

QUEBRANDO O SILÊNCIO SOBRE ABUSO SEXUAL

Dra. EVELYN EISENSTEIN *

Abuso sexual pode ser o termo que descreve qualquer ato ou contato sexual de adultos com crianças ou adolescentes, com ou sem o uso de força ou violência, e que pode ocorrer num único ou em vários episódios, de curta ou longa duração. Sempre fica “*uma ameaça no ar*” ou formas verbalizadas ou não-explícitas de dominação sexual do/a menor, e que envolve “*um silêncio*” em torno do perpetrador ou da família ou do fato em si. Este trauma se torna um “*tabu*”, que não é denunciado, e é difícil de ser questionado, avaliado ou interrompido pelo profissional de saúde, que possa suspeitar deste diagnóstico.

O abuso pode ser manifesto através de molestações, exibicionismo, manipulação, masturbação, estupro, contatos oro-genitais, inserção de objetos ou penetração vaginal ou retal, quando a vítima é forçada por medo, ameaças ou violência física. Muitas vezes, a criança ou adolescente é intoxicada com medicamentos psicoativos, anestésicos, drogas ou bebidas alcoólicas, e pode ficar em estado semi-inconsciente ou em estado de estupro, ocorrendo dissociações psicoativas e desintegradoras, com traumas agudos, que poderão se tornar sintomas crônicos de problemas clínicos de dificuldades de adaptação psicossocial.

Revelar para um médico, psicólogo ou profissional da área de saúde o que está ocorrendo ou revelar a situação traumática para alguma familiar de confiança, às vezes, se torna um obstáculo, difícil de ser superado e fazendo parte de um ciclo vicioso de episódios de abuso, que se alternam com silêncio, omissão ou conluio, e mais ameaças de terror e traumas. *Se torna necessário e importante se quebrar este silêncio e intervir para se proteger a criança ou adolescente vitimizado ou abusado sexualmente.*

Com frequência, a criança ou adolescente aparece na consulta ou é atendido em serviços de emergência, ou em hospitais públicos, com queixas ou marcas da violência, ou com problemas psicossociais, como por exemplo, fuga de casa ou distúrbio escolar, ou com queixas de insônia, pesadelos, corrimentos genitais, gravidez ou lacerações ou equimoses. Muitas vezes, as queixas são vagas, como cefaléias ou dores abdominais ou tonteiras.

Toda suspeita deverá ser avaliada corretamente e os dados da história familiar, pessoal e social devem ser obtidos, com clareza de detalhes e informações pertinentes. Após se estabelecer uma relação de confiança e apoio emocional com o médico ou profissional de saúde, a busca de sinais clínicos, objetivos e corporais do abuso deve fazer parte da avaliação integrada. Muitas “*histórias e fantasias*” podem ser disfarces de atos incestuosos, de pedofilia ou de tentativas de abuso sexual, mas também muitos “*silêncios*”, podem ser interpretados como dificuldades de expressão da “*dor emocional*”, e de outros traumas físicos e psíquicos associados.

Quebrar o silêncio é estabelecer um canal de comunicação, diálogo e uma nova relação de confiança que envolva o profissional de saúde que saiba *ouvir* e *observar* tudo que a criança ou adolescente tentam dizer, e estabelecer, com palavras simples, diretas, mas francas e cordiais e principalmente compreensivas para a etapa de desenvolvimento e maturidade, um elo de confiança e uma ponte mais saudável para o relacionamento humano e apoio social. Quase sempre, estas situações são complicadas ou constrangedoras, também para a família, quando envolvem aspectos policiais ou jurídicos.

Devido a implicações legais, todos os dados devem ser corretamente avaliados e sempre obtidos com o consentimento verbal e escrito da criança ou adolescente vitimizado/a, ou do responsável familiar, mantendo-se o sigilo e a confidencialidade das informações e os dados do exame clínico. O objetivo da avaliação é documentar os fatos ocorridos, obter dados e evidências que sejam adequados do ponto de vista médico e legal, esclarecer sintomas e sinais suspeitos, e ao mesmo tempo, oferecer para o/a paciente apoio e tratamento médico e psicológico imediato com acompanhamento posterior e psicoterapias individual e/ou familiar. Não cabe ao médico clínico ou ginecologista julgar a veracidade dos fatos ou decidir ou selecionar sobre quais dados poderão ser usados como provas ou evidências para um julgamento ou veredito legal ou da promotoria pública. O ato médico deve ser limitado pela avaliação clínica e emocional integrada da criança ou adolescente, para se fazer o diagnóstico e para o planejamento de uma conduta terapêutica adequada.

