

# **Atendimento integral à mulher vitima de violência sexual.**

## **Seis anos de deliberações**

**Síntese dos Relatórios dos Fóruns I a VI**

**Anibal Faúndes  
CEMICAMP**

**25 e 26 de Novembro de 2002**

# **Atendimento integral à mulher vítima de violência sexual.**

## **Seis anos de deliberações.**

### **Índice**

1. INTRODUÇÃO .....	3
2. ORIENTAÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE ESTUPRO.....	7
2.1. Por ocasião do estupro.....	7
2.2. Outros encaminhamentos.....	8
2.3 Orientações às mulheres vítimas de estupro que engravidam e desejam interromper a gestação.....	9
3. ATENÇÃO IMEDIATA A MULHER VITIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	9
3.1 A prioridade de atendimento após a violência: .....	9
3.2 Atendimento nas Delegacias de Polícia .....	10
3.3 Atendimento no setor saúde.....	12
a) Equipe multiprofissional.....	12
b) Assistência psicológica.....	13
c) Medidas para documentar o estupro. ....	14
Preservação de material para identificação do agressor .....	15
d) Proteção contra a gravidez.....	16
e) Proteção contra DST/AIDS.....	16
f) Assistência Social .....	19
3.4. Seguimento .....	20
a) Seguimento psicológico .....	20
b) Seguimento das profilaxias anti HIV.....	21
4. A INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTADO DE ESTUPRO.....	21
4.1 Processo de implantação do atendimento ao aborto legal .....	21
4.2. Atendimento psicológico da mulher vítima de violência sexual grávida que solicita interrupção.....	23
4.3. Aconselhamento sobre alternativas e direitos .....	23
5. PROCEDIMENTOS QUE OS HOSPITAIS DEVERÃO SEGUIR EM CASOS DE SOLICITAÇÃO DE INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO POR ESTUPRO E RISCO DE VIDA.....	24

5.1. Requisitos para caracterização de Estupro .....	24
a) Documentos necessários para garantir a legalidade do atendimento .....	24
b) Informação à mulher do delito de "falsidade ideológica" e suas consequências .....	25
5.2. Critérios para aprovar a interrupção da gestação.....	26
a) Idade gestacional .....	26
b) Veracidade da história.....	26
c) Comissão de avaliação do hospital .....	26
5.3. Fluxo da mulher dentro do serviço .....	26
5.4. Método para a interrupção da gravidez .....	27
5.5. Seguimento pós-aborto .....	28
6. RESPONSABILIDADE DOS DIFERENTES ÓRGÃOS PELA ORIENTAÇÃO DE MULHERES VITIMAS DE ESTUPRO .....	28
7. HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	31
7.1. O perfil dos homens autores de violência contra mulheres .....	31
7.2. O atendimento aos homens autores de violência contra mulheres .....	32
7.3. Grupos de Reflexão.....	33
7.4. O perfil do profissional que atende homens autores de violência contra as mulheres.....	34
8. RECOMENDAÇÕES PARA ATENDER A DEMANDA E EVITAR COMPLICAÇÕES DE ABORTO CLANDESTINO EM VÍTIMAS DE ESTUPRO: .....	35

## **Atendimento integral à mulher vítima de violência sexual. Seis anos de deliberações.**

### **1. INTRODUÇÃO**

A partir de novembro de 1996, vem se realizando anualmente, o Fórum Interprofissional sobre “Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual”, com o fim de estabelecer um diálogo entre gineco-obstetras brasileiros e a comunidade, representada pelos grupos de mulheres organizadas, advogados, juízes, éticistas e cientistas sociais, em torno às necessidades de atendimento das mulheres que sofrem violência sexual, incluindo a interrupção da gestação quando consequência desta violência e solicitada pela mulher (V eVI).

O primeiro Fórum foi organizado pelo Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP) para discutir a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei. Nesta ocasião, chegou-se à conclusão que a principal causa da interrupção da gravidez não penalizada no Brasil era resultante de estupro, e que as mulheres estupradas que engravidavam, não conseguiam interromper a gestação dentro do marco legal. Além disso, um número muito maior de vítimas de violência sexual, crianças, adolescentes e mulheres adultas, não recebiam o atendimento que necessitavam (V). O Código Penal brasileiro estabelece, desde 1940, no seu artigo 128, que o aborto praticado por médico não é punido quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez for resultado de estupro. Entretanto, durante meio século, apenas o aborto por risco de vida da mãe é praticado em muitos hospitais, enquanto a mulher vítima de estupro, só por exceção, é atendida nos hospitais públicos, vendo-se obrigada a recorrer ao aborto clandestino.

Seguramente, o entorno social predominantemente machista, em que se duvida sistematicamente da inocência da mulher estuprada, e em que a realidade social do aborto fica cercada de conotações negativas, em qualquer circunstância, tem desempenhado papel importante para manter essa situação. Da mesma forma o temor dos médicos e das instituições de saúde de serem incriminados, caso aceitem o pedido de aborto da mulher estuprada, também têm sido um obstáculo considerável. O

temor do médico é duplo: teme ser acusado, investigado e processado pela justiça, e ainda estar interrompendo uma gestação que, na realidade, não foi resultado de estupro.

Na medida em que a violência sexual contra a mulher é uma realidade incontestável, e que a gravidez dela resultante é uma segunda violência intolerável para a maioria das mulheres nessa situação, torna-se impostergável encontrar uma forma de responder às necessidades dessas mulheres de forma que, ao mesmo tempo, seja aceitável para profissionais e instituições de saúde.

Esta foi a perspectiva que motivou o Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP) e o Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP a organizar este tipo de Fórum, para implementação da discussão do atendimento ao aborto previsto na lei brasileira.

Utilizou-se como base para as discussões a experiência de quatro hospitais que já ofereciam esse tipo de serviço em 1996: o Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM-UNICAMP), o Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, o Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Pérola Byington) e o Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (Hospital Jabaquara). Além de documentar essa experiência através de pesquisa, cujo relatório foi apresentado e esteve à disposição dos participantes do I Fórum, membros das equipes desses hospitais estiveram presentes e atuantes durante a reunião. Participaram, também, representantes do judiciário, das delegacias de defesa das mulheres, dos Institutos Médico Legais, de Organizações não Governamentais (ONG) de mulheres, da academia do Direito Penal, do Conselho Federal de Medicina, da FEBRASGO, e principalmente, Professores Titulares de Ginecologia e Obstetrícia, que poderiam aplicar as recomendações do Fórum nos seus respectivos hospitais universitários (ver lista de participantes no final do relatório).

As discussões durante estes eventos, assim como em cada hospital onde abriu-se debate sobre o assunto, levou a entender que a preocupação deveria estender-se às mulheres que sofrem de violência sexual, independentemente se esta violência leva

ou não à gravidez indesejada e solicitação de interrupção. Daí que a partir do IV Fórum, realizado em 1999, estes eventos tenham mudado de título passando a chamar-se “Forum Interprofissional Sobre atendimento da mulher vítima de violência sexual” (IV).

A pesar do esforço coletivo dos participantes nestes fóruns e muitas outras pessoas que lutam por este mesmo objetivo, a realidade atual é que a maior parte dos serviços de saúde não estão preparados para atender às mulheres vítimas de violência e, particularmente, os casos de estupro. Como essas mulheres precisam de atendimento diferenciado, há necessidade de se tomar medidas específicas, que cabem perfeitamente dentro da capacidade de qualquer serviço preparado para dar atendimento gineco - obstétrico de qualidade.

