

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

**GISLENE C VALADARES<sup>1</sup>; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI<sup>2</sup>; JOEL RENNÓ JUNIOR<sup>3</sup>; JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>4</sup>; RENATA DEMARQUE<sup>5</sup>; HEWDY RIBEIRO LOBO<sup>6</sup>; AMAURY CANTILINO<sup>7</sup>; RENAN ROCHA<sup>8</sup>; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO<sup>9</sup>; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>10</sup>.**

# ARTIGO

## ATENÇÃO AS VÍTIMAS DE OFENSA SEXUAL- PARTE 2

### CARE FOR VICTIMS OF SEXUAL OFFENSE - PART 2

**Resumo:** A avaliação das vítimas de ofensa sexual necessita conhecimento, treinamento, sensibilidade e responsabilidade não submetendo a vítima a vivência também traumática da violência sofrida. Os passos dos cuidados são apresentados de acordo com protocolos internacionais. O tratamento psicoterápico e psicofarmacológico é apresentado.

**Palavras Chave:** Ofensa sexual, Avaliação física e psíquica, Tratamentos.

**Abstract:** The assessment of victims of sexual offense requires knowledge, training, sensitivity and responsibility not subjecting the victim also suffered traumatic reliving the violence. The steps of care are presented according to international protocols. The psychotherapeutic and psychopharmacological treatment are presented.

Key words: Sexual offense, Physical and psychological assessment, Treatment.

#### Introdução

Os cuidados ao avaliar vítimas de ofensa sexual (OS) são enfatizados devido aos riscos de revitimização dos avaliados. Estes cuidados devem ser aplicados na hora de apresentar às vítimas e responsáveis os cuidados básicos preventivos em relação a doenças sexualmente transmissíveis (DST) e contracepção de emergência (CE), além da necessidade de acompanhamento psicossocial em unidades básicas de saúde ou em serviços especializados segundo cada situação. As formas de apresentação e tratamento das sequelas físicas e psíquicas, agudas e crônicas das OS varia com o tipo de ofensa, características da vítima e capacidade dos serviços em acolher, cuidar e acompanha-las.

A ofensa sexual raramente envolve violência detectável, sendo a confiança da criança e não a força física utilizada pelo ofensor; que na maioria das vezes é um cuidador ou conhecido.<sup>1</sup> Quando ocorre violência, é comum encontrarmos escoriações, edemas, hematomas, prolapso ou lacerações na região genital, perineal, anal com ou sem sangramento, dor, secção himenal cicatrizada, lesões sugestivas de DST, etc.<sup>2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas (ONU) e seus signatários, bem como outros organismos desenvolveram e revisaram protocolo<sup>3</sup> sobre os diversos aspectos do acolhimento, tratamento e acompanhamento de pessoas ofendidas sexualmente com cuidados especiais à população infantil, às grávidas, idosas e aos homens.

Ao atender a vítima de OS é necessário enfatizar: Não é responsabilidade do serviço de saúde determinar se houve ou não OS e sim cuidar adequadamente, descrever e documentar os detalhes da história, do exame físico e outras observações de relevância. A coleta, autorizada pelo ofendido ou responsável, de evidências que possam ter utilidade posteriormente, deve ser cuidadosa e realizada ao primeiro atendimento. A seguir tratar as feridas ou lesões, aplicar se necessário tratamento preventivo para DST, gravidez e avaliar risco para a repetição da ofensa, fornecendo apoio psíquico e aconselhamento psicossocial.

As pessoas ofendidas podem reagir de maneiras as mais diversas, dependendo da cronicidade do abuso e do tratamento ao buscarem ajuda, pois esta experiência traumática pode ter ocorrido em diferentes situações com a mesma pessoa, perpetrada por mais de uma pessoa, por alguém próximo (parceiro, amigo, pai, tio, membro da família). Ao procurar um serviço médico, a pessoa ofendida ou seu responsável está admitindo a ocorrência de um dano físico e emocional do trauma.



<sup>1</sup> Médica Psiquiatra pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Mestre em Farmacologia e Bioquímica Molecular. Membro fundador do Serviço de Saúde Mental da Mulher do HC-UFMG, do Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI, HC-UFMG), da Seção de Saúde Mental da Mulher da WPA e da International Association of Women's Mental Health

<sup>2</sup> Doutor pela FIOCRUZ, Professor Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFMG, Presidente da Associação Brasileira de tratamento de Ofensas Sexuais, CEARAS Faculdade de Medicina da USP, Fundador e Coordenador do AMEFI (Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas).

Com frequência há preocupações excessivas com a saúde que ao serem esclarecidas e direcionadas adequadamente, facilitam o cuidar centrado na vítima e suas necessidades. Sugere-se seguir etapas para examinar a vítima em situações agudas e ou crônicas:

### **Avaliação do ofendido**

**Iª fase:** INNOCENS (não causar dano); preparar a coleta de informações e exame: é de suma importância não causar mais sofrimento a esta pessoa. Deve se preservar alguns direitos fundamentais: Direito à Saúde de boa qualidade, inclusive reprodutiva, ao manejo das consequências físicas e emocionais da OS. Direito à Dignidade com acesso não indiscriminado relativamente a raça, etnia, sexo, gênero, opção sexual, cor, origem social, nacionalidade, religião ou posição política. Direito à Privacidade e Confidencialidade (inclusive em relação à família) das informações médicas e garantir um ambiente clínico seguro, usando linguagem compreensível. Direito à Autodeterminação respeitando a liberdade de decisão dos ofendidos sobre todo e qualquer procedimento, realização de exames ou tratamento e sobre quem pode acompanhar ao receber informações, fazer exames ou buscar outros serviços. Direito à Informação Legal e disponível de forma individualizada e independente das crenças pessoais do profissional que atende, dando ciência sobre os serviços disponíveis para a atenção às OS, sobre a importância dos cuidados médicos, de buscar atenção o mais rápido possível após o incidente, sem banho ou mudança de roupas bem como sobre as evidências forenses necessárias, a obrigatoriedade de notificação, as leis para manejo emergencial de prevenção de DST/AIDS, vacinação, contracepção, aborto ou posterior doação de bebês.

