nada mais a ser analisado por aquele ou este Tribunal. 3. A legislação penal e a própria Constituição Federal, como é sabido e consabido, tutelam a vida como bem maior a ser preservado. As hipóteses em que se admite atentar contra ela estão elencadas de modo restrito, inadmitindo-se interpretação extensiva, tampouco analogia in malam partem. Há de prevalecer, nesse casos, o princípio da reserva legal. 4. O Legislador eximiu-se de incluir no rol das hipóteses autorizativas do aborto, previstas no art. 128 do Código Penal, o caso descrito nos presentes autos. O máximo que podem fazer os defensores da conduta proposta é lamentar a omissão, mas nunca exigir do Magistrado, intérprete da Lei, que se lhe acrescente mais uma hipótese que fora excluída de forma propositada pelo Legislador. 5. Ordem concedida para reformar a decisão proferida pelo Tribunal a quo, desautorizando o aborto; outrossim, pelas peculiaridades do caso, para considerar prejudicada a apelação interposta, porquanto houve,

efetivamente, manifestação exaustiva e definitiva da Corte Estadual acerca do mérito por ocasião do julgamento do agravo regimental. Daí o habeas impetrado no Supremo Tribunal Federal. Entretanto, na assentada de julgamento, em 4 de março último, confirmou-se a notícia do parto e, mais do que isso, de que a sobrevivência não ultrapassara o período de sete minutos. Constata-se, no cenário nacional, o desencontro de entendimentos, a desinteligência de julgados, sendo que a tramitação do processo, pouco importando a data do surgimento, implica, até que se tenha decisão final - proclamação desta Corte -, espaço de tempo bem superior a nove meses, período de gestação. Assim, enquadra-se o caso na cláusula final do § 1º em análise. Qualquer outro meio para sanar a lesividade não se mostra eficaz. Tudo recomenda que, em jogo tema da maior relevância, em face da Carta da República e dos princípios evocados na inicial, haja imediato crivo do Supremo Tribunal Federal, evitando-se decisões discrepantes que somente causam perplexidade, no que, a partir de idênticos fatos e normas, veiculam enfoques diversificados. A unidade do Direito, sem mecanismo próprio à uniformização interpretativa, afigura-se simplesmente formal, gerando insegurança, o descrédito do Judiciário e, o que é pior, com angústia e sofrimento ímpares vivenciados por aqueles que esperam a prestação jurisdicional. Atendendo a petição inicial os requisitos que lhe são inerentes - artigo 3º da Lei nº 9.882/99 -, é de se dar seqüência ao processo. Em questão está a dimensão humana que obstaculiza a possibilidade de se coisificar uma pessoa, usando-a como objeto. Conforme ressaltado na inicial, os valores em discussão revestem-se de importância única. A um só tempo, cuida-se do direito à saúde, do direito à liberdade em seu sentido maior, do

direito à preservação da autonomia da vontade, da legalidade e, acima de tudo, da dignidade da pessoa humana. O determinismo biológico faz com que a mulher seja a portadora de uma nova vida, sobressaindo o sentimento maternal. São nove meses de acompanhamento, minuto a minuto, de avanços, predominando o amor. A alteração física, estética, é suplantada pela alegria de ter em seu interior a sublime gestação. As percepções se aguçam, elevando a sensibilidade. Este o quadro de uma gestação normal, que direciona a desfecho feliz, ao nascimento da criança. Pois bem, a natureza, entretantes, reserva surpresas, às vezes desagradáveis. Diante de uma deformação irreversível do feto, há de se lançar mão dos avanços médicos tecnológicos, postos à disposição da humanidade não para simples inserção, no dia-a-dia, de sentimentos mórbidos, mas, justamente, para fazê-los cessar. No caso da anencefalia, a ciência médica atua com margem de certeza igual a 100%. Dados merecedores da maior confiança evidenciam que fetos anencefálicos morrem no período intra-uterino em mais de 50% dos casos. Quando se chega ao final da gestação, a sobrevida é diminuta, não ultrapassando período que possa ser tido como razoável, sendo nenhuma a chance de afastarem-se, na sobrevida, os efeitos da deficiência. Então, manter-se a gestação resulta em impor à mulher, à respectiva família, danos à integridade moral e psicológica, além dos riscos físicos reconhecidos no âmbito da medicina. Como registrado na inicial, a gestante convive diuturnamente com a triste realidade e a lembrança ininterrupta do feto, dentro de si, que nunca poderá se tornar um ser vivo. Se assim é - e ninguém ousa contestar -, trata-se de situação concreta que foge à glosa própria ao aborto - que conflita com a dignidade humana, a legalidade, a liber-