Os professores de Ginecologia e Obstetrícia, o Presidente da FEBRASGO e todos os outros profissionais que participaram no I Fórum, e em todos os Fóruns seguintes, comprometeram-se a fazer todos os esforços necessários para corrigir esta situação. Em diversas regiões do país, participantes deste grupo envolveram-se em atividades de sensibilização e capacitação de equipes para implantar ou ampliar a oferta de serviços de assistência especializada às mulheres vítimas de violência sexual, dentro dos programas de assistência integral à saúde da mulher.

Destaca-se a atuação da “Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Aborto Previsto na Lei”, da FEBRASGO, criada em 1997, do próprio CEMICAMP, da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e de numerosos colaboradores em Faculdades de Medicina, Profissionais de Saúde, Juristas, Promotores de Justiça e outros. Um marco fundamental foi a Norma Técnica: “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, publicada pelo Ministério da Saúde em 1998 (V). *Alem disso, a partir do V Fórum realizado em Dezembro de 2000, o Ministério de Saúde passou a ser co-patrocinador dos Fóruns, contribuindo substancialmente ao seu financiamento e organização desde o ponto de vista técnico (NOVO).*

Até a data de realização do I Fórum, existiam apenas quatro hospitais públicos no Brasil que ofereciam alguma forma de atendimento a estas mulheres, mas praticamente limitado à interrupção da gravidez resultante de estupro. Como resultado da atuação persistente, eficiente e articulada de um conjunto de instituições, o número de hospitais que oferecem assistência especializada às mulheres vítimas de violência sexual, aumentou progressivamente.

Os Fóruns Interprofissionais, realizados até o momento, contribuíram para definir a atenção que as mulheres deveriam receber e para fazer um balanço anual dos progressos alcançados, na ampliação da oferta de serviços que acolham e ajudem as meninas, adolescentes e mulheres que sofreram ou estão vivendo em situação de violência sexual, na resolução de seus problemas (V). *Todos os relatórios dos Forums foram publicados na revista FEMINA, órgão oficial da FEBRASGO, o que serviu para a divulgação das importantes deliberações e conclusões a que se chegou em cada um destes eventos. Apesar de que, em geral, trataram-se temas diferentes em cada Forum, também tem havido alguma repetição e revisão de propostas anteriores. Por este motivo, decidimos realizar uma síntese dos acordos dos seis primeiros Forums, para facilitar a informação atualizada de aqueles que não tinham participado anteriormente, e a recuperação da memória dos participantes habituais.*

Finalmente, é preciso deixar explícito que os Fóruns não tem qualquer intenção de promover o aborto. Ao contrário, julga-se que todas as medidas sociais e econômicas disponíveis deveriam ser tomadas para evitar as gestações não-desejadas, proteger as mulheres grávidas e dar assistência às mães, para que possam levar a gravidez a termo, cuidar e educar seus filhos com o necessário apoio social, hoje praticamente ausente. Pretende-se apenas, cumprir a lei que protege a vítima da violência, que na realidade atual, na prática, é punida ao invés de ser protegida e receber os cuidados de que precisa.

*Acreditamos que as conclusões a que se chegou nos distintos Forums, aqui resumidos, serão de utilidade como documento de consulta, para todos os colegas*

*gineco-obstétricas e outros profissionais sensíveis às necessidades da mulher brasileira e, particularmente, àquelas que sofrem diferentes formas de violência. Confiamos que a divulgação deste documento contribua a atingir o objetivo de que todos os serviços estejam preparados para dar o atendimento definido nas Normas do Ministério da Saúde e detalhadas aqui, às mulheres que sofrem violência sexual em qualquer lugar do Brasil.*

## **2. ORIENTAÇÃO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE ESTUPRO**

### **2.1. Por ocasião do estupro**

É recomendável que a mulher não guarde segredo para si mesma acerca do que aconteceu, mas comente o fato com alguém de sua confiança que possa lhe dar apoio. O ideal seria que a mulher se preservasse tal como quando terminou o estupro, até ser examinada por um médico. Isto inclui não tomar banho e guardar toda a roupa íntima num saco plástico.

O registro policial do delito de estupro não é obrigatório, mas é recomendável que a vítima compareça a uma Delegacia de Polícia para o registro da ocorrência e encaminhamento ao IML para submeter-se a exame de corpo de delito, com a finalidade de melhor assegurar os seus direitos (I).

A mulher deve ser informada sobre seus direitos reprodutivos e legais e informada a respeito do risco de gravidez e de adquirir uma DST/AIDS.

- a) a respeito da necessidade de representação ou queixa, conforme as exigências legais, bem como a respeito dos prazos cabíveis (lembre-se que é de seis meses, contados do conhecimento da autoria, o prazo cabível para a representação ou queixa);
- b) a respeito da possibilidade de promover ação civil de reparação de danos físicos e morais contra o agressor;

- c) a respeito da possibilidade de fazer uso da contracepção de emergência ou “pílula do dia seguinte” (lembre-se que a contracepção de emergência deve ser utilizada no prazo máximo de 72 horas contados da data da violência sexual);
- d) a respeito da utilização da profilaxia para DST/AIDS (lembre-se que esse procedimento deve ser feito também no prazo de 72 horas);
- e) a respeito da possibilidade da realização do abortamento lícito, de acordo com o art. 128, II, do Código Penal, nos casos de suspeita ou confirmação da gravidez;
- f) a respeito da possibilidade de utilização de abrigos para mulheres vítimas de violência (Casas-Abrigo), quando existentes e caso necessite (IV) .

## **2.2. Outros encaminhamentos**

A vítima deve ser encaminhada:

- g) ao IML para realização de exame de corpo de delito, caso pretenda dar prosseguimento à persecução penal;
- h) aos serviços de saúde que realizam prevenção de DSTs, inclusive HIV;
- i) aos serviços de apoio psicossocial;
- j) aos hospitais que mantêm serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual;
- k) às casas-abrigo ou a outros centros de apoio à mulher em situação de violência; e à defensoria pública.

**Observação:** As delegacias de polícia deverão entregar às vítimas uma lista dos endereços, com telefones e horários de funcionamento, das instituições de apoio à mulher. (IV)

### **2.3 Orientações às mulheres vítimas de estupro que engravidam e desejam interromper a gestação**

Em caso de confirmar-se a gravidez, a mulher deve encaminhar-se a um hospital que atenda solicitações de aborto legal, independentemente de ter registrado a ocorrência ou não.

Nesse hospital, ela deve ser informada dos procedimentos estabelecidos para a assistência da mulher vítima de estupro que solicita interrupção de gravidez.

Se não houver um hospital na região que atenda a solicitações de aborto em caso de estupro, procurar qualquer hospital público, para que se crie precedente e também porque é necessário que o poder público garanta a disponibilidade desse serviço (I).