A pessoa ofendida sexualmente pode estar deprimida, desesperada, dissociada, agitada, com sentimentos de medo, culpa, vergonha, raiva, isoladamente ou combinados. Olhá-la e falar com ela, obter seu consentimento e realizar o exame com respeito, de forma sistemática, rápida e completa é de grande importância. (Quadro I)

Preparando para o exame: Deve-se detalhar a avaliação e documentação do estado físico e emocional da vítima e suas lesões, usando terminologia estandardizada bem como a descrição das características das feridas. Anotar os achados

sobre um pictograma da figura humana especificando além das lesões as evidências sobre as causas das mesmas. Escrever precisamente, com as palavras da vítima afirmações importantes e as ameaças feitas pelo ofensor.

Não temer incluir o nome do ofensor usando qualificadores como: "relata a paciente", "segundo...", evitar usar palavras interpretáveis como exagero ou mentira da vítima.

Anotar todo material que for coletado como evidência.

### **Quadro I Não causar danos**

A coleta de informações

A descrição do incidente deve conter data e hora, solicitando à vítima que descreva o ocorrido em seu ritmo, sem interrupções, reassegurando a ela confidencialidade. Os detalhes podem ser esclarecidos após o término do relato.

A pessoa ofendida deve saber que não tem que contar o que não se sentir confortável, que pode responder que não sabe, enfatizando, entretanto, a importância do entrevistador compreender exatamente os fatos para checar possíveis lesões, risco de gravidez e DST.

Descreve se também se foi machucada, presa, ameaçada com arma, se houve envolvimento de álcool ou drogas e se houve penetração com pênis, dedo, outros. Perguntar sobre ejaculação e uso de preservativo.

Confirmar se a vítima estava grávida ou teve um parto recente antes da OS, interrogando uso adequado ou não de contraceptivos ou esterilização (especificar), as datas da última menstruação, gravidez e história obstétrica, incluindo aborto ou perda nos últimos 10 dias. Também anotar a data da última relação sexual consentida antes da OS e ou após a última menstruação e o nome do parceiro.

Perguntar sobre doenças pregressas, alergias, uso de fármacos, vacinação, HIV e carga viral (determinam o tratamento mais apropriado, o aconselhamento e o seguimento necessário).

Quando a vítima é uma criança ao apresentar-se a ela o examinador deve dizer que está segura. Iniciar a coleta da história com perguntas neutras sobre escola, amigos, com quem mora, atividades favoritas e a seguir com perguntas abertas como: Porque você está aqui hoje? O que te disseram sobre vir aqui hoje?

Faça perguntas também abertas para obter informações

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

**GISLENE C VALADARES<sup>1</sup>; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI<sup>2</sup>; JOEL RENNÓ JUNIOR<sup>3</sup>; JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>4</sup>; RENATA DEMARQUE<sup>5</sup>; HEWDY RIBEIRO LOBO<sup>6</sup>; AMAURY CANTILINO<sup>7</sup>; RENAN ROCHA<sup>8</sup>; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO<sup>9</sup>; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>10</sup>.**

# ARTIGO

sobre a OS sendo as com respostas sim ou não usadas apenas para clarificar detalhes. Seguir pacientemente o ritmo dela, não interrompendo o encadeamento de seu pensamento. Perguntar às meninas sobre menstruação e passado obstétrico, segundo a idade e estágio puberal. Interrogar sobre a situação doméstica e se ela tem um lugar seguro para ir, implicando o suporte social para a mesma. No Quadro 2 a sequência sugerida de coleta da história da OS para crianças que também serve de roteiro a entrevista de adultos incluindo a avaliação de riscos para si e outras pessoas (Quadro 2).

## Quadro 1

Determine a segurança para abordar a vítima, crie ambiente calmo.
Olhe sempre para a pessoa, chame-a pelo nome, converse em tom tranquilo.
Garanta os direitos à saúde, dignidade, não discriminação, autodeterminação, informação, privacidade e confidencialidade.
Explique o que vai acontecer, as etapas e importância do exame, o que vai elucidar e como influencia o tipo de tratamento. Reforce que ela está no controle do exame e que os achados são guardados confidencialmente.
Pergunte, a sós com a vítima, se ela tem alguma dúvida e se deseja uma pessoa específica presente como suporte (ofensor pode ser o acompanhante).
Rever a compreensão do consentimento informado, reforçando que seus termos podem ser recusados em qualquer parte do exame e solicitar assinatura do documento.
Reveja todo o material trazido, antes de coletar a história. Permita que a vítima conte sua história em seu ritmo e vocabulário gastando o tempo necessário para coletar todas as informações importantes. Evite distrações ou interrupções durante o relato da história.
Pergunte de maneira gentil evitando perguntas que sugiram crítica ou culpabilização: o que você estava fazendo lá sozinha? Etc. Não repita perguntas já feitas e documentadas por outros profissionais.
Mantenha o material de exame coberto até sua utilização para não elevar o nível de ansiedade da vítima.
Limite o número de pessoas na sala e faça o exame tão rápido quanto possível nunca forçando ou pressionando a vítima ao que não quer. A presença de outro profissional de saúde treinado e preferencialmente do mesmo sexo da pessoa a ser examinada durante é recomendada.

Adaptado de World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees, Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons -- Revised ed, 2004

## Quadro 2 - Passo a passo

Perguntar a seguir, se após o incidente a vítima urinou, defecou, vomitou, usou ducha vaginal, trocou as roupas, escovou os dentes, usou tampão vaginal, pois isto altera as evidências forenses a serem coletadas.

## Quadro 2

Apresente-se à criança.
Sente-se no mesmo nível dela e mantenha contato visual.
Diga que ela está segura e inicie com perguntas neutras sobre escola, amigos, com quem ela mora, atividades favoritas e a seguir com perguntas abertas como: Porque você está aqui hoje? O que te disseram sobre vir aqui hoje?
Faça perguntas abertas para informações sobre a ofensa e as com respostas sim ou não apenas para detalhes.
Para meninas, segundo a idade, pergunte sobre menstruação e história obstétrica.
Evite perguntas sugestivas e siga no ritmo da criança não interrompendo o encadeamento de seu pensamento.
Obter informações sobre a situação da casa, se a criança tem um lugar seguro para ir.
As perguntas
Como a ofensa foi descoberta?
Quem fez isto? Você ainda sente medo ou ameaça?
Quantas vezes isto já aconteceu com você? Quando foi a última vez?
Pergunte sobre queixas físicas: sangramento, disúria, corrimento, dificuldade para andar ou assentar, etc.
Avalie o risco para irmãos, outras crianças ou pessoas.

