

III Fórum interprofissional para implementação sobre o atendimento ao aborto previsto por lei

Anibal Faúndes Relator Geral e Comitê Organizador
Jorge Andalaft Neto Comitê Organizador
Fernando Freitas Comitê Organizador

Relatores:

Jefferson Drezzet
João Luis Pinto e Silva
Jacira Mello
Aloísio José Bedone

Relação dos participantes, por ordem alfabética

Aarão Mendes Pino Neto, Aloísio José Bedone, Ana Cristina Santos Mitidiero, Anibal Faúndes, Antonio Celso Koehler Ayub, Avelar de Holanda Barbosa, Denise Dourado Dora, Edmund C. Baracat, Elcylene Leocádio, Ellen Hardy, Eleonora Menecucci de Oliveira, Eugênio Pita Tavares, Fernando Freitas, Gilberta S. Soares, Heitor Zentschel, Hildoberto Carneiro de Oliveira, Jacira Mello, Jefferson Drezzet, João Luiz Pinto e Silva, Joaquim Roberto Costa Lopes, Joelcio Francisco Abbade, Jorge Andalaft Neto, José Henrique Rodrigues Torres, José F. N. Formiga Filho, Jussara Rodrigues Vidal, Leila Adesse, Magali Possan, Marco Segre, Maria de Fátima H. Luna Freire, Marta Edna H. Diógenes Yazlle, Maurício Guilherme C. Viggiano, Moacir Assein Arus, Neila Maria Dahas Jorge Rocha, Nilson Francisco Mazzochi, Osmar Ribeiro Colás, Rivaldo Mendes Albuquerque, Roberto Messod Benzecry, Rosires P. Andrade, Thomaz R. Gollop, Valquíria Pereira Ferreira, Vera Lúcia Cabral dos Santos.

O CEMICAMP e a Comissão Nacional de Interrupção da Gestação Prevista por Lei da FEBRASGO, com a colaboração do Comitê Organizador do 18º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, concordaram em realizar o III Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto por Lei, coincidindo com esse tradicional evento científico brasileiro.

Este é o terceiro de uma série de fóruns, realizados anualmente desde 1996, com participação dos hospitais que atendem a mulheres que solicitam a interrupção da gestação nas situações prevista no Código Penal. Como nos outros fóruns, participaram também representantes do poder judiciário, de Institutos Médico Legais,

de Organizações não Governamentais (ONGs) de mulheres, da FEBRASGO e, principalmente, de Professores Titulares de Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Legal e Ética Médica, que poderiam aplicar as recomendações do Fórum nos seus respectivos hospitais universitários. Os relatórios dos fóruns anteriores também foram publicados na revista FEMINA (1, 2).

A experiência destes sucessivos fóruns tem permitido verificar que a problemática do abortamento na mulher estuprada é apenas a ponta de um grande “iceberg”, cuja base está constituída por um número muitíssimo maior de mulheres vítimas de distintas formas de violência sexual.

Resulta disto que os fóruns tenham evoluído para uma visão mais geral sobre o problema da violência sexual contra a mulher, sem, entretanto, deixar de considerar a questão da disponibilidade de serviços para interrupção da gravidez que resulta desta violência para mulheres que assim o solicitam.

AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS QUE PRESTAM ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE ESTUPRO QUE SOLICITAM INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

O Dr. Jorge Andalaft Neto apresentou um resumo da situação atual nos diferentes hospitais do país em que existem serviços de atendimento à requisições de abortamento não punidos por lei.

Os hospitais que atualmente têm serviços de interrupção de gravidez prevista por lei são os seguintes:

Em **Belém**, a Fundação Santa Casa de Misericórdia; em **João Pessoa** o serviço foi implantado no Hospital Frei Damião, da rede Estadual; em **Recife**, Pernambuco, oferecem estes serviços o Hospital Agamenon Magalhães e o Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros (Maternidade Encruzilhada); em **Brasília** o Hospital Materno Infantil de Brasília; no **Rio de Janeiro**, apesar de existirem três serviços: Instituto Municipal da Mulher Fernando de Magalhães, Maternidade Herculano Pinheiro e Maternidade da Praça XV, aparentemente somente a Maternidade Herculano Pinheiro está efetivamente prestando atendimento nos casos de vítimas de violência sexual; em **Belo Horizonte**, MG, a Maternidade Odete Valadares vem prestando este tipo de atendimento.