Muitos protocolos e rotinas para a avaliação e diagnóstico de abuso sexual já existem em serviços de saúde em hospitais de emergência e unidades ambulatoriais da rede. Vamos descrever, abaixo somente um resumo das principais etapas de avaliação clínica do abuso sexual de crianças e adolescentes.

1. Estabelecimento de uma relação profissional de confiança e cordialidade com o/a paciente e com a família ou acompanhante responsável. Fazer a entrevista em separado ou em momentos diferentes, após a apresentação de cada pessoa. Importante estar em local adequado e com privacidade para a entrevista e exame clínico. Assegurar o sigilo e confidencialidade das informações. Ter calma e ser tolerante com reações de aversão ou medo do médico/a ou do exame a ser realizado, e oferecer o acompanhamento de enfermeira ou auxiliar na sala, se necessário.
2. Todos os dados da entrevista e do exame deverão ser preenchidos em folha ou ficha apropriada pois o prontuário poderá ser consultado ou servir como subsídio, em caso de implicação legal. O Instituto Médico Legal em cada Estado poderá ser acionado como referência, mas como a maioria dos casos se apresenta ao Sistema de Saúde, em serviços de emergência ou a seguir no acompanhamento ambulatorial de rotina, cabe a todo médico estar apto a realizar esta avaliação clínica, caso necessário.
3. O tempo decorrido entre o ato de abuso e o exame clínico é da maior importância, e deve ser prioritário e considerado como urgência, ocorrendo no máximo em 72 horas do trauma relatado. Devido ao tempo de incubação das várias infecções e doenças sexualmente transmissíveis, nem sempre as culturas obtidas serão positivas e o tratamento deverá ser instituído, independente dos resultados laboratoriais, caso existam sintomas e sinais diagnósticos. Os testes sorológicos deverão ser repetidos em 6-8 semanas após o episódio de abuso sexual, e o/a paciente deverá ser acompanhado com marcação de consulta de seguimento.
4. Descrição da aparência geral e do estado emocional e cooperação ou não do/a paciente deverá fazer parte da avaliação clínica. Sempre importante perguntar se o/a paciente tomou banho ou se lavou depois do abuso e antes do exame. Solicitar permissão e autorização do/a responsável para fotografar as lesões, caso necessário.
5. O exame físico deverá seguir em etapas, após a revisão dos sistemas, com observação dos sinais de violência antigos ou recentes, como cicatrizes, lacerações, contusões, equimoses e

hematomas, sinais de “mordidas” ou “garroteamento” ou qualquer evidência de luta ou agressão física.