Adaptado de World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees, Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons -- Revised ed, 2004



<sup>3</sup>Médico Psiquiatra. Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo. Doutor em Psiquiatria pela FMUSP. Membro fundador da International Association for Women's Mental Health. Médico do Corpo Clínico do Hospital Israelita Albert Einstein – SP.

<sup>4</sup>Psiquiatra do Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

### Quadro 3 Avaliação de riscos imediatos à vítima de OS

**2ª fase:** Preparando coleta de evidências forenses com objetivo de auxiliar a busca de reparação legal, quando possível. As provas forenses são apoio à história da vítima confirmando o contato sexual recente, demonstrando que força ou coerção foram usadas, facilitando a identificação do provável ofensor. A documentação das lesões e coleta de amostras de sangue, cabelo, saliva e esperma devem ser feitas o mais rápido possível após o incidente, de forma adequada e preferencialmente até 72 horas.

As provas devem ser coletadas durante a avaliação médica, evitando exames múltiplos e traumáticos.

As provas coletadas devem ser armazenadas de forma organizada, segura e confidencial, com o consentimento prévio do ofendido ou responsável, sendo enviadas para análise de autoridades se a vítima assim o decidir. Abaixo no quadro 4 as evidências a serem coletadas.

A vítima pode escolher não coletar estas evidências.

### Quadro 3

10-Risco de Morte	Tentativa de suicídio, tentativa de assassinato.
9- Lesões físicas e suas sequelas	Maus tratos, OS repetidas, uso de drogas
8- Risco físico passível de reparação	Uso de drogas
7- Risco de adoecimento psíquico agudo	Surto psicótico, depressão severa, TEPT.
6- Risco de alterações emocionais	Ansiedade, sentimentos intensos de abandono.
5- 4 Riscos no ambiente doméstico	Presença do ofensor, disputas parentais.
3-2 Riscos sociais	Ausência de suporte sócio educativo.
1-0 Nenhum risco pela situação	

Adaptado de Masserchmitt, 2003

### Quadro 4 Coleta de provas forenses

**3ª fase:** Realização do exame físico e genital preferencialmente nas primeiras setenta e duas horas após a ocorrência. Antes de iniciá-lo certificar se de ter em mãos todo o material necessário. Não solicitar que a vítima fique nua ou descoberta, ofereça lençol ou camisola de exame. Inicie com medida de sinais vitais, inclusive movimentos respiratórios, temperatura e déficit neurológico para detecção imediata de complicações médicas pós-trauma necessitando intervenções, hospitalização e cirurgias de emergência. A seguir mãos e pulsos antes da cabeça para dar mais segurança à examinada, sendo todos os achados anotados de forma completa. Deve-se conversar e olhar para a vítima antes de tocá-la, observando aparência, estado mental e emocional incluindo abstinência de substâncias, choro, agitação, calma, etc., explicando o que será feito, reafirmando que pode perguntar o que quiser e interromper o exame se necessário.

Examinando primeiro a parte superior do corpo, avaliar dentro dos olhos, nariz e boca, aspecto dos lábios, gengivas e palato, dentro e atrás das orelhas e pescoço.

Buscar consistência entre o exame e o relato da vítima (marcas de mordidas e socos, marcas nos pulsos, falha de cabelos na cabeça, orelhas rasgadas ou tímpanos lesados). Se ela relata estrangulamento, procuramos petéquias hemorrágicas nos olhos, equimoses e hematomas no pescoço; examinando também lesões na área do corpo que teve contato com a superfície na qual aconteceu a ofensa.

Devem ser coletadas amostras de qualquer material estranho no corpo e roupas (sangue, saliva e sêmen) e suas unhas devem ser cortadas e raspadas.

No exame minucioso e sistemático do corpo da pessoa ofendida atentar aos sinais aparentes de gravidez e estágio puberal.

Exame das áreas genital, anal e do reto: Menos de 50% dos casos de estupro examinados imediatamente após o fato apresentam dano patognomônico. Observação e documentação da localização de lacerações, escoriações e contusões devem ser feitas minuciosamente no pictograma do corpo humano e no relatório médico.

A ordem razoável de inspeção sistemática pode iniciar no monte pubiano, entre as coxas, o perineo, ânus, grandes lábios, pequenos lábios, intróito vaginal, hímen, observando

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

**GISLENE C VALADARES<sup>1</sup>; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI<sup>2</sup>; JOEL RENNÓ JUNIOR<sup>3</sup>; JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>4</sup>; RENATA DEMARQUE<sup>5</sup>; HEWDY RIBEIRO LOBO<sup>6</sup>; AMAURY CANTILINO<sup>7</sup>; RENAN ROCHA<sup>8</sup>; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO<sup>9</sup>; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>10</sup>.**

# ARTIGO

cicatrices de mutilações genitais prévias ou de parto. Deve se cuidadosamente procurar por lesão genital como hematomas, arranhões, escoriações, lacerações (geralmente localizadas na fúrcula posterior), observando qualquer sinal de infecção como úlceras, corrimento vaginal ou verrugas. Também as lesões no intróito e hímen devem ser delicadamente pesquisadas sendo que lacerações são mais frequentes em crianças e adolescentes. Coleta de amostras com swab de acordo com o protocolo local devem ser feitas e sendo para análise de DNA inicie em torno do ânus e períneo e depois a vulva evitando contaminação.

Se houve penetração vaginal inserir delicadamente o espéculo lubrificado com água ou solução salina. Não usar espéculo no exame de crianças e observar que pode ser inaceitável introduzir na vagina espéculo, dedo ou mesmo swab para exame de virgem, neste caso restrinja o exame à inspeção genital externa, a não ser que haja sintoma de lesão interna.

Para o exame da região anal orienta se a vítima delicadamente sobre a mudança para decúbito lateral. As observações sobre dilatação anal, fissuras em torno do ânus, presença de restos fecais na pele do períneo e sangramento de lacerações retais são anotadas. Amostras no reto podem ser coletadas e se indicado, realizar o exame reto-vaginal e inspeção da área retal para trauma, lacerações reto- vaginais ou fístulas, sangramento e descarga (corrimento ou sêmen), observando o tônus do esfíncter e se houver sangramento, dor ou suspeita de corpo estranho encaminhar a vítima para internação hospitalar. Testes laboratoriais de urina, RX, ultrassonografia são solicitados, se necessário.

Em mulher idosa: Usar um espéculo fino para o exame genital, porém se a única razão para o exame for pesquisa de DST, substituí-lo por swab.