## **3. ATENÇÃO IMEDIATA A MULHER VITIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL**

### **3.1. A prioridade de atendimento após a violência:**

A prioridade do atendimento é da assistência médica, psicológica e social; o atendimento aos aspectos médico-legais devem ocorrer depois daquela assistência. As pessoas que trabalham nas Delegacias de Polícia devem ser orientadas sobre o conceito de urgência no atendimento médico e psicológico nos casos de violência sexual, alertando sobre a necessidade da anticoncepção de emergência e da profilaxia das DST e AIDS nas primeiras horas após a violência. Muitas vezes o atendimento psicológico precisa ser feito também no mais curto espaço de tempo (urgência).

O Serviço Médico deve sempre orientar a mulher ou seu representante legal de que tanto a realização do Boletim de Ocorrência em Delegacia de Polícia quanto o exame realizado no Instituto de Medicina Legal são importantes para ela. Porém, a decisão de comparecer à Delegacia e ao IML deve ser da vítima ou de seu representante. Nos casos de violência ou suspeita de sua ocorrência em menores

de 18 anos, o caso deve ser comunicado ao Conselho Tutelar, que fará os devidos encaminhamentos.

### **3.2 Atendimento nas Delegacias de Polícia**

Apesar das deficiências e precariedades das Delegacias de Polícia, em geral, é preciso estabelecer um procedimento ideal a ser implantado para o atendimento das vítimas de violência sexual.

#### *a. Abordagem*

No momento do atendimento inicial nas Delegacias de Polícia, “a mulher em situação de violência em geral manifesta medo, insegurança, desconfiança, dor, incerteza e frustração, além das lesões físicas” e que, “diante de tal situação e acima de tudo, ela merece e deve ser atendida com respeito e solidariedade e precisa receber orientações que a ajudem a resolver ou diminuir seus problemas” (Jornal da Rede Saúde, 11/1999, Protocolo, pág. 2).

Assim, os/as profissionais que dão o primeiro atendimento às mulheres nas Delegacias, devem preocupar-se com a urgência do atendimento médico, prestar um acolhimento solidário e digno, mais humanizado e, além disso, devem tomar as cabíveis providências de ordem policial.

Portanto, tais profissionais, devem ser sensíveis e lembrar sempre, que a vítima que sofreu a violência foi e está muito humilhada e que é provável que ela não queira se expor ainda mais, inclusive porque está amedrontada e confusa. Assim, ao abordá-la, os profissionais policiais não devem ser invasivos (as), devem respeitar os limites humanos, ser discretos(as) e, acima de tudo, dar a ela apoio.

O atendimento inicial deve ser feito, preferencialmente por mulher, em lugar próprio e reservado, que garanta privacidade, para que a vítima possa relatar a ocorrência com maior liberdade e segurança.

Finalmente, o/a profissional encarregado/a dessa primeira abordagem deve estar devidamente motivado(a) e preparado(a) para esse atendimento.

*b. Lavratura do boletim de ocorrência*

Na lavratura do boletim de ocorrência, deve constar:

- referência a eventual atendimento anterior por médico ou profissional da saúde, o qual deve ser identificado;
- relato minucioso do fato, com referência específica à violência sexual sofrida (penetração vaginal ou anal, etc.), inclusive com a menção da modalidade da violência (física, ameaça, psicológica, doméstica, etc.);
- tipificação do(s) delito(s) correspondente(s) ao(s) fato(s) relatado(s) (estupro, atentado violento ao pudor, etc);
- descrição, quando possível, das lesões aparentes, sem a realização de exame físico, o qual é de responsabilidade do IML ou do serviço de saúde (lembre-se que, de acordo as recomendações dos últimos Fóruns, a realização do exame no IML não é obrigatório, posto recomendado);
- referência à condição psicológica da vítima (choro, labilidade emocional, etc) no momento do atendimento; e
- referência à “cor” da vítima, dando-se preferência à auto classificação, de acordo com os critérios do IBGE (branca, parda, preta, amarela, indígena), mas nos casos de divergência da auto-classificação, fazer observação cabível.

Observações:

Na lavratura do boletim de ocorrência, o/a profissional policial deve ter a consciência da fundamental importância de sua exaço e legibilidade, não só para os fins de persecução penal, mas, especialmente, para atender às exigências do atendimento na rede pública de saúde, de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde, bem como para a colheita de dados para estudos e estatísticas.

Em nenhuma hipótese a vítima de violência sexual deve ser incumbida de entregar notificações ou intimações ao seu agressor.

Caso a vítima não tenha condições físicas ou psicológicas, no momento do atendimento, para relatar os fatos, deverá ser convidada, por escrito, a retornar à Delegacia de Polícia, em data previamente apazada, depois das devidas orientações (IV).

### **3.3. Atendimento no setor saúde**

O Fórum recomenda que todos os hospitais sigam a Norma Técnica do Ministério da Saúde, acrescentada por recomendações dos Fóruns nos aspectos não incluídos nessa Norma Técnica.

#### *a) Equipe multiprofissional.*

Preferencialmente, cuidado da mulher que sofre violência sexual deve ser dado por uma equipe multiprofissional, treinada para o atendimento integral à saúde da mulher. Toda a equipe deve estar consciente das suas interfaces profissionais, dando ênfase à questão de gênero e aos direitos reprodutivos. Isto resultará em um atendimento mais eficiente e de melhor qualidade (II). O atendimento inicial pode ser realizado por profissional da área médica, de enfermagem, da psicologia ou do serviço social, devendo o acompanhamento ser de responsabilidade de equipe multiprofissional. Deve, se possível, contemplar todos os aspectos relativos ao atendimento, evitando que a mulher tenha que recorrer a outros profissionais ou serviços e relatar repetidamente a agressão sofrida. Devemos ressaltar que o profissional de enfermagem (enfermeira), pode solicitar exames complementares e prescrever medicamentos padronizados – contracepção de emergência e profilaxia das DST (s), de acordo com a legislação vigente. Recomenda-se que o profissional que realiza o atendimento à vítima de violência, tenha habilidades para identificar situações, tais como medo, pavor, agressividade, desconfiança e insegurança, além da agressão física.

As informações obtidas deverão ser registradas a nível do serviço que prestou o atendimento e notificadas as autoridades de saúde (IV)

Na maior parte dos hospitais de referência, o atendimento de emergência à mulher vítima de violência sexual é prestado pela instituição, sem depender da presença de uma determinada equipe. Porém, em muitos hospitais, a interrupção da gravidez ainda depende de uma equipe mais ou menos restrita.

O seguimento das pessoas atendidas é, habitualmente, responsabilidade de uma equipe que se dedica especialmente ao atendimento desses casos, que pode ou não ser a mesma que atende a emergência e pratica a interrupção de gravidez (V).

#### *b) Assistência psicológica*

A principal necessidade imediata da mulher que acaba de sofrer violência sexual é de apoio e acolhimento psicológico. Por isto recomenda-se aos serviços de atenção à saúde da mulher e as delegacias de polícia, quando possível, que ofereçam este tipo de atendimento, que pode ser dado por profissionais do plantão, geralmente enfermeira, apropriadamente treinada para este efeito.

Por ocasião do primeiro atendimento no serviço de saúde, deve ser avaliado o impacto do estupro na saúde mental da mulher, bem como deve ser oferecido aconselhamento de emergência. Depois, a mulher deve ser encaminhada para controle e seguimento, até a sua completa reestruturação psicossocial.

Nos casos de violência doméstica, recomenda-se que o atendimento psicológico seja extensivo ao grupo familiar/doméstico da vítima (II).