dade e a autonomia de vontade. A saúde, no sentido admitido pela Organização Mundial da Saúde, fica solapada, envolvidos os aspectos físico, mental e social. Daí cumprir o afastamento do quadro, aguardando-se o desfecho, o julgamento de fundo da própria argüição de descumprimento de preceito fundamental, no que idas e vindas do processo acabam por projetar no tempo esdrúxula situação. Preceitua a lei de regência que a liminar pode conduzir à suspensão de processos em curso, à suspensão da eficácia de decisões judiciais que não hajam sido cobertas pela preclusão maior, considerada a recorribilidade. O poder de cautela é insito à jurisdição, no que esta é colocada ao alcance de todos, para afastar lesão a direito ou ameaça de lesão, o que, ante a organicidade do Direito, a demora no desfecho final dos processos, pressupõe atuação imediata. Há, sim, de formalizar-se medida acauteladora e esta não pode ficar limitada a mera suspensão de todo e qualquer procedimento judicial hoje existente. Há de viabilizar, embora de modo precário e efêmero, a concretude maior da Carta da República, presentes os valores em foco. Daí o acolhimento do pleito formulado para, diante da relevância do pedido e do risco de manter-se com plena eficácia o ambiente de desencontros em pronunciamentos judiciais até aqui notados, ter-se não só o sobrestamento dos processos e decisões não transitadas em julgado, como também o reconhecimento do direito constitucional da gestante de submeter-se à operação terapêutica de parto de fetos anencefálicos, a partir de laudo médico atestando a deformidade, a anomalia que atingiu o feto. É como decido na espécie. 3. Ao Plenário para o crivo pertinente. 4. Publique-se. Brasília, 1º de julho de 2004, às 13 horas. Ministro MARCO AURÉLIO Relator * decisão publicada no DJU de 2.8.2004

ANENCEFALIA:

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS - RESOLUÇÃO CFM

Resolução CFM nº 1.752/04

(Publicada na D.O.U. 13.09.04, seção I, p. 140)

Autorização ética do uso de órgãos e/ou tecidos de anencéfalos para transplante, mediante autorização prévia dos pais.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando que os anencéfalos são natimortos cerebrais (por não possuírem os hemisférios cerebrais) que têm parada cardiorrespiratória ainda durante as primeiras horas pós-parto, quando muitos órgãos e tecidos podem ter sofrido franca hipoxemia, tornando-os inviáveis para transplantes;

Considerando que para os anencéfalos, por sua inviabilidade vital em decorrência da ausência de cérebro, são inaplicáveis e desnecessários os critérios de morte encefálica;

Considerando que os anencéfalos podem dispor de órgãos e tecidos viáveis para transplantes, principalmente em crianças;

Considerando que as crianças devem preferencialmente receber órgãos com dimensões compatíveis;

Considerando que a Resolução CFM nº 1.480/97, em seu artigo 3º, cita que a morte encefálica deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida, sendo o anencéfalo o resultado de um processo irreversível, de causa conhecida e sem qualquer possibilidade de sobrevivência, por não possuir a parte vital do cérebro;

Considerando que os pais demonstram o mais elevado sentimento de solidariedade quando, ao invés de solicitar uma

antecipação terapêutica do parto, optam por gestar um ente que sabem que jamais viverá, doando seus órgãos e tecidos possíveis de serem transplantados;

Considerando o Parecer CFM nº 24/03, aprovado na sessão plenária de 9 de maio de 2003;

Considerando o Fórum Nacional sobre Anencefalia e Doação de Órgãos, realizado em 16 de junho de 2004 na sede do CFM;

Considerando as várias contribuições recebidas de instituições éticas, científicas e legais;

Considerando a decisão do Plenário do Conselho Federal de Medicina, em 8 de setembro de 2004,

Resolve:

Art. 1º Uma vez autorizado formalmente pelos pais, o médico poderá realizar o transplante de órgãos e/ou tecidos do anencéfalo, após o seu nascimento.