Em homens: examine escroto, testículo, pênis, tecido periuretral, meato uretral e ânus. Observe se houve circuncisão prévia, hiperemia, edema (distinguir de hérnia inguinal, hidrocele e hematocele), torção dos testículos (emergência cirúrgica), manchas escuras, lacerações anais, etc. Checar trauma peniano e uretral na ocorrência de grande quantidade de sangue na urina. Se indicado fazer toque retal conferindo o reto e próstata para trauma e sinais de infecção.

Coletar material direto do ânus para pesquisa microscópica da presença de sêmen.

Se a vítima for examinada após 72 horas são raras as evidências físicas, especialmente com mais de uma semana da ofensa mas, dependendo das queixas, deve se proceder a um exame físico completo. A vítima pode sentir que tem alguma lesão, mesmo quando não há, e nestes casos uma inspeção cuidadosa com asseguramento subsequente de que nenhum dano físico está presente é de grande alívio e benefício para a pessoa ofendida, que não sentirá tanta necessidade de procurar os serviços de emergência.

Na figura 1 abaixo síntese da sequencia de avaliação das vítimas de OS e a prevenção de sequelas físicas e psíquicas.

## Figura 1 - Avaliação das vítimas de OS

### Quadro 4

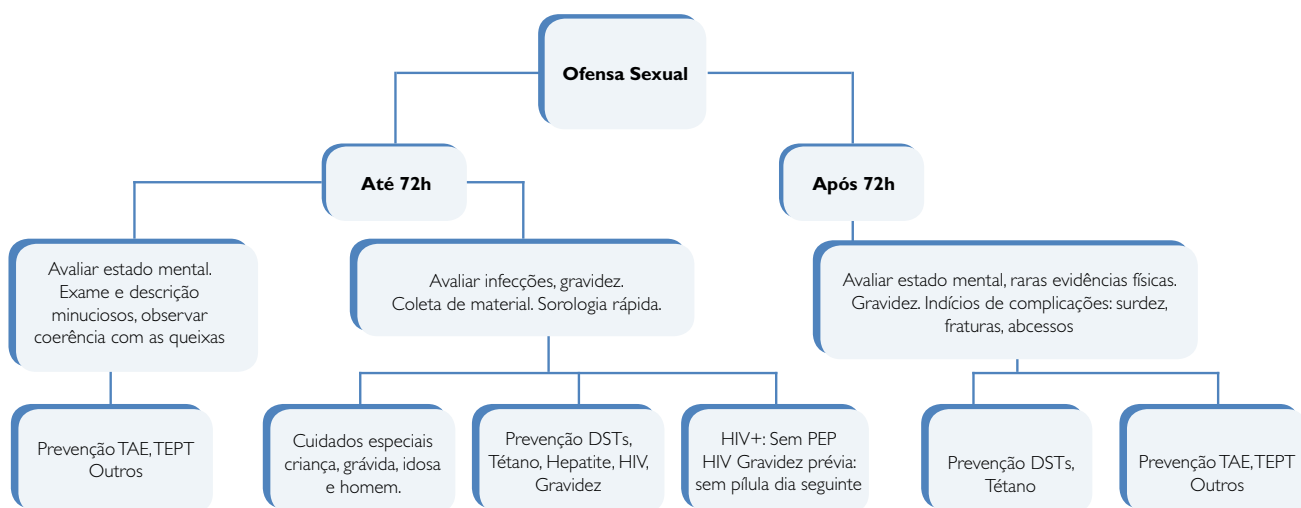
Evidência de lesão: trauma físico e ou genital = prova de força, deve ser descrito e documentado no pictograma.
Roupas rasgadas ou sujas (terra, folhas, grama nas roupas, cabelos ou corpo da vítima) = prova de força física usada.
Pelos e material encontrados no corpo, unhas e roupas da vítima X Pelos púbicos e cabelos da vítima devem ser coletados para comparação e análise de DNA.
Análise de DNA do material encontrado no local da ofensa, que pode ter tido contato com material biológico do ofensor (roupas, papel higiênico, absorventes, lenços, preservativos, etc.) e em amostras de swabs coletados de feridas, mordidas, manchas de sêmen, em orifícios envolvidos.
Esperma e líquido seminal podem ser coletados e identificados usando swabs para a vagina, ânus e cavidade oral se houve penetração nestas áreas.
Amostra de sangue da vítima deve ser coletada para distinguir o seu do DNA do ofensor. Análise toxicológica também é processada em urina da vítima e do ofensor, se possível.



<sup>5</sup>Psiquiatra do Programa de Saúde Mental da Mulher (ProMulher) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo.

<sup>6</sup>Psiquiatra Forense, Psicogeriatra e Psicoterapeuta pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Psiquiatra do ProMulher do Instituto de Psiquiatria da USP.

#### 4ª fase: Prescrição de Tratamentos Preventivos



A prevenção de gravidez, DST/HIV, hepatite e tétano, depende de quando a vítima chega ao serviço de saúde, seu status vacinal e de saúde. Se há incerteza, insuficiência de doses ou vacinação há mais de 5 anos para feridas diversas ou mais de 10 anos para feridas recentes (menos de 6 horas) a toxina tetânica deve ser aplicada. Para outros esquemas consultar as tabelas locais de vacinação de crianças e adultos. O esquema de vacinação e tratamento para DST é o mesmo para ambos os sexos, devendo ser iniciado no mesmo dia, assim como a contracepção de emergência para mulheres em idade reprodutiva. As doses dos fármacos devem ser divididas ao longo do dia e ingeridas com alimento para evitar efeitos adversos e intolerância. Mulheres grávidas e crianças têm esquema especial, vide tabelas 1, 2 e 3 a seguir.