No serviço de psicologia será realizada avaliação da mulher, na qual os aspectos abordados serão os seguintes:

- 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.

*c) Medidas para documentar o estupro.*

Recomendou-se que todos os IML tenham um protocolo específico para o atendimento às vítimas de violência sexual. Essa sugestão deverá ser encaminhada a uma Comissão do CFM juntamente com os modelos utilizados por hospitais do RN e SC (anexo), que estão discutindo o papel do IML. Solicitar aos médicos legistas que elaborem uma lista de materiais necessários aos serviços médicos para que estes possam realizar o exame pericial no próprio hospital, quando possível.

A situação ideal seria que houvesse sempre médico legista de plantão para participar no atendimento de urgência nos hospitais que dão assistência às mulheres que sofrem violência sexual. Na sua ausência, o médico que faz o primeiro deve fazer o registro do atendimento em prontuário próprio e adequado. As informações que devem estar contidas no prontuário são as dispostas na Norma Técnica do Ministério da Saúde. Deve ser ressaltado que a maioria das vítimas de violência sexual não apresenta lesões, tais como escoriações, mordidas, queimaduras, arranhaduras, equimoses, hematomas etc. Entretanto, quando presentes, o prontuário médico deve conter sua descrição e localização com precisão. O relatório médico deve conter desenhos demonstrativos das lesões, para melhor localização e compreensão das informações que estão descritas nele. A descrição das lesões pode ser mais acurada quando se utiliza desenhos ou fotografias, devendo essa prática ser reforçada.

Recomenda-se que os prontuários sejam periodicamente revisados pela equipe de atendimento, e as suas correções devidamente repassadas às pessoas que participam da assistência (VI)

Do ponto de vista judicial, os médicos que não são peritos não precisam dar laudos, mas devem descrever se houve sinais de violência, fazendo desenhos ou tirando fotografias, sempre que possível. Além disso, é importante fazer a colheita do conteúdo vaginal, deixando-o à disposição do poder judiciário para identificação do autor, que pode ser feita, inclusive, por meio do DNA, se for possível e se a mulher quiser processar o autor do estupro.

O prontuário deve ser preenchido detalhadamente, posto que pode ser requerido pela justiça para fazer parte do processo.

Não há motivos para os médicos terem receio de realizar os exames descritos acima, porque não sofrerão qualquer consequência negativa (I).

Quando for realizada a primeira consulta médica, todas as informações devem ser cuidadosamente registradas no prontuário médico, com letra legível e sem espaços em branco. No prontuário devem constar a história clínica e o exame físico completo incluindo exame ginecológico. Deverá ser feita descrição minuciosa das lesões e do relato da paciente, bem como das orientações fornecidas pelo profissional. Cada profissional que atender a mulher deve ser identificado no prontuário. A data e hora dos atendimentos também deverão ser anotados cuidadosamente no prontuário. Este prontuário será a fonte de informação oficial para um laudo indireto do IML, ou para o perito nomeado pela autoridade judicial.

#### *Preservação de material para identificação do agressor*

Sempre que for possível, deve ser colhido o material para identificação do agressor. O material colhido pode ser conservado, para futuros exames, da seguinte forma: colocá-lo em papel filtro estéril, secá-lo e guardá-lo em envelope de papel estéril. O material

nunca deve ser acondicionado em sacos plásticos, que facilitam a transpiração que, mantendo o ambiente úmido, facilita a proliferação de bactérias, que podem destruir as células e o DNA. O material deve ser mantido em ambiente climatizado, no máximo a 20º mas não deve ser colocado em geladeira. Somente nos serviços em que houver possibilidade de congelamento do material com nitrogênio líquido, tal providência poderá ser adotada (II).

#### *d) Proteção contra a gravidez*

A mulher deverá receber contracepção de emergência de acordo com as recomendações contidas no documento de Assistência ao Planejamento Familiar do Ministério da Saúde elaborado (Brasília, 1996), adotadas pela FEBRASGO no mesmo ano.

Recomenda-se que se dê preferência ao uso de levonorgestrel 750mcg para anticoncepção de emergência, e nas situações onde não for possível, utilizar o método de Yuzpe (V). Este último método consiste na utilização de anticoncepcional hormonal combinado oral, contendo 50 mcg de etinilestradiol associado a 250 mcg de levonorgestrel, em duas doses de 02 comprimidos, com intervalo de 12 horas (total de 04 comprimidos) iniciados o mais precocemente possível, até o máximo de 72 horas após o intercurso sexual. 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 (III)

#### *e) Proteção contra DST/AIDS*

Instituir a profilaxia seguindo as recomendações do Programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde ou das Secretarias de Estado da Saúde. Estas recomendações podem ser adaptadas às condições locais (II).

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 (III)

## **Organização dos serviços para atender às necessidades de prevenção de DST/AIDS**

### **Primeiro atendimento**

O primeiro atendimento deve ser realizado em instituições de saúde capacitadas para atender as mulheres vítimas de violência sexual, para onde devem ser encaminhadas por delegacias, centros de saúde e outros lugares onde estas mulheres vão procurar ajuda após a violência.

Os serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual devem entrar em acordo com a coordenação de DST-AIDS e de saúde da mulher das Secretarias Estaduais e Municipais, para coordenar as atividades de prevenção das infecções

de transmissão sexual e definir os locais de referência para a realização da profilaxia do HIV, com anti-retrovirais.

Algumas instituições, como Delegacia da Mulher, Clínicas, Unidades básicas de saúde, hospitais, Instituto Médico Legal e Organizações Não Governamentais, teriam como incumbência a captação e encaminhamento das mulheres aos Serviços de Atendimento Especializado à Mulher Vítima de Violência Sexual, onde deve ser indicada e administrada a primeira dose dos anti-retrovirais para a prevenção de DST/AIDS.

### **Terapia a ser usada**

A Coordenadoria Nacional de DST-AIDS e a Coordenação Nacional de Saúde da Mulher ficarão responsáveis em conjunto, pela elaboração do Anexo à Norma Técnica de Atendimento à Mulher e Adolescente Vítima de Violência Sexual, sobre a utilização de anti-retrovirais.

Dado o surgimento constante de novas drogas e de novos conhecimentos sobre os anti-retrovirais existentes, não pareceu adequado recomendar nenhuma combinação específica de medicamentos. Apenas a experiência dos participantes no Fórum parece sugerir a preferência por esquemas com duas ou três drogas.

Os participantes concordaram que a indicação ou não de terapia anti-retroviral deve considerar as características do agressor e da violência praticada (Tipo de violência, lesões provocadas, número de agressores, fatores de risco no agressor). Os detalhes da indicação dos anti-retrovirais e dos medicamentos não recomendados devem fazer parte do treinamento proposto acima.

Devido à interação entre alguns anti-retrovirais e o estrógeno, recomenda-se que o levonorgestrel seja utilizado, preferencialmente, para anticoncepção de emergência. No caso da utilização do Método de Yuspe, o Ritonavir e Neofinavir deve ser retirado do tratamento devido à diminuição da ação estrogênica. Se a paciente já faz uso de

anticoncepcional hormonal, que tenha em sua composição o estrogênio, o Ritonavir e o Neofinavir também devem ser retirados do esquema.

