

EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS EM CASOS DE VÍTIMAS DE ESTUPRO – BREVES ESCLARECIMENTOS

TOZZO, Patrícia Turra¹
OLIVEIRA, Juliano Karvat²
VARASCHINI, Luciane³
VIEIRA, Aliane Cristina⁴
ARIZA, Deborah⁵

RESUMO

O estupro, segundo o Código Penal Brasileiro, artigo 213 define-se como "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso". Um ato que extrapola os limites emocionais do acometido. Geralmente quando submetida a tal experiência, a vítima acumula grandes traumas que precisam ser tratados, tanto de natureza biológica, como DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e até uma gravidez, quanto psicossociais, como o abandono de lar e a prostituição. Com base em estudos já publicados, o presente trabalho tem como objetivo uma revisão literária sobre os métodos laboratoriais empregados em vítimas de abuso, revisando os métodos de abordagem, a coleta e principalmente a preservação da integridade da vítima e o compromisso com sua saúde.

PALAVRAS-CHAVE: violência sexual, diagnóstico, análises clínicas

LABORATORY TESTS PERFORMED IN CASES OF RAPE VICTIMS - BRIEF EXPLANATION

ABSTRACT

Rape, according to the Brazilian Penal Code, Article 213 defines as "embarrass someone, through violence or serious threat, to have carnal knowledge or practice or allow him to practice with other lewd acts." An act that goes beyond the limits of emotional affection. Usually when subjected to such experience, the victim accumulates major trauma that must be addressed, either biological, such as STDs (Sexually Transmitted Diseases) and even pregnancy, and psychosocial, as the abandonment of home and prostitution. Based on previous studies, this paper aims to review the literature on the laboratory methods employed in victims of abuse, reviewing the methods of approach, particularly the collection and preservation of the integrity of the victim and commitment to your health

KEYWORDS: sexual violence, diagnosis, clinical analysis

1. INTRODUÇÃO

O estupro, segundo o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2009) consiste em "constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso". O ato de constranger significa obrigar, forçar um indivíduo a fazer algo contra sua própria vontade. Já o termo conjunção carnal entende-se como a cópula pênis-vagina, indicando claramente que as vítimas, em sua maioria, são mulheres. Apesar de haver, dentro da própria lei, a menção de vítimas de outras naturezas, como menores e com debilidade mental, ainda são as mulheres as mais acometidas por tal ato (NAVES DOS REIS *et al*, 2004).

A estimativa da ONU é que uma em cada cinco mulheres em todo o mundo, venha a ser vítima ou sofra tentativa de estupro no decorrer de sua vida (ONU, 2008). Com isso, o Ministério da Saúde trabalha para que, tenha cada vez mais unidades de saúde com atendimento específico de vítimas de estupro, de preferencialmente com uma equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, como aponta Crepschi (2005) treinada para um atendimento integral a saúde da mulher.

Uma estimativa calculada à alguns anos e apontada por Andalaft e Faúndes (2001) indica que o número de serviços disponibilizados às mulheres vítimas de estupro vem crescendo exponencialmente. Inicialmente, em junho de 1997, eram apenas três serviços em dois estados brasileiros, alcançando 22 serviços em sete estados em junho de 2000. Em dezembro desse mesmo ano, foram identificados 53 hospitais com atendimento às mulheres vítimas de violência sexual num total de 20 estados. Para 2001 eram esperados 71 hospitais com esse serviço em todos os estados brasileiros, o que comprova que esse tipo de trauma está cada vez mais sendo levado a sério pelos sistemas de saúde.