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

**GISLENE C VALADARES<sup>1</sup>; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI<sup>2</sup>; JOEL RENNÓ JUNIOR<sup>3</sup>; JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>4</sup>; RENATA DEMARQUE<sup>5</sup>; HEWDY RIBEIRO LOBO<sup>6</sup>; AMAURY CANTILINO<sup>7</sup>; RENAN ROCHA<sup>8</sup>; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO<sup>9</sup>; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>10</sup>.**

# ARTIGO

**Tabela 1 - Tratamento pós exposição DST não virais**

Doença	Tratamento	Crianças/ Adolescentes menos de 45KG	Adolescentes e Adultos
Sífilis (Treponema Pallidum)	1ª Escolha	Penicilina G Benzatina-50.000 U/ kg, IM, Dose única (dose máx. -2,4 milhões UI)	Penicilina G Benzatina-2,4 milhões UI, IM, Dose única(1,2 milhão em cada nádega)
Treponema Pallidum	Tratamento alternativo se há hipersensibilidade comprovada à penicilina	Eritromicina, 50 mg/kg/dia, VO de 6/6h por 15 dias	Se hipersensibilidade comprovada a penicilina : Eritromicina(estearato) 500 mg, VO, de6/6h, por 15 dias ou Ceftriaxona ou Azitromicina
Gonorreia (Neisséria gonorrhoeae)	1ª Escolha	Ceftriaxona -250 mg, IM, dose única	Ofloxacina 400 mg VO, dose única (contraindicado em grávidas).
	Tratamento alternativo		Ceftriaxona 250 mg IM, dose única ou cefixima 400 mg, VO (contraindicado em grávidas).
Cancro Mole(Haemophilus ducreyi)	1ª escolha	Azitromicina -20 mg/kg, VO, dose única, (dose Max -1g)	Azitromicina 1 g, VO, dose única.
	Tratamento alternativo	Ceftriaxona-125mg, IM, dose única	Ceftriaxona 250 mg IM, dose única.
Clamidiose (Chlamydia trachomatis)	1ª escolha	Metronidazol 15 mg/kg/dia, de 8/8h, VO, durante 7 dias (dose Max 2 g)	Metronidazol 2 g, VO, dose única. Evitar no 1º trimestre em grávidas.
	Tratamento alternativo	Secnidazol 10 mg/kg, VO dose única	Secnidazol ou Tinidazol 2 g, VO, dose única. Evitar no 1º trimestre em grávidas.
Síntese do tratamento		Penicilina G benzatina 50.000 UI/ kg IM + Ceftriaxona 250 mg IM+ Azitromicina 20 mg/kg VO+ Metronidazol 15 mg/kg/dia VO, dose única, por 7 dias	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM + Ceftriaxona 250 mg IM+ Ofloxacina 400 mg VO + Metronidazol 2 g VO. Grávidas: Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM + Ceftriaxona 500 mg IM+ Azitromicina 1 g VO + Metronidazol 2 g VO dose única. Evitar no 1º trimestre.

Adaptado de Célia Carvalho Nahas ET all 2013 (4)

<sup>7</sup>Diretor do Programa de Saúde Mental da Mulher da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professor Adjunto do Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE.

<sup>8</sup>Médico Psiquiatra. Coordenador do Serviço de Saúde Mental da Mulher das Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)

**Tabela 2 - PEP para HIV**

Faixa etária	Medicamentos	Dose	Apresentação
Crianças	Zidovudina (AZT)	240 mg/kg/dose, 12/12h (máx 300 mg/dose), VO, por 28 dias	10 mg/ml(sol. oral)
	Lamivudina (3TC)	4 mg/kg/dose, 12/12h(max150 mg/dose), VO, por 28 dias	10 mg/ml(sol. oral)
	Lopinavir/ Ritonavir	230 mg/m <sup>2</sup> LPV/ dose, 12/12h(max 400/100 mg dose), VO, por 28 dias	80 mg/20ml (sol.oral)
Adolescentes e adultos	Zidovudina e Lamivudina( 300/150 mg) Lopinavir+ Ritonavir (200/50 mg)	1 comp. 12/12 h VO, por 28 dias	300/150 mg 200 mg/50 mg

Adaptado de Célia Carvalho Nahas ET all 2013 (4)

**Tabela 3 - Infecção Hepatite**

Vacinas completas	Não necessita reforço ou IGH HB
Vacinas incompletas	1 dose única de IGH HB até 7 dias após ofensa + 1 dose da vacina e completar esquema (0, 1, 6 meses)

Adaptado de Célia Carvalho Nahas ET all 2013 (4)



# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

**GISLENE C VALADARES<sup>1</sup>; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI<sup>2</sup>; JOEL RENNÓ JUNIOR<sup>3</sup>; JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>4</sup>; RENATA DEMARQUE<sup>5</sup>; HEWDY RIBEIRO LOBO<sup>6</sup>; AMAURY CANTILINO<sup>7</sup>; RENAN ROCHA<sup>8</sup>; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO<sup>9</sup>; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>10</sup>.**

# ARTIGO

## 5ª Fase Cuidar da Saúde Mental

A maioria das vítimas de ofensa sexual, independente de gênero, idade e status social jamais relata o ocorrido. A revelação no serviço de saúde é um sinal de confiança e esperança no profissional que a atende. A resposta compreensiva e solidária tem um impacto extremamente positivo em sua chance de recuperação.

Nos quadros agudos, as vítimas de ofensa sexual podem apresentar dissociação, revivescência do trauma, evitação relacionadas ao evento traumático, insensibilidade ou entorpecimento afetivo com redução da reatividade e capacidade em funções executivas e solução de problemas. Também hiperestimulação autonômica com sobressalto e hipervigilância, irritabilidade, crises de ansiedade, agitação, insônia e pesadelos, tudo isto levando ao humor negativo com anedonia e dificuldade persistente de vivenciar amor, alegria ou satisfação. Este quadro, nos trinta dias que sucedem ao evento, configura o Transtorno de Estresse Agudo (TEA).

É frequente que sintomas de ansiedade e pânico associados à tontura, respiração curta, palpitações e sensações de choques, sem causa orgânica levem estas pessoas aos serviços de emergência. Podem ser explicados à paciente como comuns a situações de grande medo e a confirmação de que não estão relacionados a uma doença ou lesão alivia a vítima. Sendo severos e sem resposta a intervenções de suporte ou de dessensibilização e trazendo evidente prejuízo ao funcionamento básico (como impossibilidade de falar, locomover, alimentar durante 24 horas, etc.) técnicas psicoterápicas e o uso de psicofármacos deve ser instituído observando-se a estabilidade da condição física da vítima.

Vítimas de OS relatam sentimentos de culpa e vergonha, emoções descontroladas de medo, raiva e ansiedade, pesadelos, idéias e tentativas de suicídio, entorpecimento, confusão mental, abuso de substâncias, disfunções sexuais, queixas somáticas medicamente inexplicáveis, isolamento social. Orgasmo involuntário pode ocorrer durante OS, provocando sentimentos ambivalentes constrangedores e deve ser esclarecido como reação fisiológica e fora do controle da pessoa, tranquilizando um pouco a vítima. Explicar sempre, de forma gentil, que ofensa e estupro são responsabilidade do perpetrador e nunca erro da vítima. Reassegure que, com certeza, ela não merece ser ofendida

nem estuprada, que o ocorrido não é sua culpa, não foi causado por seu comportamento ou maneira de vestir.