### **Coordenação dos serviços**

As Secretarias de Saúde dos Estados, junto com as secretarias Municipais de Saúde, através de suas coordenadorias de DST/AIDS e Saúde da Mulher, devem ficar responsáveis pela identificação e divulgação dos Serviços de Atendimento à Mulher vítima de violência sexual e de coordenar o treinamento dos profissionais destes serviços (VI).

#### *f) Assistência Social*

### **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 (III)

### **3.4. Seguimento**

#### *a) Seguimento psicológico*

- **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 (III)

É recomendável que os serviços de atenção à saúde da mulher e as delegacias de polícia, quando possível, que ofereçam atendimento psicológico.

Por ocasião do primeiro atendimento no serviço de saúde, deve ser avaliado o impacto do estupro na saúde mental da mulher, bem como deve ser oferecido aconselhamento

de emergência. Depois, a mulher deve ser encaminhada para controle e seguimento, até a sua completa reestruturação psicossocial.

Nos casos de violência doméstica, recomenda-se que o atendimento psicológico seja extensivo ao grupo familiar/doméstico da vítima (II).

#### *b) Seguimento das profilaxias anti HIV*

O seguimento das pacientes deve ser feito por no mínimo 6 meses, pois nos primeiros meses dificilmente será observada soroconversão HIV+. O seguimento dessas pacientes durante o período de profilaxia com anti-retrovirais será realizado de acordo a melhor conveniência das mulheres, preferencialmente no próprio hospital onde recebeu o primeiro atendimento, mas a cargo de um infectologista ou por um profissional devidamente treinado. Nos locais em que essa forma de coordenação não seja possível, o seguimento deve ser realizado em local que permita o atendimento por um especialista em HIV/AIDS, segundo as condições locais.

Com o objetivo de que a indicação ou não de administração de anti-retrovirais seja o mais correto possível, as coordenadorias Estaduais e Municipais de DST-AIDS deverão organizar o treinamento dos profissionais de saúde que atuam em serviços especializados no atendimento à mulher vítima de violência sexual.

## **4. A INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ RESULTADO DE ESTUPRO**

### **4.1 Processo de implantação do atendimento ao aborto legal**

O processo de implantação dentro do hospital não deve ser uma decisão vertical, de cima para baixo. Deve ser amplamente discutido antes de se definir o processo que será estabelecido. Para decidir como vai ser organizado o atendimento, a discussão deve ser interna, englobando todos os profissionais que, potencialmente, estarão envolvidos, de alguma forma, no processo de atendimento. Inclui-se a assessoria

jurídica da instituição, se houver.

Em uma segunda etapa, depois que o procedimento para o atendimento esteja estabelecido no serviço, podem ser convidadas representantes de grupos de mulheres, de núcleos feministas universitários, representantes do IML, CRM, das delegacias e do Poder Judiciário, em geral, para informar como será esse atendimento e discutir que mecanismos criar para que essas instituições possam encaminhar as mulheres que dele necessitem.

Não existe um modelo apropriado para todos os serviços, mas, independentemente de ser rotina ou um programa especial, deve haver uma equipe devidamente treinada para atender esses casos.

#### *Sensibilização e treinamento*

Para sensibilizar todos os funcionários do hospital, propõem-se atividades tais como dramatizações, utilização de vídeos educativos, reuniões de esclarecimento e debate do tema.

Neste contexto, devem incluir-se conteúdos que assegurem aos profissionais a legalidade dos procedimentos, deixando claro que não se trata de promover o aborto, mas, sim, de viabilizar o atendimento aos casos previstos no Código Penal. Esse esclarecimento deve ser estendido a todos os funcionários do serviço e não apenas àqueles que estiverem envolvidos diretamente no atendimento.

Os funcionários que estarão envolvidos diretamente, deverão receber treinamento em como cuidar das mulheres que solicitem a interrupção da gestação por estupro ou risco de vida. Os médicos, especificamente, deverão ser treinados para a utilização das diferentes técnicas para a interrupção da gestação (I).

#### *Interrupções da gestação prevista na lei*

- A maior parte dos hospitais que prestam atendimento à mulher vítima de violência sexual inclui a interrupção da gravidez sob demanda da mulher nos casos previstos na lei. O Fórum entende não ser necessário que todos os

hospitais de referência para o atendimento da demanda. Recomenda-se ainda a oferta desses serviços em todos os hospitais universitários ou hospitais-escola. Por tratar-se de instituições formadoras, esta estratégia vai assegurar a formação continuada de profissionais das diferentes categorias envolvidas no atendimento e, conseqüentemente, a possibilidade de replicação e expansão dessas ações de saúde, garantindo o acesso à toda a população (V)

#### **4.2. Atendimento psicológico da mulher vítima de violência sexual grávida que solicita interrupção**

Todas estas mulheres requerem:

- avaliação psicológica, na qual os aspectos abordados serão os seguintes (III)
- 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 (III)

#### **4.3. Aconselhamento sobre alternativas e direitos**

A mulher deve receber informação sobre seus direitos e as alternativas existentes com relação a levar a gravidez a termo ou interrompê-la. No primeiro caso, deverá ser discutida a possibilidade de dar a criança em adoção ou de aceitar o filho.

A equipe de saúde não deve, de modo algum colocar suas impressões pessoais para influenciar ou coagir a mulher. Deve orientar a mulher sobre todas as possibilidades e alternativas, motivando-a a refletir sobre sua saúde e direitos reprodutivos, para uma decisão informada, consciente e voluntária. É papel dos serviços de saúde apresentar as opções, mas a decisão é da mulher. No caso de decidir entregar a criança para

adoção, ela terá que saber que é necessário abrir mão do pátrio poder em caráter irreversível e irrevogável. Os serviços devem contactar a Vara da Infância e Juventude para as medidas cabíveis para adoção, caso essa seja a decisão final. Deve ser esclarecido à mulher, ainda, que a adoção só poderá ser efetivada após o nascimento da criança (II)

## **5. PROCEDIMENTOS QUE OS HOSPITAIS DEVERÃO SEGUIR EM CASOS DE SOLICITAÇÃO DE INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO POR ESTUPRO E RISCO DE VIDA**

Todos os hospitais devem ter definido um procedimento para atender as solicitações de aborto legal

Enquanto não tenham condições de atender a solicitação, no mínimo deverão saber para onde encaminhar a mulher e que orientações em geral, proporcionar-lhe.

### **5.1. Requisitos para caracterização de Estupro**

#### *a) Documentos necessários para garantir a legalidade do atendimento*

\* Solicitação da mulher ou de seu representante legal, por escrito. Se não houver representante legal, pede-se o suprimento de consentimento judicial. No caso de menor de 14 anos, embora não seja exigência legal, é necessário que o médico tenha o consentimento dela própria e do seu representante legal, por escrito. A vontade da menor grávida deve prevalecer, se quiser continuar a gestação.

\* Boletim de Ocorrência:

Embora a lei não exija o boletim de ocorrência (B.O.), é recomendável que seja apresentado, para prevenir futuros problemas para a mulher e também para os

serviços e/ou para os médicos, além de constar como requisito na Norma do Ministério da Saúde. O B.O deverá ser anexado ao prontuário da mulher. Por outra parte, a mulher pode solicitar um boletim de ocorrência considerando que isto garante o exercício da cidadania e evita a impunidade do agressor. Entende-se ainda que a instauração de um inquérito policial é decisão exclusiva da mulher, e não compete ao serviço de saúde.