2. PROBLEMAS DESENCADEADOS PELA VIOLÊNCIA SEXUAL

Muitos traumas podem ser constatados após o ato violento à vítima. Tanto de aspectos biológicos, clínicos, como de aspectos psicossociais. Muitos autores comprovam e salientam que sempre existe o trauma psicológico como

¹Farmacêutica . Graduada pela Faculdade Tuiuti do Paraná. Endereço eletrônico: patyy_tozzo@hotmail.com

²Biólogo. Licenciado em Ciências Biológicas pela Faculdade Assis Gurgacz. Endereço eletrônico: jkarvat.o@gmail.com

³Farmacêutica. Graduada pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Endereço eletrônico: lvaraschini@gmail.com

⁴Bióloga. Licenciada em Ciências Biológicas pela Faculdade Assis Gurgacz. Endereço eletrônico: kay-nana@hotmail.com

⁵Mestre em Farmacologia pela Universidade Federal do Paraná. Orientadora. Endereço eletrônico: deborah.ariza@gmail.com

agravante. Ullman *et al* (2005), por exemplo afirma que o abandono de escola, para vítimas mais jovens, abandono do emprego e do lar, separações, e até a prostituição, decorrem após a experiência de violência sexual. Freitas *et al* (2011) também salienta a perda de autonomia e de controle da vítima. “As mulheres atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao abuso de drogas, a doenças sexualmente transmissíveis, distúrbios sexuais, depressão e suicídio” (FREITAS; *et al*, 2011).

Além desse tipo de violência acarretar inúmeros transtornos psicológicos em certas vítimas, é comum que as mesmas permaneçam constrangidas e aterrorizadas, até mesmo para tomar decisões legais em denunciar o agressor. E muitas ainda precisam enfrentar o dilema de uma gravidez indesejada, onde precisam de todo o suporte psicológico na tomada de decisão de levar ou não a gravidez adiante (MATTAR; *et al*, 2007).

Um dos agravantes da violência sexual, talvez o maior problema desencadeado após a agressão, é a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Um exemplo é a AIDS. A alta incidência de HIV/AIDS está densamente relacionada à ausência do sexo seguro, ou até muitas vezes a falta da negociação do mesmo e da recusa de tal, o que caracteriza o sexo forçado, ou, algumas vezes o estupro. Isso leva a uma grande incidência de escoriações e sangramentos, facilitando ainda mais transmissão do vírus (ONU, 2008).

3. ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Após ocorrer o estupro, a vítima deve seguir imediatamente para a unidade de saúde ou hospital, onde os profissionais da saúde auxiliam a paciente. Costuma-se orientar o vitimado na seguinte escala: Equipe de enfermagem primeiramente (MATTAR; *et al*, 2007), médicos (BRASIL, 2011), psicólogos (OLIVEIRA *et al*, 2005), e assistente social (MATTAR; *et al*, 2007).

Os profissionais de enfermagem serão os que receberão a vítima no ambulatório, procurando firmar uma relação de bom atendimento. Realizarão a anamnese, providenciarão os exames laboratoriais e farão acompanhamento em determinados, darão a orientação ao uso de medicações, farão agendamento de consultas com profissionais específicos e estão presentes sempre que necessários. Cabe a esses profissionais o contato inicial, colhendo informações pessoais, quais os antecedentes de saúde da vítima, qual o perfil da violência acometida e do agressor e os procedimentos tomados no atendimento (MATTAR; *et al*, 2007). Salientando que a entrevista para a coleta das informações deve ser feita utilizando-se uma linguagem clara e objetiva, respeitando a vítima se a mesma se negar a responder, e em hipótese alguma insinuar julgamentos ou contextos preconceituosos (HIGA; *et al*, 2008).

Por conseguinte, segundo Mattar *et al* (2007) segue-se o atendimento médico, efetuado imediatamente após a violência. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) preconiza alguns procedimentos. Primeiramente tratar as lesões que possam ter acontecido, averiguar a presença de DSTs, solicitar os exames laboratoriais necessários e específicos, colher material biológico para identificação, se possível, do agressor e prescrever medicamentos profiláticos à gestação e DSTs. A equipe médica responsável ainda realiza a repetição sorológica para identificação de DSTs em até seis meses após o ocorrido, em relação ao papilomavírus, efetua-se a citologia oncológica para analisar uma possível aquisição, continuando com o controle de funções hepáticas, renais, hematológicas e afins usando anti-retrovirais. A equipe médica ainda dispõe da responsabilidade de realizar interrupção da gestação, se a mesma for requerida pela paciente em período hábil.