Não se deve fazer julgamentos morais sobre a vítima.

Deve se também considerar atenção e tratamento às famílias, que podem estar desorganizadas, apresentando sentimentos e reações compensatórias de culpa ou raiva, além de vergonha e medo, especialmente se o ofensor pertence ao grupo familiar.<sup>2</sup> A seguir no **quadro 5** alguns cuidados de acordo com a OMS e Ministério da Saúde MS<sup>3</sup>,<sup>13</sup> durante o aconselhamento de vítimas de OS.

## Quadro 5- Cuidados durante o aconselhamento

Pesquisas neurobiológicas sobre ofensas sexuais na infância e adolescência demonstram disfunções límbicas, hipocampus e na amígdala, menor integração entre os hemisférios cerebrais com alteração da função e formatação da memória verbal e emocional, sintomas de medo, insônia ou pesadelos, terror, irritabilidade, hostilidade e depressão, devido às alterações no eixo hipófise, pituitária, adrenal com hiperativação noradrenérgica e inibição serotoninérgica.<sup>5</sup>

Além do evento traumático, como uma das bases para o desenvolvimento de sintomas de TEA e que persistindo no tempo posteriormente evoluem como transtorno de estresse pós-trauma (TEPT), alguns pesquisadores e psicanalistas advogam a existência de um trauma precoce anterior, na vida fetal ou até dez dias após o nascimento, de um trauma com a interrupção sentida do "continuar sendo" ou do sentir "continuar existindo" de Winnicott, 1992, sendo o trauma do parto o mais habitual e levando a um estado de insuficiência com angústia de morte e desamparo<sup>6</sup>. A profundidade das cicatrizes deste trauma seria responsável por um imprinting epigenético sensibilizador ao desenvolvimento de TEPT, Depressão, comportamento suicida e Transtornos de Personalidade.

Na fase aguda do evento não se deve pressionar a vítima a dividir suas experiências pessoais além do que ela deseja, isto pode revitimizá-la potencializando os efeitos da memória do trauma sobre sua saúde mental.

Suporte social e psíquico, incluindo aconselhamento, é essencial no cuidado à vítima de OS. A maioria delas vai recuperar sua saúde emocional com o auxílio e compreensão



## JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO<sup>9</sup>, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>10</sup>

<sup>9</sup>Médico Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Pesquisador do Grupo de Psiquiatria – Transtornos Relacionados ao Puerpério, pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). Professor Associado do Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF).

<sup>10</sup>Psiquiatra. Especialista em Psiquiatria e Psiquiatria Forense pela ABP-AMB-CFM. Doutorado em Bioética pela Universidade do Porto – CFM. Psiquiatra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES-DF. Diretor Científico do PROPSIQ. Presidente da ABP-2010/2013.

das pessoas nas quais confia, de conselheiros comunitários e grupos de apoio.

Técnicas de acolhimento e ressignificação da experiência vivida contribuem para a não instalação das marcas neuro comportamentais advindas de alterações hipotalâmicas e hipocámpais secundárias aos traumas emocionais<sup>7,8</sup>.

O conceito de resiliência aplicado como capacidade de proteger a própria integridade sob pressão e de construir sob adversidade, traz a possibilidade de, durante as crises, trabalhar com os modelos de desafio versus o modelo de dano ressignificando os traumas como desafio e possibilidades, reconhecendo a capacidade individual e grupal de desenvolver filtros protetores que facilitem a superação de traumas.<sup>9</sup>

Tratamentos reparadores psicoterápicos, mesmo anos após a ocorrência da OS, funcionam não só como alívio de sintomas mas como prevenção da repetição de comportamentos abusivos ativos ou passivos, tão frequente em sobreviventes deste tipo de violência<sup>10</sup>. Segundo Salim, a base do trabalho de acolhimento afetivo se sustenta beneficemente em interpretações sobre: “a angústia de morte e sua defesa biológica correspondente, relações inter e intrassubjetivas, as relações transferenciais e contratransferenciais e a angústia de castração esquizo-paranóide e depressiva que se alterna com a angústia de morte na apresentação de sintomas agudos e crônicos nos casos de OS”<sup>6</sup>

É muito importante avaliar os riscos que a vítima continua correndo, norteados as intervenções protetivas. A re-exposição constitui um problema que traz dificuldades na adesão aos tratamentos psicoterápicos e maior refratariedade ao uso de fármacos pois a memória traumática se mantém reavivada sendo, através de estudos neuropsicológicos envolvendo imagens, observada morte neuronal, processos inflamatórios e perdas cognitivas e dependendo do tempo de instalação dos sintomas levando também a comprometimento sistêmico.<sup>11</sup>

É frequente que vítimas de ofensa sexual avaliadas logo após a agressão estejam estressadas, agitadas e não se lembrem das recomendações feitas, que devem ser fornecidas por escrito também. Oportunidade de esclarecer suas dúvidas e expressar suas preocupações auxilia a vítima neste momento.

### Quadro 5

Prover de cuidados práticos e não intrusivos.
Ouvir sem pressionar para que fale sobre a ofensa e assegurar que suas necessidades básicas serão vistas no ambiente do exame.
Perguntar à vítima se tem um local seguro para ir e se tem alguém de sua confiança para acompanhá-la ao sair do serviço de saúde.
Caso não tenha lugar seguro, esforços sociais devem ser feitos neste sentido. Fornecer lista de serviços de aconselhamento, serviços comunitários e autoridades legais incluindo a polícia, se apropriado à proteção da vítima.
Se a vítima tem outros dependentes a cuidar e está impossibilitada de suas atividades diárias em função dos traumas, a assistência social e cuidados devem ser dirigidos para prover a sua segurança e de seus dependentes.
De forma delicada diga à vítima quão séria e impactante emocionalmente é a sua experiência e oriente sobre os problemas emocionais, sociais e físicos que ela pode vivenciar. Explique que emoções e sentimentos fortemente negativos e confusão mental após OS são comuns e que por tudo isto ela vai necessitar de apoio psíquico.
Encoraje a vítima, sem forçar, a falar a alguém em quem confie e pedir apoio.
Estimule a vítima a participar com sua família de atividades na comunidade, não se isolando.