Em **São Paulo**, o Hospital São Paulo, o Hospital Pérola Byington e o Hospital Municipal Dr. Arthur R. Saboya (Hospital Jabaquara) prestam efetivamente esse tipo de atendimento, tal como em **Campinas**, SP no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP); em **Botucatu** o Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNESP já está estruturado para o atendimento; em **Porto Alegre** criou-se um sistema muito organizado, que inclui os Hospitais Materno Infantil Presidente Vargas e Hospital Conceição, integrado aos postos de saúde. Os atendimentos que se iniciaram há 6 meses ainda são poucos.

ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

1 - Procedimentos médicos e de enfermagem

1.1. Logo após a violência sexual

Proteção contra DST:

Recomenda-se que se solicite os seguintes exames complementares: reação sorológica para hepatite B, sífilis e HIV. A proteção para a infecção por sífilis, clamídia e gonorréia deve ser realizada utilizando: **penicilina benzatina**, 1.200.000 UI, IM, dose única; **azitromicina**, 1,0 g, VO, dose única ou **tianfenicol** 2,0 g, VO, dose única. A utilização de **cremes vaginais** fica a critério do médico, considerando as condições médicas e psicológicas de cada mulher.

Para a Prevenção da infecção por hepatite B em vítimas de estupro recomenda-se o uso de **imunoglobulina hiperimune para hepatite B (HIBG)**, na dose de 0,06 a 0,08 ml/Kg, IM, dose única ou **imunoglobulina humana**, 1 ampola/20 Kg, IM, dose única. Início nas primeiras 48 hs após a violência.

A possibilidade de realizar a profilaxia para o HIV deve ser informada à mulher e recomendada. A quimioprofilaxia antiretroviral para o HIV deve ser realizada com uso das seguintes drogas: **zidovudine**, 200 mg, VO, cada 8 horas; **lamivudine**, 150 mg, VO, cada 12 horas; **indinavir** 800 mg, VO, cada 8 horas (dose total de 2400 mg). A quimioprofilaxia deve ser iniciada nas primeiras 72 horas da violência e mantida por período de 4 semanas. Deve-se oferecer a todas as mulheres a quimioprofilaxia tríplice, sem seleção de pacientes por qualquer critério. O procedimento profilático deve ser considerado útil até 72 horas após o ato consumado.

Anticoncepção de emergência

A prevenção da gravidez deve ser iniciada nas primeiras 72 hs após a violência, e o método de Yuzpe deve ser a primeira escolha. Nas contra-indicações ao uso dos estrogênios, pode ser utilizado progestagênios em alta dose. Este método, alternativo, implica na utilização de mini-pílula com levonorgestrel de 30mcg até completar 750mcg do hormônio (25 comprimidos). Apesar de parecer uma dose alta, na verdade é apenas um pouco maior que a dose contida no Yuzpe (500mcg). Igual ao caso do Yuzpe os 750mcg de levonorgestrel devem repetir-se 12 horas após a primeira dose.

Também é importante lembrar que a eficácia do método é maior quanto mais precocemente se inicia o tratamento.

Em caso da paciente apresentar vômitos, utilizar antieméticos. Repetir a dose se o vômito ocorrer dentro das primeiras 2 horas da ingestão.


1.2. Atendimento da mulher grávida com interrupção aprovada


Até 12 semanas:

Recomenda-se a aspiração intra-uterina, manual ou elétrica. O uso Misoprostol em dose de 400 microgramas, via vaginal, a cada 6 ou 8 horas pode induzir o aborto médico, e ainda se não tiver sucesso, facilitará o processo de aspiração, pelo amolecimento e dilatação do colo provocado pelo medicamento. A fragmentação dos tabletes de misoprostol poderia facilitar a sua diluição e absorção.