Alguns autores apontam que cabe ao médico realizar qualquer procedimento que achar conveniente em vítima de violência sexual, desde que o mesmo seja uma medida paliativa ou de importância médica ou legal, firmando o compromisso com a saúde da vítima. “Todo o médico pode e deve prestar a assistência que julgar necessária à mulher vítima de violência sexual. A assistência à saúde é prioritária, e a recusa infundada e injustificada do atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente como omissão” (FREITAS; *et al*, 2011).

O prazo indicado para a introdução das profilaxias para as DSTs em geral e gravidez é de até 72 horas posterior à agressão (LIPPO; AMARAL, 2011).

Após a avaliação médica, inicia-se o tratamento psicológico/psiquiátrico. O profissional faz uma avaliação inicial do paciente e determina seu encaminhamento às terapias, inclusive agendando possíveis retornos. Além de uma avaliação de estado mental e da história psiquiátrica da vítima, enfatiza-se o estímulo ao paciente em contar o relato de abuso, quantas vezes forem necessárias, mostrando empatia com o sofrimento, explicar a importância de não ter reagido, preservando a vida, salientar que a procura de auxílio é fundamental para a superação do trauma, e mostrar compreensão, tanto na dificuldade em falar sobre o ocorrido, como nas etapas de superação do trauma (FREITAS; *et al*, 2011). Quando existe a criação de um vínculo entre ambas as partes, geralmente as vítimas retornam, provando que o acolhimento, muitas vezes é fundamental à superação do trauma. Psicólogas entrevistadas em um estudo de Oliveira *et al* (2005) apontam certa admiração ao se depararem com mulheres que gostam dos serviços recebidos e mostram a vontade de retornar às sessões, mesmo que lembrar e falar sobre o estupro seja ainda difícil.

Autores ainda salientam, posteriormente aos primeiros tratamentos, a terapia em grupo, auxiliando no tratamento do trauma. “A grupoterapia com grupos homogêneos compostos de vítimas de estupro é uma forma de tratamento particularmente eficaz” (KAPLAN; *et al*, 2003).

A assistência social, futura ao atendimento psicológico, dá-se por uma entrevista individual, com o objetivo de conhecer melhor a vida da paciente, e traçar um perfil sócio-econômico. Esse tipo de serviço caracteriza-se em reorganizar a vida da vítima, no meio social, familiar e doméstico, inserindo a vítima novamente e auxiliando-a no retorno as suas atividades cotidianas. Posterior ou adjunto à assistência social, pode-se encontrar o advogado atuando com os meios legais e garantindo a integridade e os direitos da vítima, bem como não permitir a impunidade do agressor (MATTAR; *et al*, 2007).

4. EXAMES LABORATORIAIS

Os exames laboratoriais são de fundamental importância para o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Estima-se que entre 16% e 58% das vítimas acometidas por violência sexual são infectadas por pelo menos uma DST (LIPPO; AMARAL, 2011). O risco de contrair clamídia está entre 3% e 16%, 11% para doença inflamatória pélvica, com mesmo valor para vaginose, o risco de tricomoníase está entre 7%, gonorreia fica entre os 4% e 12%, sífilis 5% e condilomas totalizam um risco de 0,6% a 2,3% (FREITAS; *et al*, 2011). Daí a importância de diferentes exames para prevenção e tratamento de tais doenças.

Os exames recomendados para vítima variam entre alguns autores. De acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes” (BRASIL, 2002) pode-se destacar “Conteúdo vaginal”; “Sífilis (VDRL ou RSS)” “Anti-HIV” “Hepatite B e C” “Transaminases” e “Hemograma”.

O exame com conteúdo vaginal é feito na admissão e por volta de seis semanas após o ato violento. Para avaliação do conteúdo vaginal é necessário a coleta de material para um exame bacterioscópico e de cultura de secreção vaginal. Deve-se fazer uma investigação endocervical para gonococo, clamídia e HPV, quando estiver disponível bom suporte laboratorial (BRASIL, 2002). É recomendado cuidado na coleta, principalmente se houver material biológico do agressor, ajudando nas investigações e numa possível condenação do culpado (FAUNDES; *et al*, 2006).

O VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) é indicado para diagnóstico de sífilis. É um teste quantitativo, não específico, de baixo custo que apresenta positividade entre a segunda e quarta semana após surgimento de cancro de inoculação e títulos mais elevados em formas secundárias, recente latente e tardia. Geralmente é usado para acompanhamento pós-terapêutico da doença. Os títulos são considerados positivos acima de 1/16, sendo que os títulos inferiores a isso são tachados como negativos. Porém, pacientes com VDRL positivo, já com histórico de sífilis de até 12 meses e apresentem títulos 1/8 ou inferior devem ser qualificados como portadores de sífilis latente precoce (NADAL; FRAMIL, 2007).

O VDRL é fundamental no tratamento da sífilis pós-tratamento sendo recomendado sua realização de seis em seis meses em até dois anos. Geralmente os títulos atenuam, após três meses, em torno de 4 vezes, e diminuem 8 vezes após 6 meses (NADAL; FRAMIL, 2007).

Para realização do VDRL o paciente deve estar em um jejum de 4 horas, tempo mínimo recomendado. A amostra dá-se por soro, que deve estar separado até 3 horas após a coleta, ou no caso de não ser possível a coleta do soro, a amostra de se sangue deve estar entre 20°C e 25°C em até 24 horas num recipiente fechado. O método mais utilizado no laboratório clínico é por ensaio de microfloculação (RESENDE; *et al*, 2009).

O exame anti-HIV é feito logo na admissão, e se repete seis semanas, três meses e seis meses após o primeiro teste. A realização desse teste nos serviços de emergência deve ser feita após o aconselhamento e consentimento da mulher, devendo seguir o fluxograma de detecção de anticorpos e anti-HIV. A realização do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV nos laboratórios públicos e privados é regulamentada pela Portaria de n.º 59/GM/MS, de 28 de janeiro de 2003, que determina três etapas básicas. Lembrando que todos os agrupamentos de diagnósticos utilizados deverão estar registrados no Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). A primeira delas é a Triagem Sorológica:

Todos os laboratórios que realizam testes para detecção de anticorpos anti-HIV para o diagnóstico laboratorial deverão adotar, obrigatoriamente, a realização de um imunoensaio, nesta primeira etapa de testes de qualquer amostra de soro ou plasma. O imunoensaio utilizado não poderá ser de avaliação rápida (teste rápido) e deverá ser capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2. (BRASIL, 2003)

Ainda de acordo com a Portaria de n.º59 (BRASIL, 2003) as amostras não-reagentes deverão ser definidas como “Amostra Negativa para HIV”. Já as amostras reagentes ou que se mostrarem inconclusivas deverão ser submetidas a um segundo imunoensaio, juntamente com o teste de Imunofluorescência Indireta para HIV-1, ou então, ao teste de Imunoblot para HIV. Para o segundo ensaio os métodos e/ou antígenos deverão ser diferentes do primeiro imunoensaio. E ainda, as mesmas amostras inconclusivas deverão ir diretamente ao teste de Western blot.

As etapas seguintes são destinadas à confirmação do diagnóstico sorológico. Na Etapa II, seguem-se alguns tópicos se houver, de fato, a confirmação sorológica após segundo imunoensaio juntamente com o teste de Imunofluorescência Indireta (IFI) para HIV-1 ou ainda ao teste de Imunoblot (BRASIL, 2003). O primeiro tópico da Etapa II orienta a definição usada em caso de respostas negativas nos testes.

As amostras não-reagentes no segundo imunoenensaio e negativas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Imunoblot terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV-1 “, ou “Amostra Negativa para HIV “, respectivamente, de acordo com o ensaio realizado (BRASIL, 2003).

Posteriormente recomenda-se a definição usada se houver amostras reagentes no segundo imunoenensaio e positividade nos testes de Imunofluorescência Indireta, sendo obrigatória uma segunda coleta para confirmação:

As amostras reagentes no segundo imunoenensaio e positivas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Imunoblot terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV-1“ ou “Amostra Positiva para HIV “, respectivamente, de acordo com o ensaio realizado. É obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir a Etapa I visando a confirmar a positividade da primeira amostra (BRASIL, 2003).