Art. 2º A vontade dos pais deve ser manifestada formalmente, no mínimo 15 dias antes da data provável do nascimento.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 4º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

*Brasília-DF,
8 de setembro de 2004.
Edson de Oliveira Andrade
Presidente
Rubens dos Santos Silva
Secretário Geral*

10. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO

“No debate ético busca-se argumentar sobre postulados que conseguem o acordo do grupo e não sobre os valores que separam os indivíduos nesse grupo.”

Sueli G. Dallari

A legislação brasileira através de seu Código Penal de 1940 prevê a não-punição do médico que realiza o aborto quando a gravidez for resultante de estupro desde que haja o consentimento da mulher ou de seu representante legal em caso de menor de 14 anos ou mentalmente incapaz. Contudo, as discussões e mesmo o desconhecimento do assunto por parte dos médicos ainda é muito grande, privando as mulheres desse direito. Em 1998 o Ministério da Saúde publicou portaria regulamentando os procedimentos para a atenção à mulher vítima de violência sexual, incluindo o aborto para aquelas gravidezes resultantes de estupro se a mulher assim o desejar, e o assunto continua despertando polêmica. Realmente não é fácil para nós médicos assumirmos uma situação que raramente foi mencionada em nossa formação. Assumir a destruição de uma “vida” quando toda a formação médica tem como princípio fundamental a preservação da vida. Estamos então diante de um dilema irreconciliável: um embrião – que teria direito à vida e uma mulher que teria direito ao seu próprio corpo, e na maioria das vezes os médicos preferem se omitir num momento tão delicado da vida da mulher. Então vejamos; do

ponto de vista da lei não há o que discutir uma vez que, como vimos anteriormente, o aborto nos casos de gravidez resultante de estupro e com o consentimento da mulher ou seu representante legal não constitui crime, não necessitando pois de ordem judicial para sua realização, ficando a decisão a critério do médico por solicitação da mulher. Do ponto de vista do código de ética médica o assunto é mais complexo, havendo claramente duas possibilidades distintas e conflitantes. Em relação aos direitos do médico o artigo 21 refere – “Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas e respeitando as normas legais vigentes no País”. Esse artigo vem reforçar o aspecto legal caso o médico se sinta seguro em realizar o ato, enquanto o artigo 28 lhe permite – “Recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”, ou seja, se aquele médico se sentir inseguro, o código de ética lhe faculta o direito de se negar a realizá-lo. Portanto, é necessário discutir a questão de maneira mais ampla, do ponto de vista das instituições de saúde e não do ponto de vista individual, ou seja, um médico individualmente pode se recusar a prestar tal atendimento mas a instituição deve se organizar para garantir à mulher o exercício desse direito, já que legalmente é um procedimento que faz parte da assistência integral à saúde da mulher normatizado pelo Ministério da Saúde. (*)

(*) Norma Técnica - Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência contra mulheres e adolescentes - M.S. - 1998.

PROCEDIMENTOS PARA INTERRUÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTANTE DE ESTUPRO

Conforme a Norma Técnica do Ministério da Saúde, são obrigatórios os seguintes documentos:

- Autorização da grávida ou de seu representante legal na presença de duas testemunhas
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial referente ao estupro, não sendo, contudo, necessário que esta ocorrência tenha sido registrada na época do ocorrido, ou seja, a mulher que tendo sido estuprada não tenha registrado a ocorrência à época, por medo ou outros motivos, e posteriormente verifica estar grávida daquele ato, pode procurar uma delegacia e registrar a ocorrência a qualquer tempo e ter o seu direito assegurado.
- Informação à mulher ou ao seu representante legal de que ela poderá ser responsabilizada criminalmente caso as declarações constantes no Boletim de Ocorrência Policial (BOP) forem falsas. Isto assegura ao médico isenção de culpa por conivência em caso hipotético de a mulher prestar declarações falsas sobre a origem da gravidez.
- Registro em prontuário médico, das consultas e da decisão adotada pela mulher, assim como dos resultados de exames clínicos ou laboratoriais. Lembramos que embora não exigido pela lei, é aconselhável relato claro sobre as conclusões do cálculo da idade gestacional, se possível com ecografia relacionando o início da gestação com a data referida do estupro.