### 6ª Fase Tratamento dos sintomas psiquiátricos

Vários sintomas podem desaparecer com o tempo sem intervenção, porém se a ofensa ocorreu a menos de 2-3 meses e a vítima permanece com sintomas subjetivos de estresse por mais de duas semanas, que não melhoram com apoio e intervenção psicológica e cursem com demanda de atendimento médico frequente, deve ser considerado o uso de fármacos. A duração do tratamento varia com a medicação eleita e a resposta de sintomas diversos que prejudicam a funcionalidade da vítima. A OMS desencoraja o uso agudo de psicofármacos (dados iniciais apontam que 2/3 dos casos de trauma melhoram espontaneamente).

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é preconizada como primeira escolha e varia com perfil individual dos pacientes, que algumas vezes não conseguem nem sair de casa, configurando a necessidade de tratamento psicofarmacológico.

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

**GISLENE C VALADARES<sup>1</sup>; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI<sup>2</sup>; JOEL RENNÓ JUNIOR<sup>3</sup>; JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>4</sup>; RENATA DEMARQUE<sup>5</sup>; HEWDY RIBEIRO LOBO<sup>6</sup>; AMAURY CANTILINO<sup>7</sup>; RENAN ROCHA<sup>8</sup>; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO<sup>9</sup>; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>10</sup>.**

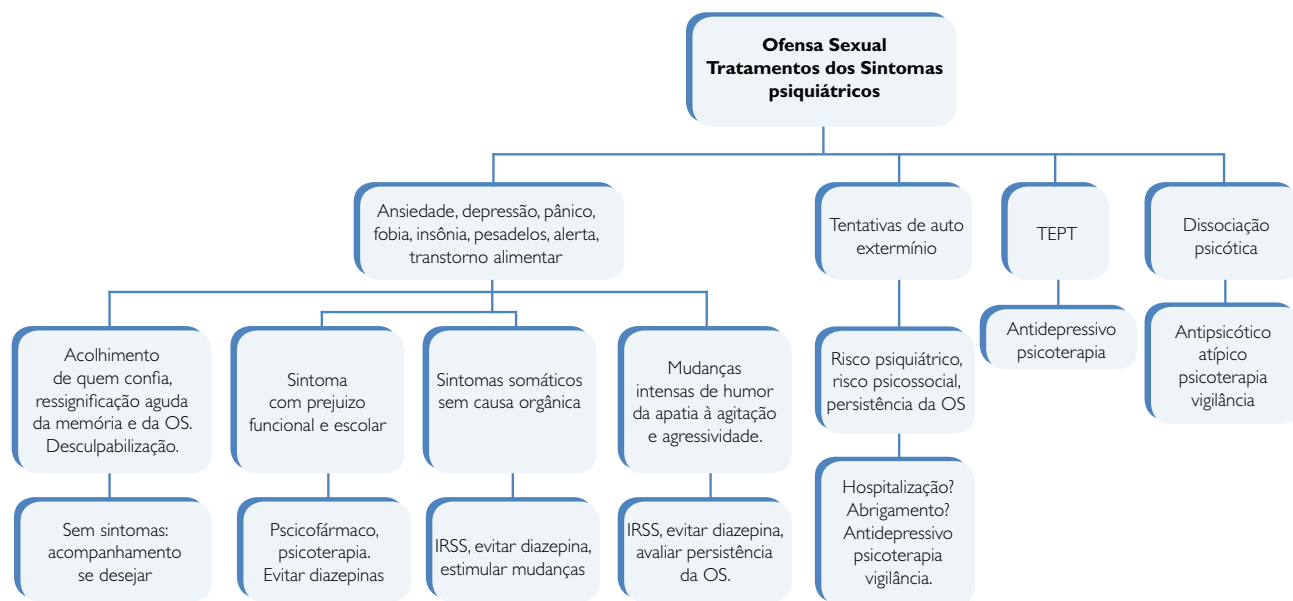
# ARTIGO

Os quadros de TEA podem cursar com sintomas psicóticos, alucinações auditivas, visuais, além de ideação delirante e os antipsicóticos atípicos (AA) como Olanzapina, Quetiapina e Risperidona podem ser utilizados para estes pacientes em doses mais baixas. Outras medicações como anticonvulsivantes (Divalproato, Carbamazepina, Topiramato, Lamotrigina), agonistas alfa adrenérgicos (Clonidina) e os bloqueadores beta adrenérgicos (Atenolol), DHEA, corticóides e anti-inflamatórios para prevenir a instalação de quadros de TEA e TEPT constituem temas para estudos posteriores pois podem também ser úteis para clusters de sintomas, sendo os últimos recomendados, sem estudos controlados, na prevenção aguda do TEPT.<sup>3</sup>

Abaixo, árvore decisória para tratamento dos sintomas psiquiátricos em OS.

## Figura 2 - Tratamento dos sintomas psiquiátricos

O uso de benzodiazepínicos, embora frequente, tem demonstrado agravar sintomas posteriores de TEPT além do risco de



dependência física após poucos dias de uso. Não são recomendados em monoterapia ou como primeira escolha pois agem inibindo o sistema de defesa que está hiper ativado na tentativa neuroquímica do organismo de reagir para se recuperar. Técnicas psicoterápicas como o “Debriefing” devem ser utilizadas com cautela para que a revivência repetitiva do trauma não eleve os riscos de TEPT futuro.

Em metanálises o uso de Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) e antidepressivos duais, trazem alívio de sintomas centrais de revivência, evitação e hipervigilância, bem como sintomas de depressão comórbida. Antidepressivos tricíclicos e IMAO podem ser benéficos no tratamento de TEPT e TEA, porém os riscos de suicídio e os efeitos adversos não os elencam como primeira escolha.

A paroxetina (que pode ser sedativa e melhorar o sono) e sertralina são aprovadas pelo FDA para TEPT, não havendo muitas pesquisas com a fluoxetina. Se ISRS não auxiliam em doses elevadas ou levam a resposta parcial pode ser utilizada a venlafaxina ou associar atípicos como a risperidona.

A insônia e os pesadelos podem ser tratados com Zolpidem porém o uso experimental de substâncias como a Prazosina (alfa I adrenérgico) tem levado a uma melhora do TEPT provavelmente porque inibe na amígdala a consolidação de memórias traumáticas (orientação de ingestão aumentada de líquidos para prevenir hipotensão).