Por fim, seguem-se as orientações que levarão ao teste de Western blot, no caso de amostras não-reagentes ou inconclusivas no imunoenensaio e positivas ou indefinida na Imunofluorescência: “As amostras não-reagentes ou inconclusivas no segundo imunoenensaio e positivas ou indeterminadas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Imunoblot deverão ser submetidas ao teste Western blot (etapa III)” (BRASIL, 2003). Ou no caso de amostras reagentes ou inconclusivas no imunoenensaio e negativas ou indefinidas na Imunofluorescência: “As amostras reagentes ou inconclusivas no segundo imunoenensaio e negativas ou indeterminadas nos testes de Imunofluorescência Indireta ou de Imunoblot, deverão ser submetidas ao teste Western blot (etapa III)” (BRASIL, 2003).

A Etapa III consiste na “Confirmação Sorológica pelo Teste Western blot (WB)”. Para a interpretação de tal teste, alguns critérios precisam ser observados, como a amostra não-reagente apresentar ausência de bandas, amostra reagente conter no mínimo duas bandas, geralmente dentre as gp 160/120, gp 41 e gp 24 e a amostra indeterminada com padrão diferente das anteriores (BRASIL, 2003).

Seguem-se as orientações referentes aos possíveis resultados do teste de Western blot de acordo com a Portaria de nº59 (BRASIL, 2003):

As amostras negativas terão seu resultado definido como “Amostra Negativa para HIV-1 “ e poderão ser submetidas à investigação de soroconversão ou pesquisa de anticorpos anti-HIV-2.[...] Amostras positivas no teste Western blot terão seu resultado definido como “Amostra Positiva para HIV-1 “. É obrigatória a coleta de uma segunda amostra para repetir a Etapa I visando a confirmar a positividade da primeira amostra.[...] As amostras indeterminadas terão seu resultado definido como “Amostra Indeterminada para HIV-1 “ e poderão ser submetidas à investigação de soroconversão ou pesquisa de anticorpos anti-HIV-2 (BRASIL, 2003)

Para a investigação de soroconversão são dadas algumas recomendações. Para a investigação de anticorpos procede-se a coleta de uma segunda amostra 30 dias após a liberação do resultado da primeira amostra, repetindo as etapas descritas anteriormente. O resultado final e completo da infecção deve basear-se na soroconversão completa (BRASIL, 2003).

Após a realização de todas as etapas, nas amostras indeterminadas, recomenda-se efetuar-se a investigação de HIV-2. Os procedimentos basicamente se repetem em relação aos resultados da amostra, inclusive as repetições em casos de respostas não conclusivas. O mesmo laboratório deverá realizar análise de uma segunda amostra, para confirmar a primeira. Se o paciente se negar a coleta de uma segunda amostra, o mesmo deverá firmar um Termo de Responsabilidade, indicando os motivos de tal recusa (BRASIL, 2003). E ainda, a Portaria nº59 faz a seguinte menção sobre os laudos:

Deverão constar dos laudos laboratoriais do diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV as metodologias e os antígenos virais utilizados em cada imunoenensaio, e a seguinte informação: O Diagnóstico Sorológico da infecção pelo HIV somente poderá ser confirmado após a análise de no mínimo 02 (duas) amostras de sangue coletadas em momentos diferentes (BRASIL, 2003).

Para a hepatite B, e qualquer forma clínica da mesma, utiliza-se técnicas sorológicas. Essas técnicas são fundamentais no diagnóstico e ainda são uteis no seguimento da infecção viral, na análise do estado clínico do paciente e na monitorização da terapia específica (HOOFNAGLE *apud* FERREIRA, 2000, p.392). A abordagem sorológica da hepatite B se dá conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Abordagem sorológica da Hepatite B

HBsAg	Anti-HBc IgM	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
+	+	Infecção aguda: (há pelo menos 15 dias)	Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em 6 meses. Realizar em 15 dias.
+	-	Infecção aguda precoce: (há menos de 15 dias ou Hepatite crônica)	Anti-HBc IgM: (+) Infecção aguda. Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em 6 meses. (-) Fazer Anti-HBc total se + indica infecção crônica.
-	+	Infecção aguda	Anti-HBs: (+) Cura. (-) Doença crônica. Repetir HBsAg e Anti-HBc IgM em 6 meses.
-	-	Negativo ou não produz anticorpo	VACINAÇÃO e IGHAHB

Fonte – Norma Técnica, Brasil, 2011.