Para aumentar a segurança, e caso tenha disponível, é também recomendável a anexação de:

- Cópia do Registro de Atendimento Médico à época da violência sofrida.
- Cópia do Laudo do Instituto de Medicina Legal (à época do estupro).

Quanto à idade gestacional, embora não haja limitações definidas em lei, utiliza-se a definição médica de aborto como a “interrupção da gestação até 20 semanas”, sendo este o limite considerado na Norma Técnica, embora haja serviços que realizam o aborto apenas até 12 semanas.

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO EM CASO DE NÃO HAVER OUTRA MANEIRA DE SALVAR A VIDA DA GESTANTE

A situação em que há problema grave de saúde da mulher grávida em que o aborto constitui a única maneira de salvá-la também está prevista na mesma lei de 1940, não sendo punido o médico que o pratica. Embora esses casos raramente sejam objeto de discussão ou polêmicas, recomendam-se procedimentos sistematizados para sua documentação e realização quais sejam:

- Documentação em prontuário. Anotação das avaliações dos profissionais especialistas (em detalhes) com letra legível, carimbo e assinaturas.
- Lavratura de duas cartas, uma para o Diretor Clínico da instituição e outra para a Comissão de Ética citando-se as razões para a realização do procedimento e assinadas por três médicos (não obrigatório).
 - Comunicação à paciente e seus familiares.
 - Suporte psicológico.
 - É importante que um dos profissionais seja especialista na patologia que motiva a interrupção.

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO EM CASO DE MALFORMAÇÃO FETAL INCOMPATÍVEL COM A VIDA

Embora cada vez mais diagnosticadas com a evolução das técnicas de ultra-sonografia, a conduta nas malformações graves continua um desafio para todos em virtude da dificuldade da legislação em acompanhar os progressos da ciência. Citamos, como exemplo, o caso mais clássico de malformação incompatível com a vida que é a anencefalia, e que pode ser diagnosticada cada vez mais precocemente. Como pode se justificar a manutenção de uma gravidez por 9 meses, com todos seus riscos e limitações para a mulher, se sabemos que aquele feto terá 100% de mortalidade nas primeiras horas de vida? Já nos casos de malformações graves que não inviabilizam a sobrevivência fetal, a discussão é mais complexa. Cita-se como exemplo o diagnóstico prenatal da Síndrome de Down, de distúrbios metabólicos graves ou de anormalias cromossômicas diversas.

Nesses casos, como a lei não prevê o direito à interrupção da gestação, nos resta aconselhar a família para uma decisão orientada e segura. Por outro lado, nos casos de malformação incompatível com a vida o Judiciário tem se posicionado favoravelmente e cada vez mais rápido em virtude da vasta jurisprudência sobre o assunto.

CONCLUSÕES

- A lei brasileira assegura à mulher grávida o direito a interromper a gestação se esta for resultante de estupro ou se esta for a única maneira de salvar sua vida
- Em caso de malformação incompatível com a vida, embora não previsto em lei, a justiça tem autorizado a interrupção

da gestação sem limite de idade gestacional, mediante alvará judicial.

- O Código de Ética Médica tem salientado a obrigação do médico agir conforme a legislação vigente, contudo, assegurando a este a ampla liberdade de ação conforme “os ditames de sua consciência”. Entretanto, nunca os ditames da consciência de um profissional devem sobrepujar o direito da paciente de decidir sobre seu futuro reprodutivo, e de exercer plenamente a autonomia de sua decisão, já que está amparada pela lei.

- É dever da instituição garantir o acesso da mulher aos programas de interrupção da gestação previstas na lei. Caso um profissional médico não se sinta capaz de realizar os procedimentos, a instituição deverá nomear um substituto para tal ação.