\* Laudo do IML:

Não é uma exigência, mas quando for possível obtê-lo em, no máximo, 48 horas após o exame do corpo de delito, é recomendável que seja solicitado. Existindo o laudo, a instituição deverá anexá-lo ao prontuário da mulher.

\* Mandado ou alvará judicial

Não é necessário e não é recomendável solicitá-lo, porque o tempo necessário à sua obtenção retardará a interrupção da gestação.

*b) Informação à mulher do delito de "falsidade ideológica" e suas consequências*

Sem prejuízo da credibilidade na palavra da mulher o Fórum recomenda que a mulher seja orientada com relação a possibilidade da caracterização do crime de "falsidade ideológica" (CP, art. 299), caso faça declaração falsa a respeito da ocorrência do estupro. A mulher deve ser informada de que, se induzir o médico a erro, poderá ser responsabilizada criminalmente pelo abortamento. Essa informação deverá ser feita por escrito e colhido o ciente da vítima ou de seu representante legal.

**NOTA :** Caso o médico seja induzido a erro e, assim, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, suponha estar praticando abortamento legal (CP, artigo 128, II), estará caracterizada a *DESCRIMINANTE PUTATIVA* prevista no artigo 20, parágrafo 1º, do Código Penal e o médico ficará isento de pena (II).

## **5.2. Critérios para aprovar a interrupção da gestação**

### *a) Idade gestacional*

Seria recomendável que a idade gestacional máxima para aprovar a solicitação de interrupção da gravidez fosse de até 12 semanas completas. Acima de 12 e até 20 semanas, os casos devem ser analisados individualmente, de acordo com as condições clínicas da mulher, sua vontade de aceitar os riscos e a capacidade técnica do serviço.

### *b) Veracidade da história*

O hospital pode recusar-se a fazer o aborto caso encontre alguma inconsistência significativa na história de violência. Além disso, o hospital deve verificar se a idade gestacional confirmada por ultrassom, é compatível com a data do estupro.

### *c) Comissão de avaliação do hospital*

A avaliação da história do estupro será iniciada com a entrevista pelo profissional designado para este atendimento. Cabe ao médico a avaliação clínica e obstétrica da mulher, confrontando dados relativos à sua história, data do estupro, último período menstrual, com o exame do tamanho uterino e avaliação ultra-sonográfica da idade gestacional. Esse procedimento permitirá obter dados confiáveis que garantam à equipe multiprofissional tranquilidade no atendimento (II).

## **5.3. Fluxo da mulher dentro do serviço**

Num primeiro contato com o hospital, a mulher deve ser referida, prioritariamente, à assistente social. Se isto não for possível, deverá ser encaminhada a qualquer um dos outros profissionais, médico (a), psicólogo (a) ou enfermeiro (a), conforme a instituição defina.

A (o) assistente social, ou o profissional indicado pela instituição, deve colher o relato completo da mulher acerca da violência sofrida e registrá-lo para a consulta dos profissionais que a atenderão a seguir. Esses poderão complementar o relato, de acordo com as especificidades de seu atendimento. O médico pode apurar alguns pontos da história, importantes para o diagnóstico, sem exigir que a mulher repita todos os detalhes mórbidos do acontecido.

Não é relevante se o (a) médico (a) que faz a interrupção é, ou não, o (a) mesmo (a) que fez o exame clínico da mulher (I).

Tempo máximo aceitável para o hospital dar seu parecer e realizar a interrupção da gestação:

Esse tempo deve ser o mais curto possível, levando em consideração o estado emocional da mulher. Recomenda-se que esse prazo não seja maior que uma semana (I).

#### **5.4. Método para a interrupção da gravidez**

A técnica a ser empregada na interrupção da gravidez poderá incluir procedimentos médicos ou cirúrgicos, ou uma combinação de ambos, de acordo com a experiência de cada instituição.

##### **➤ 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 (III).

### **5.5. Seguimento pós-aborto**

Todos os hospitais que prestam estes serviços dão seguimento às mulheres após a violência sexual, mas nem sempre o fazem após a interrupção da gravidez. O Fórum recomenda que todos os hospitais ofereçam acompanhamento, particularmente psicológico, pelo tempo que seja necessário, às mulheres que solicitam interrupção da gravidez, tanto no caso em que se realize ou não se realize o aborto solicitado (V).

As mulheres que não cumprem os critérios e continuam a gestação devem receber apoio psicossocial para acompanhar o desenvolvimento da gestação. Devem ser encaminhadas a um atendimento pré-natal particularizado, diferente da rotina. É recomendável, também, que sejam criadas facilidades para esclarecer a mulher quanto à possibilidade de doar a criança (I).

## **6. RESPONSABILIDADE DOS DIFERENTES ÓRGÃOS PELA ORIENTAÇÃO DE MULHERES VITIMAS DE ESTUPRO**

### *Delegacias de Polícia*

O papel da delegacia de polícia inclui, entre outros, o de referir a mulher para um serviço de saúde ou de atendimento especializado para a mulher vítima de violência, e também o de informá-la sobre seus direitos.

### O Instituto Médico Legal (IML)

O IML deveria ter um impresso com o atendimento que precisaria ser feito nos serviços de saúde, que inclui prevenção de infecções, anticoncepção de emergência, apoio psicológico e orientação sobre DST/AIDS, incluindo profilaxia da contaminação de outros parceiros.

As ONG com orientação feminista têm um papel importante como veículo de informação, porque são muito procuradas pelas mulheres vítimas de violência. Poderiam, por exemplo, distribuir folhetos informativos a respeito do assunto, oferecer apoio psicológico e social, incluindo também a assessoria jurídica.

### Secretaria de Segurança:

- poderá providenciar a instalação do serviço de sexologia forense fora das dependências do IML;
- tomar providências para evitar o sucateamento e desestruturação das Delegacias de Defesa da Mulher já existentes;
- ampliar a quantidade de Delegacias de Defesa da Mulher;
- ampliar os horários de funcionamento das Delegacias de Polícia da Mulher e dos IML, bem como, quando possível, manter plantões de atendimento por 24 horas; e
- investir no aperfeiçoamento da formação dos profissionais designados para o atendimento.

### Academias de Polícia:

- poderão incluir no currículo de seus cursos uma disciplina referente à violência sexual e aos direitos das mulheres, bem como treinamentos específicos para o atendimento nos casos em menção; e
- abrir espaços para a participação dos movimentos das ONGs e feministas na realização de cursos específicos, sobre os direitos das mulheres e atendimento nos casos de violência sexual.

### Ministério da Justiça:

- recomendar às Secretarias de Segurança dos Estados e às Academias de Polícia a adoção das providências referidas acima;
- garantir o aporte de verbas necessárias para a implantação de casas-abrigo;
- promover encontro nacional das Delegacias de Defesa da Mulher, para a troca de experiências e aperfeiçoamento de sua atividade;
- divulgar os tratados internacionais relativos aos direitos humanos das mulheres;
- recomendar aos Estados da Federação que adotem modelo padronizado de boletins de ocorrência, para os casos de violência sexual, para levantamento de dados estatísticos em âmbito nacional;
- adotar providências que garantam o estudo e a reformulação do Código Penal no que diz respeito (1) à ampliação dos casos de exclusão de antijuridicidade do abortamento (aborto legal), (2) transferência dos crimes contra a liberdade sexual para o título de Crimes Contra a Pessoa.