Para o exame do diagnóstico de hepatite C, a vítima deve fazê-lo na admissão, três meses e seis meses após. O exame realizado para diagnóstico de hepatite C é o Anti- HCV, usado o soro do paciente que não precisa estar em jejum e um dos métodos usados é o Quimioluminescência. Se houver presença de anticorpos anti-HCV releva-se o contanto anterior com o vírus HCV. Tal condição deve ser confirmada com outras metodologias futuramente (RIBA, PCR-RNA quantitativo/qualitativo e biópsia) e interligar com informações clínicas e de função hepática na afirmação de quadro patológico por HCV. Para resultados falso-positivos deve-se considerar doenças reumatológicas, no caso de pacientes que desenvolvem anticorpos anti-BSA, uso de imunoglobulinas intravenosas, presença de anticorpos anti-idiótipos e paraproteinemias. Para resultados falso-negativos considera-se infecção aguda recente, imunossupressão, imunoincompetência e má conservação de amostras (Laboratório Álvaro S/A, 2012).

O exame de transaminase é realizado na admissão e duas semanas após o ocorrido. A realização de transaminases é imprescindível somente para mulheres que já começaram a profilaxia com anti-retrovirais (BRASIL, 2011). Faz-se dois testes TGO e TGP. No TGO (aspartato aminotransferase), também conhecido como AST, é usado soro, sob refrigeração, onde o paciente não precisa necessariamente estar de jejum para coleta. Sua interpretação ajuda a identificar dano celular do parênquima hepático. Se houverem valores elevados, acreditar em suspeita de hepatite, por isso, relevar-se de uma investigação mais aprofundada. Lembrando que o valor de referência para o TGO é de até 40,0 U/L (Laboratório Álvaro S/A, 2012).

Para a coleta de soro para TGP (alanina aminotransferase) ou GPT, o paciente deve estar de jejum de 4 horas. A TGP predomina no fígado, mas encontra-se também, em menor quantidade, no rim, coração e musculo esquelético. O valor de referência em mulheres é de até 41,0 U/L, onde valores aumentados indicam necrose hepática de qualquer origem, hepatite infecciosa e tóxica, além de uma infinidade de outros diagnósticos (Laboratório Álvaro S/A, 2012).

Um dos exames mais básicos indicado é o Hemograma. Para o mesmo, coleta-se o sangue total com EDTA, sem necessidade de jejum. É utilizado para uma avaliação clínica geral, pois permitem uma visão ampla da condição clínica do paciente, o que complementa uma avaliação inicial de uma possível patologia. (Laboratório Álvaro S/A, 2012). Tanto o hemograma, como as transaminases são indicados em pacientes com recomendação de profilaxia para HIV (LIPPO; AMARAL, 2011).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos autores citados, nas normas técnicas, nos informativos disponibilizados pelos sistemas de saúde e laboratórios, fica evidente quão grande são os encaminhamentos tomados pelos que atendem um vitimado por violência sexual. Desde atendimento psicológico, até atendimento médico, a vítima se vê observada por diferentes profissionais, que necessitam de um embasamento metodológico, para dispor ao paciente todo o cuidado, respeito, apoio e orientação num momento delicado como o referido. De acordo com o que foi abordado, psiquiatras recomendam uma grande rede de apoio à vítima, amparando-a integralmente, auxiliando no pós-trauma e nos possíveis problemas que podem decorrer após a experiência do estupro.

Como mostrado anteriormente, os exames destinados à vítima de estupro são orientados pelo Ministério da Saúde, através de normas técnicas e Portarias, o que garante maior suporte ao meio laboratorial. Ao componente clínico, portanto, cabe a precisão e confiabilidade nos exames que lhes for acometido, afim de que, com base nos resultados, o paciente receba o conforto e a saúde, que lhes são mais preciosos.