11. CÓDIGO PENAL

DOS CRIMES CONTRA PESSOAS

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 menor ou incapaz, de seu representante legal.

DOS CRIMES CONTRA OS COSTUMES

• *Estupro*

Art. 213 - Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos (Redação dada pela Lei nº 8.072, de 25.7.1990).

Parágrafo único - Parágrafo acrescentado pela Lei nº 8.069, de 13.7.1990 e revogado pela Lei n.º 9.281, de 4.6.1996:

Texto original: Se a ofendida é menor de catorze anos:

Pena - reclusão de quatro a dez anos.

• *Atentado violento ao pudor*

Art. 214 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal: Vide Lei nº 8.072, de 25.7.90

Pena - reclusão de 6 (seis) a 10 (dez) anos (Redação dada pela Lei nº 8.072, de 25.7.1990).

Parágrafo único - Parágrafo acrescentado pela Lei nº 8.069, de 13.7.1990 e revogado pela Lei nº 9.281, de 4.6.1996:

Texto original: Se o ofendido é menor de catorze anos:

Pena - reclusão de três a nove anos.

Posse sexual mediante fraude

DA SEDUÇÃO E DA CORRUPÇÃO DE MENORES

• *Sedução*

Art. 217 - Seduzir mulher virgem, menor de 18 (dezoito) anos e maior de 14 (catorze), e ter com ela conjunção carnal, aproveitando-se de sua inexperiência ou justificável confiança:

Pena - reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

• *Corrupção de menores*

Art. 218 - Corromper ou facilitar a corrupção de pessoa maior de 14 (catorze) e menor de 18 (dezoito) anos, com ela praticando ato de libidinagem, ou induzindo-a a praticá-lo ou presenciá-lo:

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

FICHA DE ATENDIMENTO À MULHER QUE SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL
ATENDIMENTO MÉDICO



Nome:	Idade:
Data:	Prontuário:
Raça: Branca () Negra () Amarela ()	Profissão:

ANTECEDENTES

Atividade sexual antes: Sim () Não ()	
Início da atividade sexual:	Nº Parceiros:
Gesta: Para: Aborto:	DUM: / /
Uso de contraceptivos: Sim () Não ()	Qual:

DADOS DA OCORRÊNCIA

Data da Violência: / /	Hora:
Agressor: Idade:+/- Cor: Local: rua () residência () outro ()	
Conhecido () Desconhecido () Múltiplos () Parente ()	
Drogado () Alcoolizado ()	
Intimidação: Arma () Força física () Ameaça ()	
Tipo de relação: Vaginal () Oral () Anal ()	

HISTÓRIA DA OCORRÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA:	P:	T:
Traumas Físicos:		
Lesões Genitais:		
Coleta de conteúdo vaginal p/ DNA: Sim () Não ()		
Fotografia: Sim () Não ()		

EX SOLICITADOS: BHCG: Sim () Não ()	Anti-HIV: Sim () Não ()
VDRL: Sim () Não ()	Hepatite B: Sim () Não ()

MEDICAÇÕES:	NOME DA MEDICAÇÃO:
Contraceptivo Urgência: Sim () Não ()	Postinor 2; Pozzato; outro
Profilaxia AIDS: Sim () Não ()	AZT; Lamivudine; Nelfinavir; Ritonavir
Profilaxia DST: Sim () Não ()	Azitromicina ; Ofloxacina; Penicilina Benzaiina
Profilaxia Hepatite B: Sim () Não ()	Vacina 1ª dose; Imunoglobulina

ENCAMINHAMENTOS

Assistente Social: Sim () Não ()	Psicóloga: Sim () Não ()
Ambulatório de Violência Sexual: Sim () Não ()	
Retorno: Sim () Não ()	15 - 30 dias / 60 dias / 90 dias
Orientada para registro policial: Sim () Não ()	
Orientada sobre direitos legais: Sim () Não ()	

MÉDICO (A):

CRM:

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 2º Entender-se-á que a violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I - tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II - tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III - seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3º Para efeito da definição serão observados também as

convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4º As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 7º O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação.

Brasília, 24 de novembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

José Dirceu de Oliveira e Silva