### **Cuidar de quem cuida: A Equipe de trabalho com OS: Avaliação e supervisão**

O trabalho com OS costuma ser bastante exigente e afeta aos profissionais que prestam assistência tornando necessária, além do compartilhar as vivências, a supervisão adequada dos casos atendidos. A supervisão deve abordar a discussão dos casos e os conflitos gerados durante o atendimento e as repercussões na prática clínica e pessoal da equipe. Não sendo viável a todas as equipes torna-se importante que os profissionais e serviços de diversos níveis que atendem a estes casos não fiquem isolados.

É necessário que, a intervalos regulares, a depender da disponibilidade e tamanho da demanda, os casos possam ser discutidos por uma equipe maior e de preferência multiprofissional, para que as condutas e acontecimentos do período possam ser objeto de reflexão de todos. A possibilidade de participarem profissionais externos ao serviço para esta reunião é bem-vinda, e é interessante alternar profissionais de áreas diversas (jurídica, policial, psicossocial, etc.), que têm experiência com o problema e trabalham na mesma região.

A supervisão aos profissionais deve ser de natureza assistencial (condutas de casos), psicoemocional e relativa à segurança pessoal.

É importante lembrar que prestadores diretos de assistência a OS podem desenvolver sentimentos e percepções negativos e que repercutem nas condutas assistenciais que serão adotadas. Sentimentos negativos como impotência na provisão de cuidados ou a banalização da violência são comuns. Estes sentimentos podem ser trabalhados na supervisão, para que o profissional possa acolher, lidar com o problema, emocionar-se, sem que isto paralise sua ação ou propicie ações indesejadas.

As avaliações das pessoas atendidas e dos profissionais sobre o processo e os resultados também são fundamentais embora seja complexo definir o sucesso deste tipo de trabalho, que visa apoiar o processo de emancipação individual/ social das vítimas.

### **Discussão Final**

Há ainda um longo percurso na prevenção e combate aos OS, fenômeno complexo na esfera da saúde pública mundial.

A atenção por profissionais conscientes, adequadamente treinados e acompanhados, constitui um avanço na construção de uma rede efetiva de cuidados, proteção e segurança para esta população, que necessita ter seus direitos fundamentais exercitados, independente de idade, gênero, raça, credo religioso ou político. Essa atenção deve visar o fortalecimento da auto-estima, o restabelecimento de direito da vítima à convivência familiar e comunitária, em condições dignas. Deve possibilitar a superação da violação de direitos, além da reparação da violência sofrida. As ações devem estar voltadas para a interrupção e prevenção do ciclo da violência, para a redução de danos sofridos e para a construção de condições de proteção e de autonomia das pessoas em risco para este tipo de ofensa. Na direção da solidariedade, da verdade, da compaixão e do conhecimento é possível avançar.

Correspondência: Gislene C Valadares  
Rua do Ouro 686 Serra  
30220000 – Belo Horizonte – MG  
gislenev@terra.com.br

Não há conflitos de interesse.

### **Referências Bibliográficas**

- <sup>1</sup>. Zavaschi, M L S; Estrella, C; Jardim, F C; Driemeier, F M; A avaliação da criança vítima de violência sexual; in Azambuja et al Violência sexual contra crianças e adolescentes, Ed. Artmed Cap. 10, 2011:136-149.
- <sup>2</sup>. Abdo, CHN; Scanavino, MT; Gosling, F; Riscos associados ao comportamento sexual; in Quevedo, J e Carvalho, AF (org.) Emergências Psiquiátricas Ed. Artmed 2014: 273-298
- <sup>3</sup>. World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees, Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons – Revised, 2004
- <sup>4</sup>. Nahas C C, et al – Guia de Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências na atenção primária à Saúde; Prefeitura de Belo Horizonte; Secretaria Municipal de Saúde 2013.

# ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

**GISLENE C VALADARES<sup>1</sup>; JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA LIPPI<sup>2</sup>; JOEL RENNÓ JUNIOR<sup>3</sup>; JULIANA PIRES CAVALSAN<sup>4</sup>; RENATA DEMARQUE<sup>5</sup>; HEWDY RIBEIRO LOBO<sup>6</sup>; AMAURY CANTILINO<sup>7</sup>; RENAN ROCHA<sup>8</sup>; JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO<sup>9</sup>; ANTÔNIO GERALDO DA SILVA<sup>10</sup>.**

# ARTIGO

<sup>5</sup> Maezuka, AT; Mendes, DD; de Mello, MF; Manejo de situações de estresse agudo; in Quevedo, J e Carvalho, AF (org.) Emergências Psiquiátricas Ed. Artmed 2014:299-310

<sup>6</sup> Salim, Sebastião Abrão; Etiologia do sintoma psicossomático: relação com a reincidência traumática e o retraimento autista; in Salim, Sebastião Abrão; Psicanálise, trauma e neurobiologia; Belo Horizonte: Ed. Artesã; 2012:186-208 .

<sup>7</sup> Breiding M J, et AL- Risk factors associated with sexual violence towards girls in Swaziland; Bull World Health Org;89;2011:203-210.

<sup>8</sup> Rothbaum BO, Kearns MC, Price M, Malcoun E, Davis M, Ressler KJ, Lang D, Houry D , Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure, Biol Psychiatry. 2012; 1;72:957-63

<sup>9</sup> de Klinkert, MPP; L Bienvenida, in de Klinkert, MPP; Resiliencia La estimulación del niño para enfrentar desafíos, Ed Lumen Humanitas; 2002: 11-29.

<sup>10</sup> Lippi J R – Apresentação em: Ofensas Sexuais: Estudo Multidisciplinar. 1ª Edição, São Paulo, ABTOS, 2005; VII a VII.

<sup>11</sup> Steine IM, Krystal JH, Nordhus IH, Bjorvatn B, Harvey AG, Eid J, Grønli J, Milde AM, Pallesen S J Interpers Violence. 2012;27:1827-43

<sup>12</sup> Rey-Salmon C, Messerschmitt P; Child abuse and children in danger. Maternal and child protection Rev Prat. May 2003, 15;53:1121-7

<sup>13</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde / 2010.

<sup>14</sup> Mello MF, A psicofarmacologia nas intervenções traumáticas: tratamento dos transtornos de estresse agudo e pós-traumático, Intervenções em situações-limite desestabilizadoras Crises e Traumas, orgs Thomé J T, Benyakar M, Taralli I, ABP Ed., 2009:177-191.