REFERÊNCIAS

ANDALAFT, J. & FAUNDES, A. **A violência sexual y la respuesta del setor salud en Brasil**. Cancún, México: Simpósio Violencia de genero, salud y derechos en las Américas, 2001.

BRASIL. **Lei 12.015**. De 7 de agosto de 2009. Capítulo I - Dos Crimes Contra A Liberdade Sexual – art. 213. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 10 ago. 2009.

BRASIL: Ministério da Saúde. **Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3.ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2011.

_____. **Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. - Anexo I - considerações gerais para o uso de profilaxia de hepatite B, HIV e Outras DST após situações de exposição sexual**. 2.ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2002.

_____. **Portaria. de n.º 59/GM/MS**, de 28 de janeiro de 2003. Resolve: necessidade de padronizar o conjunto de procedimentos seqüenciados para detecção de anticorpos anti-HIV com o objetivo de realizar o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 02 (dois) anos. Relator: Ministro do Estado da Saúde Humberto Costa. Brasília: Diário Oficial da União de 28 de janeiro de 2003.

_____. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e Aids; 2007

CREPSCHI, J. L. B. Dissertação (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia) **Significações psicológicas dadas a violência sexual por mulheres atendidas em ambulatório especializado universitário: um estudo clínico-qualitativo**. Campinas: Biblioteca Digital Unicamp, 2005.

FAUNDES, A.; ROSAS, C.F.; BEDONE, A.J.; OROZCO, L.T. **Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, vol.28 no.2, fev. 2006.

FREITAS, F.; MARMONTEL, M.; SCHESTATSKY, S.S. In: FREITAS, F. **Rotinas em Ginecologia**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap 23, p. 354.

HIGA, R.; MONDACA, A.D.C.A.; REIS, M.J.; LOPES, M.H.B.M. **Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem**. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.42 no.2 jun. 2008.

HOOFNAGLE, J.H. *apud* FERREIRA, M. S. **Diagnóstico e tratamento da hepatite B**. Uberlândia: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, mai./jun. 2000.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREEB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap 29, p.745.

LABORATÓRIO ÁLVARO S/A. **Menu de Exames: Hepatite C - Anti - HCV**, 2012. Disponível em: < <http://alvaro.com.br/home/exame/44>> Acesso em 16-04-2012.

LIPPO, L.A.M; AMARAL, J.C. In: SANTOS, L.C.; MEDONÇA, V.G.; SCHETTINI, J.A.C.; FERREIRA, A.L.C.G.; LEITE, S.R.R.F.; MENEZES, T.C. **Ginecologia Ambulatorial baseada em evidências**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. cap 6, p.71.

MATTAR, R.; ABRAHÃO, A. R.; NETO, J. A.; COLAS, O.R.; SCHROEDER, I.; MACHADO, S. J. R.; MANCINI, S.; VIEIRA, B. A.; BERTOLANI, G. B. M. **Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v.23 n.2 fev. 2007.

NADAL, S.R.; FRAMIL, V.M.S. **Interpretação das reações sorológicas para diagnóstico e seguimento pós-terapêutico da sífilis**. São Paulo: Revista Brasileira Coloproct, vol.27 no.4. out/dez. 2007.

NAVES DOS REIS, J.; SANTOS MARTIN, C. C.; CARVALHO F., Maria das Graças. **Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais**, Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, v.20 n.2, mar./abr. 2004.

OLIVEIRA, E.M; BARBOSA, R.M.; MOURA, A.A.; VON KOSSEL, K.; BOTELHO, L. F.; STOIANOV, M. **Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo**. Rev Saúde Pública: São Paulo, vol.39 no.3. jun.2005.

ONU. **Violência contra as mulheres: a Situação**. Campanha UNA-SE pelo fim da violência contra as mulheres, 2008. Disponível em: <http://www.onu.org.br/unase/sobre/situacao/>. Acesso em: 03 jan. 2012.

RESENDE, L.M.H.; VIANA, L.G.; VIDIGAL, P.G. **Protocolos clínicos dos exames laboratoriais**. Minas Gerais: Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais / Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

ULLMAN, S.E.; FILIPAS, H.H.; TOWNSEND; S.M.; STARZYNSKI, L.L. **Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivors**. J Stud Alcohol: 2005.