Magistratura e Ministério Público: poderão incluir no currículo de suas escolas, bem como nos seus concursos públicos, a disciplina ou matéria relativa à violência sexual e aos direitos das mulheres, bem como manter cursos inclusive para participação de policiais, visando ao aperfeiçoamento da formação profissional no que diz respeito ao atendimento aos casos de violência sexual.

Faculdades de Medicina e de Direito: (1) poderão incluir nos seus currículos a disciplina ou matéria relativa à violência sexual e aos direitos das mulheres; (2) promover cursos para formação de policiais no que diz respeito às questões abordadas neste relatório.

Ordem dos Advogados do Brasil:

- poderão incluir nos exames de ordem e nos currículos de suas escolas a disciplina ou matéria relativa à violência sexual e aos direitos das mulheres;
- participar com a FEBRASGO na promoção de medidas que possam viabilizar a implantação de Delegacias de Defesa da Mulher nos locais onde ainda não existam, bem como a manutenção e o aperfeiçoamento das já existentes.

Conselhos de Saúde e Conselhos Tutelares: poderão (1) divulgar para a população as recomendações deste e dos Fóruns anteriores e (2) auxiliar os serviços de saúde a implantar ou implementar o atendimento às vítimas de violência sexual (IV)

### A mídia

Sugeriu-se a utilização da rede educativa de televisão e parte do tempo que a Associação Paulista de Medicina (APM) tem em convênio com a Rede Mulher, para transmitir as informações pertinentes. Recomendou-se a utilização da assessoria de imprensa das universidades e hospitais, quando possível. O papel da imprensa é muito importante para divulgação dos locais de atendimento. Entretanto, houve consenso na necessidade de orientar os jornalistas nessa área, para assegurar-se de que essas informações sejam corretamente transmitidas, de maneira profissional (I). Além disso, deverão ser pensadas soluções criativas para passar a informação, tais como telenovelas e embalagens de produtos.

## **7. HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

Decidimos utilizar a expressão homens autores de violência contra a mulher, em lugar de homens agressores, para afirmar nossa compreensão que estes homens não são apenas agressores, são pessoas comuns que vivem em sociedade, trabalham, mantêm relações de amizade, namoros, casamentos etc.

Significa também adotar uma posição de responsabilizar o autor de violência pelo(s) ato(s) cometido(s), que ele deve ser punido de acordo com as leis brasileiras, mas acreditando também que esse homem pode ser capaz de rever seus comportamentos e assumir um processo de mudança, para o qual necessita de apoio.

### **7.1. O perfil dos homens autores de violência contra mulheres**

A maioria dos casos de violência provocada por homens contra mulheres não tem origem numa causa específica. O modelo de masculinidade hegemônica, decorrente da construção social e histórica das relações estabelecidas entre homens e mulheres

(relações de gênero), é um dos fatores mais importantes na determinação da violência contra a mulher.

Podemos encontrar homens autores de violência contra mulheres em qualquer classe social, em diferentes culturas e raças.

## **7.2. O atendimento aos homens autores de violência contra mulheres**

Os autores de violência não são necessariamente doentes, mas devem receber atendimento específico em cada situação, considerando a diversidade de contextos, grau de complexidade do problema apresentado, motivação individual e condições de atendimento (estruturais e organizacionais).

Para dar início a esse tipo de atendimento é necessário avaliar individualmente com cada homem, até que ponto ele deseja e pode assumir o processo de reflexão em grupo, visando o auto-conhecimento e modificação de atitudes e comportamentos.

O atendimento aos homens não é responsabilidade dos serviços que atendem mulheres violentadas sexualmente e não deve ser realizado necessariamente pelas equipes de referência para atendimento de mulheres vítima de violência. Porém, essas equipes devem atuar junto aos setores competentes e junto aos grupos sociais organizados ou ONG, com o propósito de sensibilizá-los sobre a necessidade de que sejam criados grupos de atendimento a homens autores de violência doméstica ou intrafamiliar (física, psicológica e sexual).

Os serviços de saúde podem incluir os homens, em geral, em atividades educativas para a promoção da saúde, que indiretamente podem colaborar para prevenção da violência, estimulando maior participação no pré-natal, nas orientações para anticoncepção e prevenção do sexo seguro, entre outras.

As equipes de saúde, em especial os homens, podem encampar a Campanha do Laço Branco (originada no Canadá e conduzida por grupos de homens comprometidos com a eliminação da violência contra a mulher - 25 de novembro),

como uma estratégia de promoção de relações igualitárias entre homens e mulheres. Maiores informações sobre esta Campanha podem ser obtidas junto ao grupo NOOS.

### **7.3. Grupos de Reflexão**

No Brasil, em alguns estados, estão sendo desenvolvidas experiências de atendimento que privilegiam os grupos de reflexão, associado ao acompanhamento de cada homem e de sua família.

Devemos buscar a ampliação das redes locais de atendimento a mulheres, incorporando instituições que atendam ou possam vir a atender homens autores de violência. Portanto, é necessário estimular a participação de entidades de classe, grupos organizados, serviços de mediação, clínicas sociais, entidades de ensino, etc.

A atuação em rede é uma estratégia importante e pode contribuir como um fator de redução da violência, tendo em vista que essa articulação - caso tenha visibilidade social - demonstra o interesse da sociedade pela eliminação da impunidade e pelo apoio as vítimas. Por esses motivos, o Fórum sugere ao poder público (justiça, saúde, educação, cultura) a inclusão dessa estratégia nas políticas de combate a violência.

Para viabilizar essas ações, será necessário sensibilizar juízes visando a associação das penas alternativas à participação em grupos de reflexão. Uma das estratégias de sensibilização pode ser a inclusão deste assunto nos cursos de formação de juízes.

Recomendou-se, também, que as redes locais estimulem as instâncias competentes, e em especial a justiça, para ampliação do número de grupos que atendem homens autores de violência contra a mulher. O estímulo à formação de grupos de reflexão deve visar diferentes espaços, inclusive locais onde se possa atender presidiários ou egressos de presídios.

A realização de grupos de reflexão com presidiários e egressos não está necessariamente vinculada ao trabalho de prevenção e interrupção de violência contra mulheres. Porém, esta ação pode contribuir para a prevenção da violência de uma forma geral.

Os grupos de reflexão poderão incluir homens que não foram denunciados, mas procuraram atendimento espontaneamente ou por indicação de instituições que não pertencem à área da justiça, assim como homens que não agredem mulheres, mas desejam participar de atividades de prevenção da violência de gênero.

#### **7.4. O perfil do profissional que atende homens autores de violência contra as mulheres**

Qualquer pessoa pode trabalhar com homens autores de violência contra mulheres em grupos de reflexão desde que estejam habilitados para conduzir esses grupos. Porém, é essencial que essa pessoa esteja motivada e capacitada para desenvolver o trabalho proposto.