Recomendar à FEBRASGO que interceda junto ao Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária para a regularização a situação do misoprostol e garantia de disponibilidade para utilização controlada nos hospitais.


Após 12 semanas:


 O método de escolha é o **Misoprostol** 200 ou 400 microgramas, via vaginal, a cada 6 ou 8 horas. Alguns médicos recomendam a associação de ocitocina endovenosa quando a resposta não for imediata. Complementar, nos casos de esvaziamento incompleto, com aspiração uterina ou curetagem.

 A **Microcesariana** deve ser procedimento de exceção, a ser realizado em condições especiais.


Sobre a Notificação: a notificação dos casos para as secretarias de saúde e SUS não é obrigatória, sendo, contudo, aconselhável.

2. Atendimento psicológico da mulher vítima de violência sexual

 Encaminhar à psicologia todas as pacientes que se apresentem à consulta por serem vítimas de violência sexual (mesmo aquelas que derem entrada no hospital durante a noite ou nos finais de semana).


 Realizar avaliação psicológica da paciente, na qual os aspectos abordados serão os seguintes:


Primeiro momento


 avaliação dos sentimentos predominantes (medo, revolta, raiva, culpa, ansiedade, angústia, calma)


 avaliação do grau de desorganização da vida pessoal


 avaliação da organização psíquica e mecanismos de defesa;

 reações psicossomáticas

 reações do grupo social em que está inserida (acolhimento e apoio, críticas, discriminação, revolta, expulsão)


 aconselhamento sobre DST/HIV/AIDS

 importância da paciente respeitar o estado emocional em que se encontra e suas limitações

 apoio emocional

 entrevista psicológica com acompanhante ou familiar.

Segundo momento

 reorganização da vida após a violência sofrida (retorno ao trabalho, à escola, as atividades desenvolvidas)

- ✎ prevenção de futuras conseqüências na vida pessoal (estado depressivo, escolhas de relacionamentos, perpetuação da violência)
- ✎ recuperação da auto estima
- ✎ encaminhamento para avaliação psiquiátrica, caso seja necessário
- ✎ repercussões no sentimento frente a figura masculina
- ✎ apoio emocional
- ✎ sentimento persecutórios provenientes da violência sofrida

Terceiro momento

- ✎ sentimentos relacionados a constatação da gravidez fruto da violência sexual (ambivalência, culpa rejeição, aprovação)
- ✎ levantamento dos princípios morais e religiosos que podem interferir na decisão ou não pelo abortamento legal
- ✎ fantasias relacionadas a gravidez e ao abortamento, desejo frente a maternidade
- ✎ acompanhamento psicológico no decorrer da internação para interrupção legal da gestação havendo a possibilidade de dar continuidade a este no ambulatório
- ✎ apoio psicológico frente as opções outras que não o abortamento legal
- ✎ atendimento familiar

3. Atendimento social à mulher vítima de violência sexual

3.1. Casos de ocorrência imediata ou remota, sem gravidez

O serviço social realiza esse atendimento, por meio de entrevista, para promover o acolhimento da usuária e o conhecimento do caso, principalmente se for o primeiro profissional da instituição a realizar o atendimento.

A intervenção social não ocorre apenas com a usuária, deve ser extensiva aos familiares e/ou colaterais, quando necessário, visando o apoio psicossocial. A entrevista é o instrumental utilizado para a intervenção social, visando:

- ✎ Conhecer a história da usuária, com data e local do estupro e identidade do agressor;
- ✎ Verificar se já realizou as providências tais como: atendimento médico e psicológico, boletim de ocorrência e exame de corpo de delito;
- ✎ Orientar com relação a essas providências e encaminhar, se for desejo da usuária;
- ✎ Identificar a demanda social trazida pela usuária, decorrente ou não da situação de estupro, tais como: direitos previdenciários e trabalhistas, desemprego, relacionamento familiar e/ou conjugal, direitos da usuária com observação do Estatuto da Criança e do Adolescente, da Declaração dos Direitos Humanos e de Cidadania, etc
- ✎ Identificar o apoio familiar e/ou da rede de relacionamentos da usuária, frente ao ocorrido;
- ✎ Reforçar a importância do atendimento médico e psicológico, enfatizando o acompanhamento nos ambulatórios de ginecologia e moléstias infecciosas;

- ✎ Esclarecer a usuária quanto aos recursos da instituição: passes urbanos, transporte e medicação, quando necessário;
- ✎ Orientar e encaminhar para os recursos da comunidade, tais como SOS ação Mulher e Família, Conselho Tutelar, Promoção Social das Prefeituras, Postos de Saúde e outros;

O atendimento destas usuárias deve ser realizado por equipe multidisciplinar, o que requer constante entrosamento entre os distintos serviços de cada hospital e até entre diferentes hospitais.

3.2. Casos de Gravidez, como decorrência de violência sexual

Realizar o atendimento através de entrevista com a usuária e sua rede de relacionamento. Deverá seguir a mesma rotina do atendimento as vítimas de violência sexual sem gravidez, porém neste caso as entrevistas deverão abordar aspectos específicos inerentes a essa situação, visando:

- ✎ Identificar o desejo da interrupção ou não da gravidez, os valores morais e religiosos e discutir as alternativas como: pré natal e adoção;
- ✎ Orientar quanto aos protocolos da instituição para atendimento dessa problemática;
- ✎ Esclarecer sobre seus direitos e encaminhar para os trâmites legais, a fim de viabilizar a interrupção da gravidez: boletim de ocorrência na Delegacia da Mulher do município, laudo do exame de corpo delito no Instituto Médico Legal, e solicitação oficial da interrupção da gravidez pela usuária ou seu representante legal;
- ✎ Orientar quanto a necessidade de atendimento médico para constatação da idade gestacional.

O atendimento destas usuárias deve ser realizado por equipe multidisciplinar, o que requer constante entrosamento entre os distintos serviços de cada hospital e até entre diferentes hospitais.

4. Comentários finais

A violência sexual é agressão extremamente cruel para a mulher, com conseqüências físicas e psíquicas de grande repercussão para sua saúde global.

Neste sentido, o intuito do III Fórum foi o de orientar o atendimento imediato (nas primeiras 72 horas) e o posterior, estando aí inserida a gravidez decorrente do estupro.

Dentro do atendimento médico, ênfase especial foi dada para a profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis, à prevenção da hepatite e da AIDS. Para aquelas mulheres que não estavam utilizando método anticoncepcional, particular importância foi dada para a contracepção de emergência, como alternativa segura para prevenir a gravidez em situação de violência sexual.

Do mesmo modo, buscou-se orientar o atendimento psicológico e social para as mulheres e crianças que procuram os serviços especializados.

No atendimento mais tardio, diante da gravidez (sem dúvida a mais dramática consequência do estupro para a mulher), procurou-se normatizar as técnicas utilizadas para a interrupção da gestação, assim como as drogas e doses adequadas a cada caso.

Salientamos, por fim, que não foi intenção deste grupo de trabalho fazer apologia ao aborto indiscriminado, mas tão somente atender as mulheres em suas legítimas solicitações de interromper sua gestação proveniente de estupro, permitindo que exerçam sua cidadania e seus direitos legais.

Referências Bibliográficas

- ✍ Faúndes, A.; Bedone, A.; Pinto e Silva, J.L I Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto na lei - Relatório Final"... **Femina**, 25(1):69-78, 1997; Revista do Centro de Referência, 2(3): 19-23, 1998
- ✍ "Faúndes, A.; Oliveira, G.; Andalaft Neto, J.; Costa Lopez, J.R. II Fórum Interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto na lei". **FEMINA**, 26(2):134-138, 1998.