6. Exame do corpo, incluindo mamas e das áreas genital e perianal deve ser realizado com cuidado e com a obtenção de material para culturas e comprovação laboratorial. Checar a presença de esperma com uma lâmina a fresco ou com o teste da fosfatase ácida que é positiva até 48 horas. Obter culturas das áreas oro-faríngea, uretral, vaginal, anal e retal. Obter swab para citologia e cultura de HPV. O exame de citocolposcopia poderá ser realizado ou solicitado para comprovação legal.
7. Obter amostras de sangue para os testes sorológicos para sífilis, hepatite, HIV e beta-HCG, de acordo com a história menstrual, e repetir os exames em 6-8 semanas.
8. Caso necessário, usar contracepção de emergência até 72 horas após o abuso, ou o método de Yuzpe ou 2 comprimidos de progestagênio, e alertar a paciente para sintomas associados como náuseas ou sangramentos.
9. O tratamento profilático do risco de DST-HIV-AIDS deve obedecer os critérios do Ministério da Saúde para a prevenção de *Trichomonas*, *Chlamidia*, *Gonorréia*, *sífilis*, *HIV* ou *infecções urinárias* que podem estar associadas. Ou monitorizar o/a paciente com a realização dos testes imunológicos e contagem das células T-CD4+ e quantificação de carga viral plasmática.
10. Alternativas terapêuticas e prescrições médicas deverão ficar sob a **responsabilidade** e à **critério do médico** que realizou o **exame diagnóstico**, e as doses ajustadas ao peso da criança ou adolescente e a disponibilidade dos produtos, na rede pública ou nos Centros de Referência, em cada município, com acompanhamento agendado a seguir:
 - Toxóide tetânico IM, caso a vacinação não seja comprovada.
 - Verificar se já houve vacinação completa para Hepatite B (três doses), caso contrário, encaminhar para o CRIE, Centro de Referencia de Imunobiológicos Especiais em seu município ou Estado.
 - Penicilina benzatina IM (dose única) Até 10 kg: 300.000 UI
Até 25 kg: 600.000 UI
> 25 kg: 1.200.000 UI
 - Ceftriaxone 125 mg IM para crianças até 45 kg e 250 mg IM para crianças e adolescentes > 45 kg (dose única)
 - Doxiciclina 100 mg VO de 12-12 hs, durante 7 dias.
 - Azitromicina: 20 mg/kg ou dose máxima de 1 g VO , dose única.
 - Tianfenicol 2,5 g VO, dose única (se necessário ou comp = 500 mg)
 - Metronidazol 500 mg VO de 12-12 hs, durante 7 dias.
 - Secnidazol 2 g VO, dose única ou para crianças: 30 mg/kg VO dose única.

- Aciclovir 400 mg VO de 8-8 hs, durante 7 dias.
- Quimioprofilaxia anti-retroviral deverá ser iniciada, no máximo em 72 hs, quando **não** se conhece o estado sorológico do agressor. Dosagens atualizadas de acordo com idade e peso da criança e do adolescente podem ser obtidas no site <http://www.aids.gov.br>

Iniciar com a associação de AZT (zidovudina) + 3TC (lamivudina) + LPV (lopinavir)

- Em crianças/adolescentes recomenda-se o uso de AZT + 3TC + LPV todas drogas já estão disponíveis em solução oral, e devem ser prescritas durante 4 semanas.

11. Somente em casos necessários, ou de emergência psiquiátrica ou de estados depressivos pós-traumáticos pode se prescrever tranqüilizantes ou fluoxetina ou sertralina, e também beta-bloqueadores (propranolol) em casos de sintomas de stress pós-traumático agudo
12. Acompanhamento do/a paciente, semanal ou quinzenalmente, durante 8 a 12 semanas, com sessões de psicoterapia integrada à terapia familiar, para a prevenção dos distúrbios agudos e crônicos do stress pós –traumático, depressão ou quaisquer outras queixas corporais e emocionais. Deixar com o/a paciente e/ou família telefone de contatos para quaisquer intercorrências. Supervisionar o comportamento da criança e do/a adolescente, mas sem preconceitos ou julgamentos de valor moral.
13. Sempre oferecer ao adolescente a possibilidade de conversar sobre suas emoções em atividades de grupo ou em atividades de prevenção e educação em saúde, realizadas em escolas e comunidades. Ensinar técnicas sobre a prevenção da violência e/ou abuso que podem ocorrer em qualquer local ou família e como obter ajuda, caso necessário. Insistir sobre a necessidade de intervenções ou mesmo hospitalização, em casos de crises agudas ou risco de vida.

* Dra. Evelyn Eisenstein é médica pediatra e clínica de adolescentes, professora adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e diretora da Clínica de Adolescentes e do CEIIAS - Centro de Estudos Integrados, Infância, Adolescência, Saúde, membro da SBP Sociedade Brasileira de Pediatria, ASBRA Associação Brasileira de Adolescência, SAM Society for Adolescent Medicine e IAAH, International Association for Adolescent Health e da ISPCAN, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect www.ispcan.org

endereços : Rua Barão de Lucena 32 Rio de Janeiro, 22260-020
tels: 21-2539-0048 email: ceiias@yahoo.com.br

Hospital: NESA, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Av 28 de Setembro 109 F, Rio de Janeiro,
Tel: 21-2587-6570 email: nesa@uerj.br