A capacitação deve incluir pelo menos os seguintes temas: relações de gênero; direitos humanos; direitos sexuais e reprodutivos; dinâmicas de grupo; noções de terapia de família e de casal, bem como terapias corporais; e noções de psicopatologia. Essa experiência é fundamental para que estas pessoas reconheçam suas crenças, valores, sentimentos e preconceitos relacionados a temas como relações de gênero, violência, masculinidades, direitos, cidadania, sexualidade, dentre outros.

Homens ex-autores de violência contra a mulher podem manifestar o desejo de realizar esse trabalho e podem vir a colaborar atuando como facilitadores dos grupos de reflexão.

A organização do atendimento aos homens depende das condições locais e objetivos do trabalho (promoção, prevenção ou assistência).

A atuação com equipes multidisciplinares - sempre que possível - poderá trazer maiores benefícios para os homens atendidos, suas famílias e para a sociedade (VI).

## **8. RECOMENDAÇÕES PARA ATENDER A DEMANDA E EVITAR COMPLICAÇÕES DE ABORTO CLANDESTINO EM VÍTIMAS DE ESTUPRO:**

Considerando que a demanda em hospitais que oferecem serviço de aborto legal tem sido baixa em relação ao número de mulheres estupradas, há necessidade de:

**8.1.** Melhorar a informação sobre os serviços já existentes e da possibilidade de obter a interrupção legal da gravidez, quando fosse a decisão da mulher. A rede de saúde deve informar quais são os locais de atendimento às mulheres vítimas de estupro da mesma forma que sobre outras questões ligadas à saúde da mulher. Assim mesmo, deve ser oferecida informação qualificada e correta sobre os requisitos para se obter a interrupção legal da gravidez.

**8.2.** Considerando o número limitado de Delegacias da Mulher e de IMLs nas cidades brasileiras, os poderes públicos deveriam sensibilizar todas as delegacias de polícia e postos de saúde, para o atendimento adequado às mulheres vítimas de qualquer forma de violência sexual. A mesma recomendação se aplica para os funcionários dos IMLs, onde houver. O Fórum destaca a importância de iniciativas tais como: o disque-estupro de Brasília, ligado à Delegacia da Mulher, que permite a informação confidencial às mulheres sexualmente agredidas.

**8.3.** Tendo em vista o importante papel das sociedades médicas da especialidade, propõem-se que a FEBRASGO e a SBRH incluam o tema do atendimento à mulher vítima de violência sexual e ao aborto previsto por lei em suas atividades, como por exemplo, Comissão de Residência Médica, Programa de Educação Continuada e atividades específicas nos eventos científicos que ela, a SBRH e suas respectivas Sociedades Regionais promovam. Inserção em todos os Conclaves da Febrasgo e

de suas Federadas o tema Assistência à Violência Sexual como tema oficial em horário nobre e com a realização de cursos dentro dos Eventos.

**8.4.** Inclusão nas provas do TEGO temas que envolvam a questão de gênero e de violência sexual contra a mulher.

**8.5.** Criação pela Febrasgo de canais de comunicação e trabalho conjunto com a Pediatria, Infectologia e Medicina Legal, para sensibilização pelas questões de gênero e violência sexual.

**8.6.** Divulgar entre os médicos e para a sociedade em geral a posição assumida pelo Conselho Federal de Medicina favorável a implementação dos serviços de aborto legal em hospitais públicos, e o parecer do mesmo Conselho pronunciando-se favoravelmente quanto a ética da interrupção da gravidez prevista na lei.

**8.7.** Divulgar a recomendação e a moção do Conselho Nacional de Saúde favoráveis à implementação de serviços de aborto previsto na lei no âmbito da rede pública de saúde.

**8.8.** Que os hospitais que já ofereçam os serviços de aborto previsto em lei definam e divulguem um fluxograma para o atendimento das mulheres vítimas de estupro o qual sirva de orientação para implantação de serviços similares.

**8.9.** Reconhecimento pelo Ministério da Saúde e pela Febrasgo dos hospitais que fazem atendimento à Violência Sexual, valorizando-os em relação à remuneração e categorização, bem como com treinamento universal dos funcionários.

**8.10.** Estimular a criação, nos hospitais públicos, de centro de atendimento à mulher violentada, antes de ou simultaneamente com a oferta de serviços de aborto legal.

**8.11.** Os hospitais que pretendam implantar novos serviços de atenção ao aborto previsto na lei, devem formar equipes multidisciplinares especialmente sensibilizadas e preparadas para este tipo de atendimento. Do mesmo modo, devem se apoiar nas

instituições médicas de maior representatividade tais como FEBRASGO, SBRH, CFM e os CRMs.

**8.12.** Inclusão em todas as fichas de atendimento ginecológico e obstétrico sugeridas pela Febrasgo dados de anamnese sobre a ocorrência de qualquer tipo de violência que a paciente tenha sofrido ou esteja sofrendo, incluindo tipo de lesão e situação emocional.

**8.13.** Incentivar pela Febrasgo para que as Escolas tenham em seu currículo o ensino sobre temas ligados a questões de gênero e violência sexual para alunos e residentes, além de atendimento específico nos Hospitais-Escola às mulheres violentadas.

**8.14.** O Ministério da Saúde deveria envolver o Ministério da Educação em colocar no currículo de outros tipos de profissionais da área de saúde temas ligados a questões de gênero e violência sexual.

**8.15.** CFM deveria estimular os Conselhos Regionais a promover discussão dos aspectos bioéticos das questões de gênero e violência sexual junto às Comissões de Ética Médica dos Hospitais.

**8.16.** O Ministério da Saúde deve instituir na tabela SUS a AMIU como procedimento diagnóstico e terapêutico.

**8.17.** A AMB deve instituir na sua Lista de Procedimentos Médicos a AMIU como procedimento diagnóstico e terapêutico.

**8.18.** A Febrasgo e o CFM devem divulgar nos seus meios de comunicação as normas técnicas do Ministério da Saúde.

**8.19.** O Ministério da Saúde deve criar políticas de treinamento e capacitação aos profissionais de saúde no atendimento às questões de gênero e violência sexual.

**8.20.** O Ministério da Saúde deve agilizar junto à Agência Nacional de Saúde o cadastramento dos Hospitais que atendem mulheres para utilização do misoprostol.

**8.21.** Os CRMs devem criar Câmaras Técnicas da Saúde da Mulher ou de Tocoginecologia para criação de resoluções, pareceres específicos sobre violência sexual.

**8.22.** CFM , CRM, Febrasgo e demais entidades médicas devem ter posicionamento público e firme divulgado na mídia sobre questões relacionadas à violência sexual.

**8.23.** Inserção de artigos na Imprensa Leiga e Revistas não médicas sobre questões de gênero e violência sexual (advocacy).

**8.24.** Inclusão dos serviços especializados no atendimento à mulher vítima de violência sexual entre os itens a serem avaliados no programa de Maternidade Segura (IV).

*COORDENAÇÃO DA FEBRASGO/FACULDADES DE MEDICINA/ CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA COM A REDE DE SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, PARA ASSEGURAR O ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM TODO O BRASIL.*

1 - Criação de uma comissão com representação do CFM, Febrasgo, Ministério da Saúde, Cemicamp, Rede Nacional Feminista, Comissão Nacional dos Direitos Humanos – Ministério da Justiça para trabalho contínuo e sistemático sobre a Violência Sexual.